

# HELBRED OG INTEGRATION

Erfaringer og anbefalinger fra 10 kommuner  
med indsatser for flygtninge/indvandrere  
med sygdomsoplevelser

MARTS 2009



**LG Insight**

Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration

## / Indholdsfortegnelse

1.0 INDLEDNING	2
- 1.1 Erfaringer og anbefalinger fra 10 kommuner	2
- 1.2 Læsevejledning og summary	3
2.0 SYGDOMSBILLEDE MED FLERE ANSIGTER	4
- 2.1 Hvor mange flygtninge/indvandrere er udenfor arbejdsmarkedet pga. sygdom?	4
- 2.2 Sygdomsårsager og alvorsgrader	6
- 2.3 Et fastlåst sygdomsforløb	8
- 2.4 Typiske sygdomme	10
3.0 FOKUS LØNNER SIG	11
- 3.1 Fokus og mål er første forudsætning	11
- 3.2 Mange redskaber findes – andre skal udvikles	11
- 3.3 Trin på vejen	12
- 3.4 Resultater af en særlig indsats	13
- 3.5 Hvad koster indsatsen?	14
- 3.6 Også økonomiske gevinster for samfundet	14
4.0 METODER DER VIRKER	17
- 4.1 En grundig afdækning lønner sig	17
- 4.2 Vigtig i forhold til afdækningstilbud	17
- 4.3 Forskellige typer af afdækningstilbud	18
- 4.4 Redskaber med effekt – også på sygdom	22
- 4.5 Indsats for borgere med forskellige sygdomsmønstre	23
5.0 INDSATS PÅ TVÆRS	27
- 5.1 Der er brug for en helbredsindsats	27
- 5.2 Samarbejde internt i kommunen	27
- 5.3 Samarbejdet med sundhedsfaglige aktører	29
6.0 VÆRDIER OG HOLDNINGER	34
- 6.1 Fælles forståelse og værdisæt	34

# 1.0 Indledning

## / 1.1 Erfaringer og anbefalinger fra 10 kommuner

Sygdom er en barriere for flygtninge/indvandreres tilknytning til arbejdsmarkedet i Danmark. Kommunerne arbejder derfor også i deres beskæftigelsesindsats med metoder til at mindske sygefraværet for flygtninge/indvandrere på kontanthjælp.

Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration har i efteråret 2007 iværksat en undersøgelse, som har haft til formål at belyse etniske minoriteters sygdomsforløb og sygdomsforløbenes betydning for beskæftigelse. Undersøgelsen er finansieret af Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration og gennemført af LG Insight. Undersøgelsens resultater viderefremmes i dette idékatalog.

Idékataloget beskriver konkrete metoder, som i praksis mindsker sygefraværet for flygtninge/indvandrere og styrker deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Metodeme er beskrevet med udgangspunkt i 10 udvalgte kommuner, der hver især anvender konkrete succesfulde metoder i beskæftigelsesindsatsen for sygemeldte flygtninge/indvandrere. Kataloget

vil således være til inspiration for alle beskæftigelsesaktører, som arbejder med flygtninge/indvandrere. Undersøgelsen bygger på såvel sagsgangsanalyser, interviews med sagsbehandlere, jobkonsulenter, beskæftigelsesledere, virksomheder, lægefaglige konsulenter og praktiserende læger.

Der er med undersøgelsen fremkommet mange og interessante resultater, som er for omfattende til at fremstille i dette katalog. Kataloget er derfor blevet suppleret af en kursusrække, ligesom der i foråret 2009 udarbejdes en egentlig rapport på området.

LG Insight takker alle deltagende kommuner, virksomheder og sundhedsfaglige aktører m.v. for deres medvirken og engagement i undersøgelsen.

*LG Insight*

### Fakta om undersøgelsen

I undersøgelsen deltager 10 kommuner, der alle arbejder med særlige indsatser for flygtninge/indvandrere med sygdomsoplevelser. De 10 kommuner er udvalgt af Integrationservice, Dansk Flygtningehjælp, Kommunernes Landsforening, Specialfunktionen for den etniske indsats/AMS, CABI og LG Insight.

DE 10 KOMMUNER I UNDERSØGELSEN ER:

Odense, Greve, Randers, Frederikshavn, Esbjerg, Skive, Aabenraa, Haderslev, Varde og Horsens Kommune.

Undersøgelsen bygger på sagsgangsanalyser af mere end 250 borgere med henholdsvis dansk og ikke-dansk baggrund på kontanthjælp, ledighedsydelse eller sygedagpenge. Der er gennemført mere end 120 interviews med aktører inden for det beskæftigelses-, social- og sundhedsfaglige system. Der anvendes endvidere statistisk materiale fra Arbejdsmarkedsstyrelsen og Danmarks Statistik.

I kataloget betegnes borgere med anden etnisk baggrund end dansk som flygtninge/indvandrere. Betegnelsen dækker borgere fra ikke-vestlige lande. Der skelnes ikke mellem indvandrere, flygtninge eller efterkommere med mindre andet er angivet.

Undersøgelsen omfatter primært kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 3, 4 og 5.

## / 1.2 Læsevejledning og summary

**Idékataloget illustrerer udfordringer og anbefalinger fra undersøgelsens 10 udvalgte kommuner i forhold til en styrket beskæftigelsesindsats for flygtninge/indvandrere. Kataloget er opbygget i følgende temaer, der nedenfor er opridset i hovedkonklusioner.**

### **SYGDOMSBILLEDE MED FLERE ANSIGTER**

De syge flygtninge/indvandrere på kontanthjælp oplever at være for syge til at have et job. Sygdommen er langt fra altid diagnosticeret, men er i høj grad en udtryk og oplevet sygdomstilstand. Undersøgelsen viser, at flygtninge/indvandrere ofte er fastlåste i offentlig forsørgelse og sygdomsidentiteter.

Læs mere om sygdomsbilledet i afsnittet:

Sygdomsbillede med flere ansigter s. 4, kapitel 2.

### **FOKUS LØNNER SIG**

De 10 kommuner i undersøgelsen har udviklet forskellige modeller til at styrke indsatsen for syge kontanthjælpsmodtagere med flygtninge/indvandrerbaggrund. Fælles for de 10 kommuner er, at de har

- overført megen viden, erfaring og metoder fra sygedagpengeområdet
- specialiseret organisationen og redskabsviften til en særlig indsats for syge flygtninge/indvandrere
- styrket samarbejdet mellem sociale, beskæftigelsesfaglige og sundhedsfaglige aktører

Undersøgelsen viser, at kommunerne har klare driftsmæssige fordele af en tæt og intensiv indsats. Der kan således være en økonomisk gevinst for kommunerne ved en styrket indsats. Særligt er der dog menneskelige gevinster at hente ved at give de syge borgere et aktivt liv.

Læs mere om strategier og resultater i afsnittet:

Fokus lønner sig s. 11, kapitel 3.

### **METODER DER VIRKER**

De 10 kommuner i undersøgelsen lægger alle vægt på en hurtig og faglig afdækning af flygtninge og indvandreres sygdomme. På baggrund af kommunernes erfaring vurderes det som afgørende, at der fra formodningen om eller konstateringen af sygdom til iværksættelsen af afklaring er så kort en periode som muligt. Afgørende for helbredsafklaring er, at den involverer såvel psykologisk, somatisk og socialfaglig afklaring. Efter afklaring skal der hurtigt iværksættes et beskæftigelsesrettet tilbud afstemt efter borgerens behov og muligheder. Pauser mellem de enkelte tiltag har negativ indflydelse på effekten.

De enkelte metoder til helbredsafklaring er beskrevet i afsnittet:

Metoder der virker s. 17, kapitel 4.

### **INDSATS PÅ TVÆRS**

De syge flygtninge/indvandrere har ofte mange typer af problemer, og jobcentrene kan kun sjældent klare alle opgaver alene. Den gode indsats er derfor karakteriseret ved samarbejde. Samarbejdet gælder såvel internt mellem aktører som mellem aktør og ledig. Navnlig samarbejdet med det sundhedsfaglige system – herunder praktiserende læger – er vigtigt.

Læs mere om gode veje til øget samarbejde på tværs i afsnittet:

Indsats på tværs s. 27, kapitel 5.

### **VÆRDIER OG HOLDNINGER**

Der kan være meget stor forskel på, hvorledes den enkelte sagsbehandler, jobkonsulent og/eller eksterne aktør vurderer gruppen af syge og deres beskæftigelsesmæssige ressourcer. Det er imidlertid afgørende, at der er en fælles værdi- og holdningsopfattelse i beskæftigelsesindsatsen.

Læs mere om værdier og holdninger i afsnittet:

Værdier og holdninger s. 34, kapitel 6.

## 2.0 Sygdomsbillede med flere ansigter

### / 2.1 Hvor mange flygtninge/indvandrere er udenfor arbejdsmarkedet pga. sygdom?

#### I DE 10 UNDERSØGTE KOMMUNER ER Knap 7.300 FLYGTNINGE/INDVANDRERE UDENFOR ARBEJDSMARKEDET PGA. SYGDOM

Syge borgere er på forskellige forsørgelsesordninger. Det kan være førtidspension, fleksjobydelse, ledighedsydelse, (for)revalidering, sygedagpenge eller kontanthjælp. Sagsbehandlere i de 10 undersøgte kommuner vurderer skønmæssigt, at 80% af kontanthjælpsmodtagerne med flygtninge/indvandrerbaggrund i matchgruppe 4 og 5 har helbredsmæssige problemer.

Samlet er godt 7.300 flygtninge/indvandrere udenfor arbejdsmarkedet pga. sygdom i de 10 undersøgte kommuner (2007, Jobindsats.dk) – de syge fordeler sig på ovenstående forsørgelseskategorier. Sygdommen holder dem enten permanent eller midlertidigt udenfor arbejdsmarkedet – jf. figur s. 5.

Sammenlignes gruppen af flygtninge/indvandrere i matchgruppe 4 og 5 med etnisk danskere i samme matchgrupper, viser tidligere undersøgelser, at der er mere sygdom blandt flygtninge/indvandrergruppen, men til gengæld langt færre sociale problemer og mindre misbrug. (jf. Eksemplariske Kontaktforløb, LG Insight, 2008).

#### MANGE FLYGTNINGE/INDVANDRERE PÅ FØRTIDSPENSION

43% af de syge flygtninge/indvandrere i de 10 kommuner var i 2007 på førtidspension. I langt de fleste tilfælde er deres førtidspension begrundet i dårligt helbred pga. traumatiske oplevelser eller et fysisk belastende arbejdsliv. De senere år er antallet af førtidspensionerede flygtninge/indvandrere steget markant i de 10 kommuner. I perioden 2004-2007 er antallet steget fra 2.377 til 3.147 – svarende til ca. 32% (kilde: Jobindsats.dk).

#### FÅ FLYGTNINGE/INDVANDRERE PÅ (FOR)REVALIDERING

Den store gruppe af flygtninge/indvandrere på førtidspension skal ses i lyset af, at der er tale om borgere, som har meget lidt arbejdssevne tilbage. Det vil derfor oftest forde store

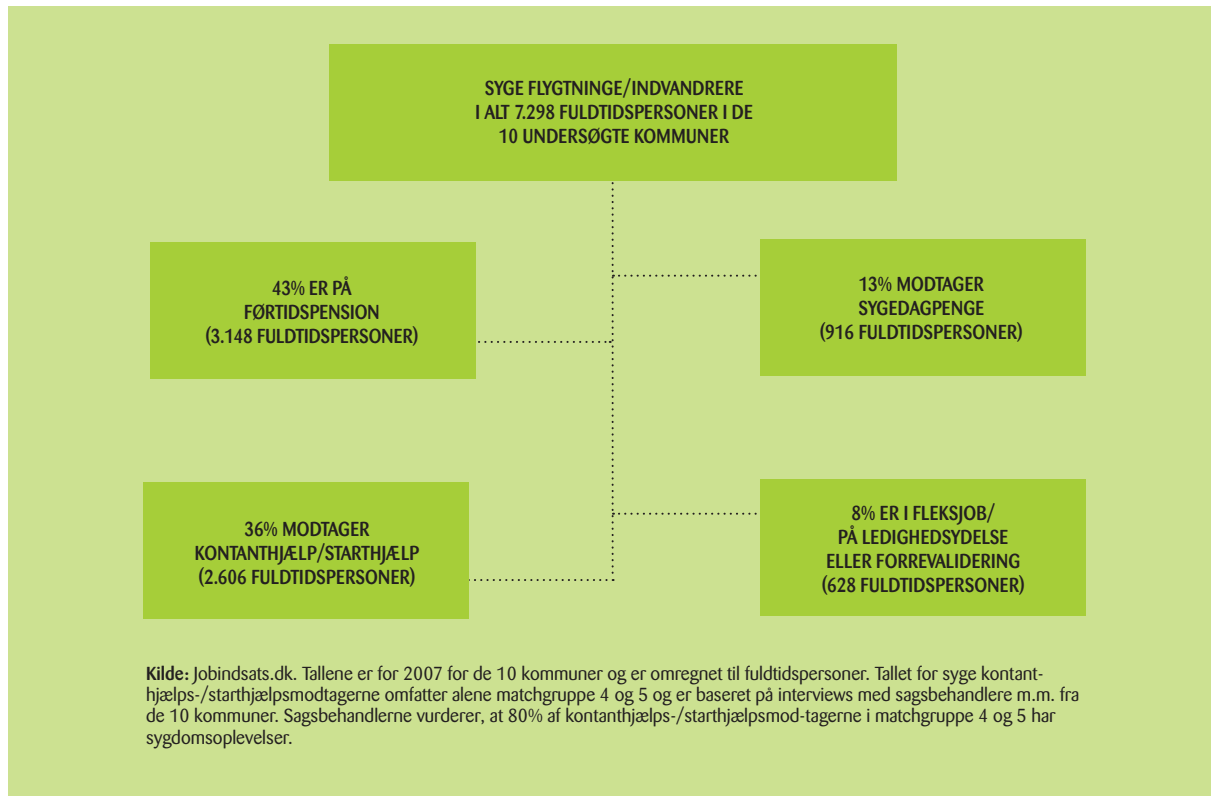
skånehensyn at bringe dem i en tilknytning til arbejdsmarkedet. Samtidig har hovedparten af gruppen ikke sproglige eller uddannelsesmæssige forudsætninger for hverken at varetage et kompetencekrævende job eller påbegynde et kompetencegivende uddannelsesforløb. Arbejdsmarkedet for disse borgere er derfor typisk begrænset til det ikke-faglærte arbejdsmarked. I det ikke-faglærte arbejdsmarked ofte er fysisk hårdt og med begrænsede skånemuligheder, kan det være vanskeligt for kommunerne at finde veje til en beskæftigelsesgivende omskoling. I de 10 undersøgte kommuner er der således kun en mindre gruppe flygtninge/indvandrere, der er under forrevalidering eller på forløb, hvor de omskoles til andre fagområder. I de 10 kommuner er 628 flygtninge/indvandrere – svarende til 8% af sygdomsgruppen i fleksjob eller på forrevalidering (kilde: 2007, Jobindsats.dk). Det er således kun en mindre gruppe flygtninge/indvandrere, der er under forrevalidering eller på forløb, hvor de omskoles til andre fagområder.

#### EN STIGENDE GRUPPE PÅ SYGEDAGPENGE

Etniske minoriteter begynder i stigende antal at blive synlige i sygedagpengesystemet. Antallet af flygtninge/indvandrere i sygedagpengesystemet er stigende i de 10 kommuner – i perioden 2004-2007 er antallet steget fra 566 personer til 916 personer – en stigning på godt 62%. Gruppen har samtidig mere komplicerede og langvarige sygedagpengeforløb end etniske danskere. I de 10 kommuner har 84% af de flygtninge/indvandrere, som modtager sygedagpenge, risiko for langvarigt sygeforløb eller har længerevarende sygdom eller alvorlig lidelse. Tilsvarende tal er for etnisk danske sygedagpengemodtagere 76% (kilde: 2007, Jobindsats.dk).

Stigningen i antallet af flygtninge/indvandrere på sygedagpenge hænger i høj grad sammen med, at gruppen i stigende omfang er kommet i beskæftigelse og dermed er blevet berettigede til sygedagpenge. Stigningen hænger ligeledes sammen med, at gruppen ofte er beskæftiget inden for ikke-faglærte brancher med større nedslidnings- og arbejdsmiljøproblemer.

Sygdomsbillede med flere ansigter



**SYGE FLYGTNINGE/INDVANDRERE ER OFTE PÅ KONTANTHJÆLP**

3.260 flygtninge/indvandrere modtog i 2007 kontanthjælp i matchgruppe 4 eller 5 i de 10 undersøgte kommuner (kilde: 2007, Jobindsats.dk). Sagsbehandlerne i de 10 kommuner vurderer i interviews, at godt 80% af denne gruppe er ikke-arbejdsmarkedsparete pga. sygdom. Dvs., at der i de 10 kommuner er i alt ca. 2.600 personer med etnisk minoritets-baggrund i matchgruppe 4 og 5, som er syge.

En gruppe på ca. 10% – svarende til 250-350 borgere – vurderes på baggrund af sagsgennemgange og interviews i de 10 kommuner ikke at være berettigede til førtidspension pga. deres opholdsstatus. De er fritaget fra rådigheds-/aktiverings-krav pga. varig sygdom.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Retten til førtidspension er som udgangspunkt betinget af, at modtageren har dansk indfødsret. Det kræves dog ikke af personer, der har haft fast bopæl i Danmark i mindst 10 år mellem det 15. og det 65. år, heraf mindst 5 år umiddelbart inden pensionen ydes. Indfødsret er ikke en betingelse for retten til førtidspension for udlændinge, som har fået opholdstilladelse i Danmark efter §7 eller §8 i Udlændingeloven.

Sygdomsbillede med flere ansigter

## / 2.2 Sygdomsårsager og alvorsgrader

En større andel blandt de etniske minoriteter – end blandt danskere – vurderer, at deres helbred er dårligt. Dette er senest blevet afdækket i en undersøgelse fra Center for Folkesundhed (juni 2008). Dette mønster er også udbredt blandt de flygtninge/indvandrere, der indgår i denne kommuneundersøgelse.

De syge flygtninge/indvandrere, som modtager kontanthjælp, oplever at være for syge til at have et job. Sygdommen er langt fra altid diagnosticeret, men er i høj grad en udtrykt og oplevet sygdomstilstand.

For manges vedkommende er der ingen dokumentation for, at sygdommen varigt forhindrer en tilknytning til arbejdsmarkedet. De fleste mangler en afklaring, som vil kunne fastslå deres arbejdsevner og afdække deres egentlige kompetencer.

Oplevelsen af sygdom hos flygtninge/indvandrere kan tilskrives en række forskellige faktorer. Der er forskellige sygdomstyper og adfærdsmønstre knyttet til de enkelte flygtninge/indvandrere. Man kan derfor ikke tale om syge flygtninge/indvandrere som en samlet gruppe. På baggrund af vurderinger fra jobcentre og læger i nærværende undersøgelse kan der i en forenklet form tegnes et billede af de typer af sygdomme, som er fremtrædende blandt flygtninge/indvandrere udenfor arbejdsmarkedet. I afsnittet nedenfor skitseres dette billede af gruppen. Afsnittet bygger på data fra undersøgelsens sags gennemgange og interviews i de 10 kommuner.

### DIAGNOSTICEREDE SYGDOMME

Nogle flygtninge/indvandrere har en diagnosticeret sygdom, som har indvirkning på deres muligheder for job eller aktivering. Der kan være tale om psykiske og/eller fysiske sygdomme, som er begrundet i arbejdsrelaterede forhold (f.eks. nedslidning) og livsstilssygdomme m.m.

Det er kendetegnende, at der inden for denne gruppe er stor arbejdsvilje, men mangel på arbejdsevne pga. sygdom. Sygdommene er lægediagnosticerede og medfører oftest omskoling eller førtidspension – afhængigt af sygdommens karakter.

Nogle af borgerne i matchgruppe 5 har så begrænsede arbejdsevner pga. sygdom, at de teknisk set burde være på førtidspension. De er pga. opholdsstatus imidlertid ikke berettigede til førtidspension. Kommunerne indplacerer gruppen i matchgruppe 5, hvorved de er fritaget fra beskæftigelseskravet, ligesom kommunerne kan fritage dem fra krav om aktiveringstilbud m.m.

**Det skønnes, at godt 10-15% af kontanthjælpsgruppen i match 4 eller 5 har en diagnosticeret sygdom, der medfører en meget nedsat arbejdsevne.**

(Kilde: Interviews og sags gennemgange i nærværende undersøgelse)

### ONDT I LIVET/ANGST FOR DET UKENDTE

Mange kvinder med flygtninge-/indvandrerbaggrund udtrykker at have skiftende smerter, manglende livslyst og være plaget af en voldsom træthed. Der er ofte ingen diagnosticerbare fysiske smerter, hvorfor symptomerne er lægeligt uforklarlige. Smerterne er imidlertid ægte og kan være resultatet af bl.a. følelsesmæssig belastning og/eller bekymringer, som man selv har svært ved at overskue og tackle. Lægerne har svært ved at spore eller diagnosticere problemet og udtrykker derfor ofte kvindernes problematik som "ondt i livet".

**Det skønnes, at "ondt i livet" er årsag til sygemelding hos 30% af sygdomsgruppen, som modtager kontanthjælp i match 4 eller 5.**

(Kilde: Interviews og sags gennemgange i nærværende undersøgelse)

Sygdomsbillede med flere ansigter

Lægeforeningens Sundhedskomite har kaldt fænomenet for De Nye Sygdomme ("De nye sygdomme – en debatbog" redigeret af: Johan Hviid Andersen m.fl., 2000). De Nye Sygdomme tæller bl.a. lidelserne fibromyalgi og kronisk træthedssyndrom. De praktiserende læger har forskellige indfaldsvinkler til denne type af sygdomme. Mange læger opfatter smerterne som en psykiatrisk tilstand, hvor patienten selv er med til at udvikle sine symptomer. Andre læger er af den opfattelse, at smerterne stammer fra en form for kronisk stress, som også giver kvinderne depressioner. Andre mener, at kvinderne har 'ondt i livet' – at smerterne er en form for social mekanisme som reaktion på, at livet har udviklet sig anderledes, end kvinden håbede og forventede. Og endelig er der nogle praktiserende læger, som mener, at patienten påtager sig en sygerolle og skaber sig en identitet igennem sygdommen.

Symptombilledet hos kvinder kan være meget forskelligt og derfor svært umiddelbart at afdække. Årsagerne til tilstanden er også mangesidet og gerne sammensat af flere elementer. Ondt i livet kan bl.a. hænge sammen med: Mange forandringer som er svære at overskue, at familien ikke trives, oplevet sorg, ensomhed, manglende kontrol over eget liv, dårlig økonomi eller angst for det ukendte m.v.

#### TRAUMER

En stor gruppe af flygtninge i Danmark er præget af traumer. Det skønnes af jobcentrene i denne undersøgelse, at mere end hver fjerde flygtning på kontanthjælp har traumer om end i meget forskellig grad. For mændenes vedkommende er der ofte tale om traumer relateret til krig i hjemlandet.

For kvindernes vedkommende er traumerne ofte mere uigennemsigtige, idet der dels kan være tale om sekundære traumer (oftest opstået via mandens trauma) og dels kan være traumer, som er afledt af tabubelagte oplevelser (f.eks. voldtægt).

Traumer er for mange jobcentre vanskelige at håndtere, så længe der ikke er stillet en sundhedsfaglig diagnose. Symptomerne på trauma er nemlig mangesidede – f.eks. spændingshovedpine, søvnbesvær, diffuse smerter m.v.

En meget stor del af landets flygtninge har en baggrund med traumatiske oplevelser. Ikke alle har dog traumer som følge heraf, og der er også en række andre forhold, som viser sig med samme symptomer som trauma. Den enkelte sagsbehandler kan derfor ikke selv stille diagnosen.

Ofte er trauma ingen hindring for beskæftigelse – snarere tværtimod. Det er kommunernes erfaring, at beskæftigelse og trauma fint kan følges ad, idet aktivering/beskæftigelse er med til at skabe en struktureret hverdag med faste rutiner.

En sådan struktur i hverdagen er afgørende for personer med traumer – timetal og funktioner kan justeres i forhold til den enkeltes muligheder.

**Traumer skønnes at være årsagen til sygdomsmønstret hos 25% af de syge ledige med etnisk minoritetsbaggrund.**

(Kilde: Interviews og sags gennemgange i nærværende undersøgelse)

#### KULTUR OG SYGDOMSOPFATTELSE

Der eksisterer mellem forskellige lande og kulturer divergerende opfattelser af sygdomsbegrebet. Hos nogle befolkningsgrupper er der ingen skelnen mellem sygdomsgrader. Sygdom er sygdom – uanset sygdommens karakter.

Der er eksempler på mænd og kvinder, som pga. bygningsfejl i foden, forstrækning af ledbånd eller konstatering af type 2-diabetes osv. opfatter sig som værende berettiget til ikke at arbejde – hverken på arbejdsmarkedet eller i hjemmet. Sygdom ét sted i kroppen betyder friholdelse fra al aktivitet. Ofte er opfattelsen af sygdom relateret til mængden af medicin, som de indtager. Tager man meget medicin, opfatter mange sig som meget syge. Uanset medicinen og sygdommens karakter.

Disse sygdomsopfattelser beror oftest på manglende viden. Gruppen af kontanthjælpsmodtagere, som har sygdomme, der ikke hindrer en arbejdsmarkedstilknytning, er relativt stor. Mange flygtninge/indvandrere får behandling for mangel på D-vitaminer (kvinder), får sovepiller og/eller lettere smertestillende medicin. Der sker samtidig inden for denne gruppe en udpræget grad af selvmedicinering, som ofte betyder fejlmedicinering. Medicinen hjemkøbes ofte via udlandet og indebærer såvel ordinær medicin som naturmedicin. I forhold til naturmedicin kan det være problematisk, idet nogle af midlerne ophæver virkningen af den lægeordnede medicin.

Et særskilt karakteristika, der ikke er sygdomsrelateret, men som af sagsbehandlerne opfattes som en kulturbetinget barriere, er opfattelsen af alder. Blandt mange flygtninge-/indvandrerkvinder er der en opfattelse af, at kvinder fra det fyldte 40. år har brug for og krav på at starte deres otium. Både ifht. hjemmet og arbejdsmarkedet.

Der er inden for denne gruppe af syge kontanthjælpsmodtagere nogle, som mod bedre vidende bruger sygdom som undskyldning for ikke at skulle i job. Sygdommen bruges således som aktivt skjold ifht. den beskæftigelsesrettede indsats. Denne gruppe indgår således under nedenstående afsnit omkring modvilje og undvigelsesstrategier.

Sygdomsbillede med flere ansigter

**I alt vurderes det, at op mod 15% af gruppen står uden for arbejdsmarkedet pga. en sygdomsopfattelse, som ikke underbygges af deres reelle sundhedstilstand.**

(Kilde: Interviews og sags gennemgange i nærværende undersøgelse)

### MODVILJE/UNDVIGELSESTRATEGIER

En gruppe kontanthjælpsmodtagere er ikke indstillet på at komme i job. Dette gælder også for en gruppe af borgere med flygtninge-/indvandrerbaggrund. Nogle af dem fingerer derfor sygdom for at undslå sig job. I gruppen findes såvel mænd som kvinder med forskellige etniske baggrunde. Omfanget af kvinder i gruppen er dog størst. Aldersmæssigt er spredningen stor.

Denne gruppe borgere har det som deres højeste ønske at opnå førtidspension og dermed undgå tilbud om aktivering og job. Førtidspension er ensbetydende med et liv i fred.

For kvinderne er der ofte tale om, at de mangler arbejdsidentitet og ikke finder det rimeligt at skulle gå på arbejde. De har

planlagt et liv udenfor arbejdsmarkedet og vil gøre meget for at fastholde denne position. Ofte understøtter ægtefællen også holdningen om, at kvindens plads er i hjemmet. Det ses derfor også, at mændene er aktive i kontakten til jobcentret med henblik på at overbevise centret om ægtefællens sygdom og behov for hvile.

For mændene drejer det sig ofte om, at de ikke finder det økonomisk attraktivt at komme i job – nogle vil hellere bruge tiden på at arbejde ”sort”.

Det er opfattelsen i jobcentrene, at der foregår en ”udveksling af gangbare sygdomme” i nogle etniske miljøer, idet man på jobcentrene kan se at forskellige sygdomme optræder i stimer.

**De ”fiktivt” syge udgør skønsmæssigt 15-20% af den samlede sygdomsgruppe i matchgruppe 4 og 5.**

(Kilde: Interviews og sags gennemgange i nærværende undersøgelse)

## / 2.3 Et fastlåst sygdomsforløb

Kommunerne søger kun i begrænset omfang at afdække sygdomsårsagerne hos flygtninge/indvandrere. Kommuneundersøgelsen viser, at syge kontanthjælpsmodtagere med dansk baggrund næsten 4 gange oftere har fået afdækket deres sygdomsforhold og ressourcer, end det er tilfældet for syge flygtninge/indvandrere.

De syge med dansk baggrund påbegynder således langt oftere en systematisk afklaring af sygdommens betydning for arbejdsevnen, end det er tilfældet hos kontanthjælpsmodtagere med flygtninge-/indvandrerbaggrund.

Forskellen skyldes i høj grad, at 70% af de syge etniske danskere på kontanthjælp kommer fra sygedagpengesystemet. Det samme er kun tilfældet for mindre end 10% af de syge flygtninge/indvandrere. De syge flygtninge/indvandrere er oftest placeret i matchgruppe 4 eller 5 og er meget fastlåste i deres ledighed. De bevæger sig sjældent op og ned i matchgrupperne og har sjældent skift til andre

forsørgelsessystemer – herunder selvforsørgelse. Sags gennemgange bekræfter sagsbehandlernes oplevelse af flygtninge/indvandrere som værende fastlåste i offentlig forsørgelse og sygdomsidentiteter. Gruppen udfordrer til stadighed kommunerne i at finde nye veje i den beskæftigelsesfaglige indsats.

**55% af de syge kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 4 og 5 med dansk baggrund havde en ressourceprofil, sygeopfølgingsplan eller var udredt med (special)læge undersøgelser/vurderinger inden for det seneste år.**

**Det var tilsvarende (kun) tilfældet for 15% af de sygdomsramte kontanthjælpsmodtagere med flygtninge-/indvandrerbaggrund.**

(Kilde: Interviews og sags gennemgange i nærværende undersøgelse)

Sygdomsbillede med flere ansigter

### Kommuneundersøgelsen viste følgende karakteristika:

Der er mere dynamik i sygdomsgruppen blandt kontanthjælpsmodtagere med dansk baggrund. Næsten 60% skifter mellem forsørgelsesgrupper (sygedagpenge, kontanthjælp, ledighedsydelse, løn) eller matchkategorier i løbet af et år, mens dette kun er tilfældet for godt 25% af de syge flygtninge/indvandrere på kontanthjælp. Flygtninge/indvandrere er meget mere fastlåste i matchgruppe 4 eller 5.

Karakteristika ved sygdomsramte flygtninge/indvandrere på kontanthjælp:

- 80% er kvinder
- 75% er i alderen 35-50 år, og den resterende gruppe er primært over 50 år
- Kun få unge med ikke-dansk baggrund er syge
- Gruppen domineres af kvinder fra Tyrkiet, Mellemøsten og afrikanske lande
- Mænd dominerer gruppen af syge med diagnosticerede sygdomme, herunder traumer, mens kvinderne dominerer gruppen med kulturbestemte sygdomme eller "ondt i livet"

Kilde: LG Insight baseret på sagsakter/journaloplysninger på 250 kontanthjælpsmodtagere med henholdsvis dansk og ikke-dansk baggrund, og på interviews med sagsbehandlere i 10 kommuner.



Sygdomsbillede med flere ansigter

## / 2.4 Typiske sygdomme

### Blandt de sygdomme, som jobcentrene hyppigt ser hos etniske minoriteter, kan nævnes:

#### **MANGEL PÅ D-VITAMIN**

Kvinder, der går tilsløret, og børn med mørk hud har særlig risiko for at udvikle mangel på D-vitamin i Danmark. Rigtig mange kvinder af anden etnisk herkomst har da også en lægeligt diagnosticeret mangel på D-vitamin. Manglen på D-vitamin viser sig bl.a. ved muskelsvækkelse og skrøbelige knogler.

#### **SUKKERSYGE/DIABETES**

Diabetes er en sygdom i vækst. Blandt etniske minoritetsgrupper er type 2 diabetes særligt udbredt. Det gælder især for personer med pakistansk, tyrkisk og somalisk baggrund.

#### **MIGRÆNE/SPÆNDINGSHOVEDPINE**

Migræne er en af de hyppigste former for hovedpine, og ca. hver syvende dansker har eller vil opleve at få et migræneanfald. Også mange flygtninge/indvandrere (især kvinder) giver udtryk for og/eller har fået stillet diagnosen. Ofte skyldes smerterne en spændingshovedpine, som i symptomer kan minde meget om migræne.

#### **ANGST, STRESS OG ONDT I LIVET**

Mange kvinder med flygtninge-/indvandrerbaggrund udtrykker at have skiftende smerter, manglende livslyst og være plaget af en voldsom træthed. Det er ofte ingen diagnosticerbare fysiske smerter, hvorfor symptomerne er lægeligt uforklarlige. Lægerne har svært ved at spore eller diagnosticere problemet og udtrykker derfor ofte kvindernes problematikker som "ondt i livet".

#### **TRAUMER**

Trauma-tilstanden er kendt som Post Traumatisk Stress Forstyrrelse eller PTSD. Man kunne også kalde det for langvarig stress efter en eller flere voldsomme oplevelser.

Traumer gør sig gældende for mange etniske minoriteter, som er flygtet fra krig, fængsel og tortur. Traumer rammer både mænd og kvinder – uanset køn, alder og herkomst.

#### **ONDT I RYGGEN**

Ondt i ryggen er en folkesygdom – hver tredje dansker vurderes at have ondt i ryggen set over en 14-dages periode. Smerterne kan opstå af fysisk overanstrengelse, men også mange andre faktorer spiller ind. Overvægt og svage muskler kan styrke risikoen for at få ondt i ryggen.

#### **ASTMA/ALLERGI**

En stor gruppe flygtninge/indvandrere lider af astma og allergi. Disse sygdomme kan naturligvis have forskellige grader af alvor og dermed varierende betydning for borgerens beskæftigelsesmuligheder. Jobcentre og læger giver udtryk for, at omfanget af disse sygdomme er stigende.

#### **SLIDGIGT/LEDDEGIGT**

Slidgigt er en meget almindelig sygdom i Danmark, hvor 8 ud af 10 indbyggere vurderes at have slidgigt, når de har passeret 50 år. Også mange flygtninge/indvandrere har gigt eller oplever smerter relateret til gigt.

Slidgigt er typisk aldersrelateret, men også vægten har en betydning. Overvægt øger således risikoen for slidgigt.

Kilde: LG Insight – Interviews med sagsbehandlere og læger

## / 3.1 Fokus og mål er første forudsætning

Ny viden har vist, at et aktivt arbejdsliv kan være en vigtig del af løsningen på kontanthjælpsmodtagernes problemer – også deres sygdomme. Arbejde kan virke helbredende i sig selv (jf. bl.a. Hvidbog fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Årsager og Handlemuligheder, 2008 & Gunilla Björkqvist, Stockholm, "Employment and Social Integration", 2002). Indsatsen for at inddrage de syge i arbejdsstyrken er derfor blevet et vigtigt mål for kommunernes beskæftigelsesindsats.

Alle kommuner i undersøgelsen har oplevet, at det er en svær opgave at skabe en ny strategi ifht. en aktiv indsats for flygtninge/indvandrere med sygdomsoplevelser. Der er mange sten på vejen – og ingen af de undersøgte kommuner mener selv, at de endnu er i mål.

Det er et stort arbejde at få iværksat en indsats, der involverer mange aktører, lovgivninger, kulturer/holdninger, faglige ekspertiser, økonomiske kasser og politiske ledelser m.m. Alligevel fremhæver kommunerne, at vejen er fremkommelig, og at det hele forløber bedre, når først resultaterne af indsatsen viser sig – og disse synliggøres for alle parter.

**Erfaringer og forskning viser, at mange sygdomme faktisk lindres eller helbredes, hvis borgerne får et aktivt fagligt og socialt arbejdsliv.**

**Flere af de undersøgte kommuner peger på, at kommunen også har en økonomisk fordel af en aktiv indsats for syge flygtninge/indvandrere.**

## / 3.2 Mange redskaber findes – andre skal udvikles

Kontanthjælpsmodtagere med sammensatte problemer er en særlig udfordring for kommunerne – også for de 10 kommuner i undersøgelsen. Særligt borgerne i matchgruppe 4 og 5 med mange sygdomsproblemer har brug for en ekstra indsats. Undersøgelsen i de 10 kommuner har bl.a. vist, at:

- Nogle borgere har indlysende sygdomme, som er varige og nedsætter arbejdsevnen betydeligt. Hvis disse borgere ikke har mulighed for at komme på arbejdsmarkedet på særlige vilkår og med skånehensyn, kan en sidste løsning være revalidering eller førtidspension.
- Syge med afklarede sygdomsforhold, men med fortsat arbejdsevne kan drage fordel af tilbud, som er udviklet i sygedagpengeindsatsen. Det gælder for borgere uanset deres kulturelle baggrunde.

- Blandt flygtninge/indvandrere i kontanthjælpssystemet er der en gruppe borgere, der ikke har klare sygdomsdiagnoser. Sygdommene kan dække over uafdækkede og ubehandlede psykiske og fysiske forhold samt traumer, kulturbestemte sygdomsopfattelser, sociale problemer og/eller forsøg på at unddrage sig aktivering eller job med simulering af sygdom. Til denne gruppe er der brug for en ny og sammentænkt indsats (jf. afsnittet Indsats på tværs, s.27).

De 10 undersøgte kommuner har forskellige vilkår for deres beskæftigelsesindsats. De har derfor udviklet forskellige modeller, der omfatter både politiske målsætninger, prioritering af ressourcer til indsatsen og dyrkelse af faglige ekspertiser blandt såvel ansatte i kommunen som blandt samarbejdsparter. Samtidig har de undersøgte kommuner prioriteret et udbygget samarbejde med de sundhedsfaglige aktører i lokalområdet – fortrinsvist de praktiserende læger.

Fokus lønner sig

## / 3.3 Trin på vejen

Kommunerne har anvendt forskellige strategier, men alligevel kan der peges på fællestræk i de 10 undersøgte kommuner. Fælles for kommunerne er:

- De har overført megen viden, erfaring og metoder fra sygedagpengeområdet. Det gælder både det organisatoriske set up, medarbejdernes kompetencer og fordelingen af personaleressourcer.
- Kommunerne har specialiseret organisationen og redskabsviften til en særlig kvalificeret indsats for de kontanthjælpsmodtagere, der har flygtninge-/indvandrerbaggrund og har sygdomme begrundet i kultur, sociale forhold og manglende motivation. Andre sygdomsårsager håndteres i den brede – ikke etnisk specialiserede – indsats.
- Samarbejdet mellem sociale, beskæftigelsesfaglige og sundhedsfaglige aktører er blevet styrket. Samarbejdsformer er blevet udviklet, roller defineret, og der er blevet skabt fælles værdier og holdninger – bl.a. at respektere myndighedskrav, faglige ekspertiser og traditioner. Der arbejdes med en fælles værdi om, at det grundlæggende er til borgerens bedste, hvis alle tre indsætter og parter spiller sammen – og gerne samtidigt.

Samarbejdet mellem det sociale, beskæftigelses- og sundhedspolitiske system er fastlagt ved lov. Flere flygtninge/indvandrere er i gråzonen, hvor problemerne væver sig ind i hinanden. Det er derfor ikke altid lige klart hvilke aktører, der har myndighedsforpligtigelsen.

Jobcentrene er med aktiveringsregler – ”Ny chance” – pålagt en initiativpligt i forhold til at få afdækket ressourcer og iværksætte aktive tilbud.

### Jobcenter Horsens

Jobcenter Horsens startede i 2003 et jobguideprojekt med støtte fra Integrationsministeriets brobygger- og jobguideordning. Siden 1. jan. 2008 har ordningen imidlertid fungeret som et alment tilbud i kommunens integrationsindsats.

Kvinder har hidtil udgjort langt hovedparten af projektets deltagergruppe. Der er tale om kvinder, som har været i Danmark i mange år, og som føler sig syge og har dårlige danskundskaber. Med ordningen er det lykkedes mere end hver 2. indvandrerkvindes at komme ud af kontanthjælpssystemet. De er kommet i ordinært job eller uddannelse. Vejen hertil har bestået af en grundig afdækning af kvindernes kvalifikationer samt et vellykket match mellem de ledige og virksomhederne. Virksomhedspraktik har spillet en central rolle.

Projektlederen har i sin indsats lagt særlig vægt på at:

- Sørge for en tidlig og grundig afklaring
- Være omhyggelig i udvælgelsen af virksomhedspraktikker
- Altid have en tæt opfølgning

Fokus lønner sig

## / 3.4 Resultater af en særlig indsats

En fokuseret indsats har vist sig at kunne give store gevinster for både samfundet og borgeren. Der er både sociale, samfundsøkonomiske og menneskelige gevinster at hente ved en prioriteret indsats. Effekten kan måles i såvel øget livskvalitet som øget arbejdsmarkedstilknytning for borgerne. Ikke alle de 10 kommuner har ført oversigter over effekterne af indsatsen, men de har alle eksempler på, at det virker. Eksemplerne tæller bl.a. nedenstående resultater:

- I Odense Kommune har de helbredsafklarende forløb dokumenteret effekt på borgernes livs- og arbejdsmarkedsudsyn og for deres efterfølgende aktivering og arbejdsmarkedstilknytning. LG Insights evaluering viste, at 17 ud af 20 blev afklaret og bragt videre i en beskæftigelsesfaglig indsats.
- I Greve Kommune bliver mere end 30% selvforsørgende, når de tilbydes en særlig indsats med fokus på bl.a. deres helbredsforhold.
- I Horsens Kommune bliver 30% af de traumatiserede deltagere på et 13 ugers afklaringsforløb i stand til at påbegynde støttet beskæftigelse efter endt afklaring.
- I Barrierebryderne i Esbjerg Kommune kommer ca. 25% af sygdomsramte kontanthjælpsmodtagere med flygtninge-/indvandrerbaggrund i matchgruppe 4 og 5, efterfølgende i ordinær beskæftigelse.

Igennem kataloget vil flere eksempler på borgerresultater af indsatsen blive præsenteret.

Sagsgangsanalysen viste, at jobeffekten var næsten dobbelt så høj for sygdomsafklarede flygtninge/indvandrere som for de ikke-sygdomsafklarede flygtninge/indvandrere. Hvor godt 28% af de sygdomsafklarede i matchgruppe 4 og 5 efter 12 måneder var i ustøttet beskæftigelse, var det samme kun tilfældet for 15% af de ikke-sygdomsafdækkede med tilsvarende baggrunde. Derudover kan der på baggrund af de 10 kommuners erfaringer sammenfattes nogle generelle resultater af indsatsen knyttet til borgere med forskellige sygdomsproblemer.

Effekterne af indsatsen overfor de sygdomsramte flygtninge/indvandrere er meget forskellige hos de undersøgte kommuner. Effekterne kan også måles på meget forskellig måde. For en gruppe borgere, der har været fastlåst i mange år på kontanthjælp, er en bevægelse og et perspektiv en succes. For andre er forskellige grader af arbejdsmarkedstilknytning mulig, og det omfatter job på særlige vilkår, løntilskud eller ordinær beskæftigelse.

Kommuneundersøgelsen viser, at succesraten for flere af indsatserne er ganske imponerende. Kommunerne kan således få mellem 80-100% af kontanthjælpsmodtagerne med kulturbestemte sygdomsoplevelser videre i forløb rettet mod job. Tilsvarende kan mellem 30-70% af kontanthjælpsmodtagerne med "ondt i livet" få succes af indsatsen i form af gradvist stigende arbejdsmarkedstilknytning. For borgere med undvigelsesstrategier og manglende motivation kommer ligeledes mellem 80-100% videre i aktivering eller selvforsørgelse – hvad enten selvforsørgelse dækker over løn eller manglende kontanthjælp.<sup>2</sup>

### Varde Kommune har valgt at sætte integration og sygdom højt på den politiske dagsorden

Varde Kommune laver hvert år en integrationsanalyse, som tegner et billede af den etniske befolkningsgruppe set i forhold til arbejdsmarkedet. Analyserne har vist, at de fleste nydanskere i kommunen har få forudsætninger for at komme på arbejdsmarkedet. Det er dog samtidig kommunens erfaring, at de fleste vil kunne blive arbejdsmarkedsparete, og derfor er en indsats for de ledige nydanske medborgere – også de syge medborgere – sat højt på den politiske og ledelsesmæssige dagsorden.

<sup>2</sup> Resultaterne bygger på dels konkrete resultater fra gennemførte projekter i kommunerne og dels de interviewede aktørers udsagn.

Fokus lønner sig

### / 3.5 Hvad koster indsatsen?

Der er ikke noget let og entydigt svar på, hvad en forstærket indsats koster kommunerne. Det afhænger i høj grad af, om kommunerne kan trække på eksisterende sundhedsfaglige tilbud, eller om kommunerne selv skal dyrke og finansiere sådanne tilbud – f.eks. tilbud til afdækning og behandling af traumer, psykiske sygdomme el.lign.

Udbuddet af relevante sundhedsfaglige tilbud varierer meget mellem landets kommuner. Nogle kommuner har adgang til tilbud, som er særligt relevante for flygtninge/indvandrere. Andre steder findes der ikke sådanne tilbud. Mange steder er det sundhedsfaglige udbud samtidig mindre end det faktiske behov – de fleste kommuner oplever lange ventetider hos speciallæger, udredninger på sygehuset, traumacentre m.m.

Manglen på relevante sundhedsfaglige tilbud betyder, at beskæftigelsesindsatsen i mange tilfælde påvirkes eller ligefrem sættes i stå. Stadig flere kommuner vælger derfor at udvikle og finansiere sundhedsfaglige tilbud til kontant-hjælpsmodtagerne. De sundhedsfaglige opgaver bliver derved en beskæftigelsespolitisk udgift og opgave, hvilket giver anledning til frustrationer i kommunerne. Hensynet til lovgivning, borgere og økonomi betyder dog, at kommunerne i høj grad vægter den sundhedsfaglige opgave.

Som udgangspunkt kan kommunerne ikke indenfor Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats finansiere egentlig behandling af sygdomme. I særlige tilfælde – f.eks. psykologbehandling – kan kommunerne betale for sådanne ydelser. Kommunernes udgifter til sundhedsfaglige tilbud omfatter derfor især afdækning af sygdomme. Det gælder både udgifter til bestilte undersøgelser og vurderinger på sygehuse og hos læger, psykologer m.m. (LÆ attester). Kommunerne inddrager også i høj grad sundhedsfaglige aktører i afdækningen af sygdomsforhold. De helbredsafklarende teams, der beskrives i afsnittet Metoder der virker, er eksempler herpå.

Kommunernes udgifter til sundhedsfaglige tilbud afhænger af udbuddet og tilgængeligheden af de lokale og regionale tilbud. Undersøgelsen af de 10 kommuner viser, at udgiften til afklaringsforløb svinger mellem 15.000 og 70.000 kr. per person. De komplicerede sagsforløb med brug af specialtilbud uden for de aftalte og udbudte sundhedstilbud er dyrest (f.eks. helbredsafklarende teams og specialtilbud hos læger og psykologer el.lign.). Billigst er stordriftsfordele for kommuner (f.eks. store kommuners etablering af egne lægetilbud i visitationsteams og afdækningsforløb) samt brug af aftalte og udbudte tilbud indenfor sundhedssystemet.

---

### / 3.6 Også økonomiske gevinster for samfundet

For borgerne er der dokumenteret stort udbytte af en indsats, der tager hånd om sygdomsopfattelser eller faktiske problemer. Undersøgelsen peger imidlertid også på en række samfundsmæssige sidegevinster. Det gælder bl.a. øget livskvalitet hos borger og dennes familie, større

trivsel blandt familiens børn i og uden for skolen og et mere udadvendt samfundsliv for forældrene. Forældrene bliver aktive medspillere i deres eget liv, ligesom de får en styrket rolle over deres børn.

Fokus lønner sig

Der er mange forhold, der skal tænkes ind i de samfundsøkonomiske beregninger af en indsats for sygdomsramte flygtninge/indvandrere.

Det vedrører bl.a.

- Reducerede udgifter til overførselsindkomster
- Reduktion af tidsforbrug og ressourcer til denne gruppe, der oftest har befundet sig i det kommunale forsørgelsessystem gennem mange år. Borgerne har været igennem utallige samtaler og ofte gentagne og afbrudte afklarings- og kvalificeringsforløb
- Reduktion af den langsigtede udgift til aktiveringstiltag
- Besparelser på sociale udgifter
- Langsigtede (økonomiske) gevinster ved at børnene også får bedre opvækstbetingelser og bedre integrationsmuligheder i samfundet

- Besparelser på det sundhedsfaglige system, hvor de sygdomsramte flygtninge/indvandrere også lægger beslag på mange ressourcer

Dertil kommer kommunens langsigtede gevinst i form af øgede skatteindtægter, færre tilskud til fripladser i daginstitutioner, nedsatte udgifter til boligsikring osv.

Nærværende undersøgelse viser, at kommunerne har klare driftsmæssige fordele af en tæt og intensiv indsats. En forstærket indsats for flygtninge/indvandrere på kontanthjælp betyder 30% færre opfølgingskontakter og reviderede jobplaner. Også den gennemsnitlige udslusningseffekt til beskæftigelsesfaglige tilbud eller job påvirkes positivt. Dobbelt så mange flygtninge/indvandrere kommer i job eller jobrettede tilbud, når de gennemgår en forstærket indsats med fokus på sygdomsafklaring.<sup>3</sup>

## Frederikshavn Kommune

I Frederikshavn Kommune har man valgt at lægge en strategi for integrations- og beskæftigelsesindsatsen, som sikrer en individuel og helhedsorienteret tilgang.

Kommunen har lavet en prioritering af jobcentrets ressourcer, der modsvarer de mål og tiltag, som kommunen anser for nødvendige for en helhedsorienteret indsats.

Kommunen har prioriteret:

- At der sker en tæt opfølgning fra den lediges første dag
- At der prioriteres ressourcer til indsatser – såvel afklaring som kvalificering
- At der anvendes en arbejdsmarkedsfaglig tilgang over hele linjen
- At alle ledige har en fast kontaktperson

Jobcentret har lavet en ressourcefordeling, hvor de sagsbehandlere, hvis klienter har de svageste arbejdsmarkedsforudsætninger, har 1/3 færre sager end øvrige sagsbehandlere. Man har desuden valgt at bruge tilkøb af psykiatere og psykologer, når det vurderes at være nødvendigt for, at borgeren kan få en arbejdsmarkedstilknøytning. Udgiften vurderes at tjene sig ind på lang sigt.



<sup>3</sup> Resultaterne bygger på dels konkrete resultater fra gennemførte projekter i kommunerne og dels de interviewede aktørers udsagn.

Fokus lønner sig

Sammenholdes de gennemsnitlige merudgifter til sundhedsfaglige tilbud med kommunernes besparelser på driftsbudgettet, forsørgelsesudgifter og køb af aktiveringstilbud m.m., er der også god købmandsfornuft i en forstærket indsats.

En simpel beregning tydeliggør kommunens økonomiske resultater. Hvis en sygdomsramt borger efter 6 måneders indsats kommer i ordinær ikke-faglært beskæftigelse, vil kommunen allerede efter 7 måneder have en økonomisk gevinst. Dette selv med den dyreste indsats. Hvis kommunen

gennemfører holdforløb af 15 deltagere, vil kommunen et år efter forløbet have tjent ca. en kvart million kroner.

Nedenfor er vist et simpelt regneeksempel på den økonomiske gevinst ved en beskæftigelsesrettet indsats for syge kontanthjælpsmodtagere. Eksemplet, der er beregnet på individniveau, viser kommunens udgifter til tilbud og forsørgelse det første år – afhængig af indsatsens karakter.

## Årsberegning

	Vilkårlig aktivering	Målrettet aktivering	Bemærkning
Nettoudgifter til forsørgelse i 6 måneder	25.722	25.722	Aktiveringsydelse fratrukket statsrefusion
Aktiveringsudgifter	28.000	46.850	Gennemsnitlige kostpriser baseret på sagsgangsanalyse
Udgifter efter 6 måneder	53.722	72.572	Forsørgelse og udgifter til tilbud i alt efter 6 måneder
Effekt efter 6 måneder	15%	28%	Gennemsnitlige effekter baseret på sagsgangsanalyse
Efterfølgende 6 måneder	45.664	38.680	Udgifter til forsørgelse/tilbud de resterende 6 måneder med samme redskabsvifte
Udgifter efter 1 år i alt	99.386	111.252	Forsørgelse/tilbud efter 1 år i alt
Skatteindtægt	12.204	22.780	Fuldtid/100 kr. i timen, ægtepar med 2 børn og ægtefælle på kontanthjælp
Netto udgift i alt	87.182	88.472	Nettoudgifter til forsørgelse/tilbud fratrukket skatteindtægt

Det simple beregningseksempel viser, at kommunens udgifter det første år er stort set ens, hvad enten der vælges en (indledende) dyrere afdækning af sygdomsforhold blandt flygtninge/indvandrere eller et vilkårligt aktiveringstilbud. Efter det første år vil der være økonomiske gevinster at hente for både kommune og samfund – efter et år sparer kommune og stat således i alt 77.628 kr. på udgifterne til kontanthjælp og aktiveringstilbud. Opnår borgeren

fuldtidsarbejde til en årsløn på ca. 195.000 kr. vil samfundet få øgede skatteindtægter på godt 80.000 kr. Den simple beregning viser således, at der i alt kan opnås en gevinst på knap 160.000 kr. (kilde: Eksemplariske Kontaktforløb, LG Insight, 2008) Dertil kommer alle de samfundsøkonomiske gevinster, som det ikke er muligt at indbygge i en simpel model.

## 4.0 Metoder der virker

### / 4.1 En grundig afdækning lønner sig

LG Insight har undersøgt syge kontanthjælpsmodtageres journaloplysninger i kommunerne. Det viser sig, at kommunerne ikke systematisk og metodisk afklarer sygdommens betydning for borgerens arbejdsevne. Det gælder især for flygtninge/indvandrere. Mindre end 15% af de syge flygtninge/indvandrere på kontanthjælp har en ressourceprofil, en sygeopfølgingsplan eller lægefaglige undersøgelser m.m. Til sammenligning har 55% af syge med dansk baggrund en afdækning af deres sygdomsforhold og en ressourcevurdering af deres beskæftigelsesmuligheder.

De 10 kommuner i undersøgelsen lægger alle vægt på en hurtig og faglig afdækning af flygtninge og indvandreres sygdomme. Hvis ikke der sker en afdækning, er der nemlig stor risiko for, at sygdommen konstant vil sætte hindringer for indsatsen.

Afklaringen skal finde baggrunden for og evt. stille diagnosen på sygdomsmønsteret samt afdække behandlings- og funktionsmuligheder. Kun på den måde kan kommunen sammensætte de faglige tilbud, som flygtninge/indvandrere vil have mest gavn af – f.eks. sociale tilbud, sygdomsbehandling og/eller tilbud om kurser, jobtilbud el.lign.

Kommunernes løsninger på helbredsafklaring er tilpasset den enkelte kommunes behov, som varierer pga. indbyggertal, udbud af sundhedstilbud og kontanthjælpsmodtagernes sygdomsårsager m.v.

LG Insights gennemgang af sager og journaler viser, at kontanthjælpsmodtagere med afdækkede sygdomsforhold efterfølgende har mere stabile aktiveringsforløb – dvs. at de fastholder og gennemfører aftaler i jobplanen.

70% af de afdækkede flygtninge/indvandrere gennemfører efterfølgende det aftalte jobplanforløb, mens det kun er tilfældet for 25% af de uafdækkede.

Manglende afdækning medfører frustration hos borgeren og sagsbehandleren og koster også ressourcer og økonomi ifht. spildte driftsressourcer og aktiveringsøkonomi.

### / 4.2 Vigtigt i forhold til afdækningstilbud

Kommunerne i undersøgelsen fremhæver, at det er afgørende for helbredsafklaringen, at den:

- Har en kapacitet og fleksibilitet, der er tilpasset kommunernes behov. Behovet for afdækningstilbud kan være vanskeligt at dimensionere, så afdækningstilbuddet skal være fleksibelt tilgængeligt, når borgeren og jobcentret har behov for tilbud.
- Sker tidligt i forløbet, og afdækningen skal være forankret i samme funktion – allerhelst hos en tværgående sagsbehandler, der både kan (sam)arbejde med socialforvaltningen, sundhedstilbud, familieafdelingen m.m.
- Involverer såvel psykologisk, somatisk og socialfaglig afklaring.
- Er knyttet til den øvrige indsats, så der sikres kontinuitet i borgerens videre forløb – afdækningen skal umiddelbart følges op med relevante tilbud.

Metoder der virker

## / 4.3 Forskellige typer af afdækningstilbud

### **ET HELBREDSAFKLARENDE TEAM**

Odense Kommune og LG Insight udviklede i 2005, med støtte fra Integrationsministeriet, et helbredsafklarende team i Odense Kommune. Siden er metoden spredt til hele landet, og mange kommuner har udviklet forskellige former for helbredsafklarende teams til afdækning af sygdomme blandt flygtninge/indvandrere på kontanthjælp.

Det helbredsafklarende team er en tværfaglig metode til afklaring af kontanthjælpsmodtagere med komplekse eller uigennemsigtige sygdomsmønstre. Teamet består typisk af en psykolog, en læge og en socialrådgiver.

Det helbredsafklarende team udarbejder på baggrund af borgerens sagsakter typisk en opsamling og en sammenvejret vurdering af borgerens samlede historik og nuværende situation. Socialrådgiveren samler op på den socialfaglige del af sagen, mens de øvrige sagsakter gennemgås af læge og psykolog. Teamet indkalder herefter borgeren til en samtale, hvor de enkelte teammedlemmer efter fast systematik spørger ind til helbredsrelaterede problemstillinger og

muligheder. Efter samtalen med borgeren inddrages sagsbehandleren ofte i mødet. Her får borger og sagsbehandleren en mundtlig vurdering fra hver fagperson og teamet samlet. Ud fra dette grundlag drøftes borgerens ressourcer og fremadrettede muligheder, og sagsbehandleren og borgeren udarbejder efterfølgende en plan.

En væsentlig succesfaktor for modellen er den tværfaglige metode. Dialogen mellem forskellige fageksperter, borgeren og sagsbehandleren giver erfaringsmæssigt ny viden om borgernes sygdomme og årsagerne til disse. En viden, der ikke fremkommer, når eksperterne uafhængigt af hinanden analyserer og løsningsanviser. Derfor er vurderinger fra de helbredsafklarende team ikke en underkendelse af de praktiserende lægers faglighed og autoritet, men i stedet et supplement.

Det er vigtigt at bibringe de praktiserende læger viden og en opfattelse af, hvad metoden indebærer og muliggør. Derved undgås konflikter mellem de praktiserende læger og de helbredsafklarende team i kommunerne.

### **Det helbredsafklarende team integreret i afklaringsstilbud – RevalIntegration**

Odense Kommune har etableret den kommunale enhed RevalIntegration, som er bemandet af en ergoterapeut, en fysioterapeut, socialrådgivere, jobkonsulenter samt en læge og en psykolog. Enheden afvikler tværfaglige holdforløb og ambulante helbredsafklaringer. Mange af borgerne gennemgår således en indledende afklaring foretaget af internt helbredsafklarende team. Herefter arbejdes der direkte videre med sundhedsprofil og afklaring efter arbejdsevne-metoden. Der sker intet slip mellem helbredsafklaring og efterfølgende indsats.



Metoder der virker

## FORDELE

Modellen er effektiv og kan ofte skubbe til en fastlåst sag. Fagekspertsiser vurderer sagen tværfagligt og skaber ofte ny viden om årsager og løsninger.

Der fokuseres på ressourcer og muligheder, og samtalen udstikker klare handlingsanvisninger. Borgeren involveres også og får ejerskab af vurderinger og løsninger.

8 ud af 10 fastlåste sager ender med positiv effekt for borgeren og sagsbehandleren.

## OBS

Gå ikke på kompromis med den faglige ekspertise – det påvirker både kvaliteten, men også teamets autoritet.

Teamet bør ikke fungere løsrevet fra et samarbejde med de praktiserende læger.

Modellen er velegnet for alle sygdomsufklarede borgere – uanset etnicitet. Derved kan tilbuddet også gøres billigere.

### BESTILLER-KONCEPTET

#### – SAGSBEHANDLEREN SOM BLÆKSPRUTTE

Løsningen med et helbredsafklarende team til afklaring af syge borgere er imidlertid ikke en mulig løsning for alle kommuner – navnlig ikke de mindre kommuner med få flygtninge/indvandrere. I disse kommuner er afdækningsforløbet ofte styret og koordineret af sagsbehandleren. Det er oftest også sagsbehandleren, der foretager den sammenvejede vurdering og løsningsanvisning.

Modellen baseres i høj grad på arbejdsevnetoden, hvor sagsbehandleren inden for 12 opmærksomhedspunkter foretager vurderinger af borgerens ressourcer. Dette sker evt. ved at trække på eksterne samarbejdsparter og eksperter.

Et af opmærksomhedspunkterne omhandler borgerens helbred. Sagsbehandleren vil her typisk inddrage aktørerne inden for det sundhedsfaglige system. Det omfatter sygehuse, speciallæger og praktiserende læger, psykologer, fysioterapeuter, diætister m.m.

8 ud af 10 kommuner i undersøgelsen benytter denne afdækningsmodel – evt. suppleret med ad hoc helbredsafklarende forløb og team. Det er den klassiske bestiller-model, som kommunerne benytter i mange andre sammenhænge.

Sagsbehandleren vurderer behovet for at trække på eksternt bistand, og sagsbehandleren skal præcist definere, hvilken opgave den eksterne ekspert skal udføre. Endelig er det sagsbehandlerens opgave efterfølgende at træffe den endelige afgørelse. Afgørelsen skal indeholde vurderinger samt egnede løsningsstilbud. Modellen stiller store krav til sagsbehandlerens arbejdskapaciteter og faglige kompetencer.

Det er ressourcekrævende for sagsbehandlerne at varetage samarbejdet med de tunge borgere med mange problemer.

Frederikshavns Kommune og Haderslev Kommune peger på, at det optimale er, at sagsbehandleren ikke har mere end 50 borgere i sagsstammen – dvs. på niveau med sygedagpengeområdet. Flere borgere per sagsbehandler påvirker kvalitet og effektivitet i afdækningen og på sigt både effekt og økonomisk udbytte.

## Metoder der virker

I flere kommuner er indsatsen organiseret i specialenheder, der eksempelvis tager sig af syge borgere eller af borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Det giver sagsbehandleren en specialiseret viden om de etniske minoriteters særlige problemforhold og ressourcer. Sagsbehandleren får ligeledes etableret tætte og personlige samarbejdsrelationer til de praktiserende læger m.m. Det er dog en erfaring fra eksempelvis Haderslev Kommune og Frederikshavn

Kommune, at sagsbehandlere inden for dette område skal bruge flere ressourcer end sagsbehandlere, som arbejder med de mere arbejdsmarkedsparate borgere. Det er mere ressourcekrævende at samarbejde med borgere med anden etnisk herkomst end dansk, og der er flere eksterne samarbejdsparter, som skal inddrages. Der skal derfor også prioriteres ekstra personaleressourcer for at løfte denne model.

### Prioritering af ressourcer – Haderslev Kommune

Haderslev Kommune har valgt at prioritere ressourcer til drift og køb af afklarings- og aktiveringstilbud. Det er kommunens erfaring, at sagsbehandlerne skal have mere tid til sygdomsramte borgere med ikke-dansk/vestlig baggrund. Deres sagsstamme skal næsten være på niveau med kollegerne inden for sygedagpengeområdet (ikke mere end 50 sager per sagsbehandler).

Haderslev Kommune har nemlig konstateret, at denne borgergruppe har større behov for tæt sagsbehandlerkontakt, ligesom sagsbehandlerne skal bruge mere tid på at koordinere samarbejdet med eksterne aktører samt tid på at tilrettelægge mere individuelt skræddersyede jobplaner.

Det er ikke altid muligt at trække på relevante sundhedsfaglige tilbud. Haderslev Kommune må derfor i nogle tilfælde købe sig til undersøgelser og udtalelser fra både (special)læger, sygehuse, psykiatere og psykologer m.m. Det er kommunens vurdering, at disse tilbud er nødvendige, men også at de relativt hurtigt tjener sig ind igen, når borgerne kommer videre i forløbet og måske ender i beskæftigelse.

Det er erfaringen, at kommuner kan løfte kvaliteten i afdækningen ved at etablere et samarbejde mellem sagsbehandlerne og de lægefaglige konsulenter i kommunen. Sagsbehandlerne har i mange sager brug for at drøfte de lægefaglige udtalelser med en lægekyndig person i kom-

munen. Det kan handle om fagudtryk og lægekonsulentens forslag til tilbud, som eventuelt kunne være relevante for borgeren. Lægekonsulentfunktionen i kommunerne bør være prioriteret – evt. også med psykiatrisk bistand – så sagsbehandleren kan trække på dem efter behov.

Metoder der virker

## FORDELE

Modellen skaber tætte samarbejdsrelationer mellem sagsbehandleren og samarbejdspartnere inden for det sundhedsfaglige system – f.eks. de praktiserende læger. Det kan være meget vigtige relationer, der giver gode og effektive samarbejdsformer og skaber fælles forståelse og værdiramme mellem aktørerne.

Sagsbehandleren trækker i høj grad på sundhedsfaglige tilbud inden for aftalerammen mellem Kommunernes Landsforening og de praktiserende læger m.m. – dvs. at modellen er forholdsvis billig, idet en række tilbud er finansieret og/eller prisfastsat i aftalerammen.

Sagsbehandleren er blæksprutten og varetager de funktioner og roller, der er fastlagt i arbejds-  
evnemetoden.

## OBS

Modellen er arbejdsbelastende for sagsbehandleren, og sagsstammen bør tilpasses herefter.

Det er vigtigt, at kommunen dyrker udbuddet af relevante eksterne afklaringstilbud i lokalområdet. Der kan være behov for speciallæge afklaring, psykolog m.m.

Erfaringen fra de undersøgte kommuner er, at sagsbehandleren har behov for at drøfte sager med lægefaglige konsulenter i kommunen. Denne funktion skal være til rådighed for sagsbehandlerne – evt. også med psykiatriekspertiser.

## VISITATIONSTEAMS/FORLØB

Det tager tid at afdække ressourcer og komplekse problemtyper hos de syge flygtninge/indvandrere. Det kan oftest ikke gøres ved en almindelig kontaktsamtale i jobcentret.

Nogle kommuner har etableret særlige visitationsteams, hvor borgerne tilknyttes et indledende afdæknings- og visitationsforløb på ca. 2-4 uger. I forløbet testes borgernes faglige kompetencer, deres helbred og arbejdsevne, sprog, interesser m.m. Der kan være tilknyttet forskellige faglige eksperter og forskellige typer af tilbud. Afdækningen kan bl.a. have socialfagligt, sundhedsfagligt og/eller arbejdsmarkedsfagligt indhold.

Der findes afdæknings- og visitationsforløb i mange forskellige varianter i hele landet bl.a. i regi af de tidligere amtskommunale REVA-institutioner. Fordelene ved de sammenhængende afdækningsforløb er, at der opnås et større kendskab til borgerne, og aktørerne får mulighed for at teste borgeren i forskellige sociale og faglige miljøer. Forløbene kan afprøve, hvilke typer af jobfunktioner borgeren kan magte, og hvilke eventuelle skånehensyn der skal tages.

Det er almindeligt, at borgerne får en afsluttende udtalelse eller en ressourceprofil, som kan danne grundlag for en samarbejdsaftale mellem borgeren og sagsbehandleren i jobcentret.

Det er kun i få og typisk meget store kommuner, at der på forløbene er tilknyttet læger eller psykologer. I stedet etableres der et samarbejde med eksterne læger og psykologer. Der indhentes relevante journaloplysninger fra sygehuse, ligesom der bestilles vurderinger eller undersøgelser hos (special)lægerne og psykologerne. De indhentede vurderinger og oplysninger gennemgås i mange tilfælde sammen med den lægefaglige konsulent i kommunen.

### GREVE KOMMUNE

Greve Kommune har gode erfaringer med, at sagsbehandleren er integreret i visitationstemaet. Her udarbejdes jobplanen som en del af forløbet. I andre kommuner kommer sagsbehandleren på besøg på forløbet, og/eller der afholdes fælles rundbordsamtaler undervejs eller ved afslutning på forløbet. Samtalerne sikrer en kontinuitet mellem afdækningsforløbet og de efterfølgende tilbud.

Metoder der virker

Det gode ved afdækningsforløbene er, at borgeren ikke er passiv i de ofte lange ventetider imellem lægekonsultationer el. lign., men at andre afdækningsundersøgelser med fordel

kan gennemføres parallelt. De observerede forhold omkring borgerens helbred og arbejdskapaciteter kan også med fordel drøftes med den praktiserende læge.

## FORDELE

Visitationsforløbene gør det muligt at observere borgeren igennem et længere forløb – og gennem test af både sociale kompetencer, arbejdskapaciteter og helbred m.m.

Der er ingen spildpauser, og borgeren opnår typisk en færdig ressourceafdækning, som kan danne grundlag for et videre aftaleforløb omkring behandling og/eller forskellige beskæftigelsesfaglige tilbud.

Forløbene er billige, fordi kommunerne får den høje refusion under den aktive periode, og fordi der almindeligvis trækkes på de eksisterende/ udbudte tilbud inden for sundhedssystemet.

## OBS

Afdækningsforløbene skal ikke være for lange. Formålet skal være en hurtig og effektiv afklaring af borgerens ressourcer, hvor der især er fokus på de helbredsmæssige og sociale forhold. De arbejdsmarkedsfaglige tiltag (kompetenceopbygning, afklaring ifbm. arbejdsmarkedet m.m.) bør ligge efterfølgende.

Der er forskellige erfaringer med blandede hold (alder, køn, etnicitet). Kommunerne i undersøgelsen fremhæver fordele ved en specialiseret etnisk afdækningsindsats. Det skyldes både deltagernes ofte dårlige sprogkunderskaber, men også at "kultur og sygdom" fylder forholdsvist meget på forløbene for flygtninge/indvandrere.

## / 4.4 Redskaber med effekt – også på sygdom

Når borgerens problemer er afdækket, skal der hurtigt iværksættes et forløb. Indhold og varighed af forløbet afhænger af borgerens problemtyper og alvorsgrader. Graden af etnisk specialisering er derfor også bestemt af, om problemtyperne skyldes kultur eller sprog. Hvis problemerne ikke skyldes kultur og sprog, kan indsatsen for flygtninge/indvandrere med fordel integreres i den generelle beskæftigelsesindsats i jobcentret.

Det sker tit, at visitationen afdækker behov for somatisk eller psykologisk behandling. Jobcentret er imidlertid ikke myndighed i forhold til at iværksætte behandlingstilbud inden for sundhedssystemet. Kommunerne må kun i særlige tilfælde inden for Aktivlovens rammer iværksætte og betale egentlige

sundhedstilbud. Det gælder f.eks. for psykologbehandling. Andre sundhedsbehandlede tilbud skal dækkes og betales af sundhedssystemet.

Jobcentrene har udviklet forskellige redskaber, som har beskæftigelsesfagligt fokus, men som samtidig rummer elementer af social- og sundhedsfaglig karakter. De enkelte faglige elementer tilpasses borgernes helbredsforhold, og tilbuddene kan i nogle tilfælde rummes inden for den almindelige beskæftigelsesfaglige indsats i kommunerne. I andre tilfælde er der brug for at udvikle specialiserede forløb for flygtninge/indvandrere, ligesom der udvikles forløb, der kombinerer sygeopfølgning med både den sociale og beskæftigelsesrettede indsats.

Metoder der virker

## Randers Kommune – Sygeopfølgningsteam

Randers Kommune har som følge af Ny Chance-lovpakken valgt at tilrettelægge en aktiv indsats overfor alle kontanthjælpsmodtagere – også de sygemeldte. Indsatsen overfor de sygemeldte i Randers er iværksat ud fra ideen om, at man bliver hurtigere rask af at være i gang.

Alle – med undtagelse af personer på barsel – er som udgangspunkt i gang i Randers Kommune. Naturligvis er forventningen ikke, at en sygemeldt er i gang på fuld tid, men i det omfang det kan lade sig gøre. Det konkrete mål er at fastholde et beskæftigelsesøstige og understøtte, at der findes en vej tilbage til arbejdsmarkedet.

Randers Kommune har placeret sygeindsatsen hos en ekstern aktør. Indsatsen er samlet under begrebet ”JSOP – Job- og sygdomsopfølgingsplan”. Sygeopfølgningsteamet er sammensat med en bred faglighed med bl.a. socialrådgivere, psykologer, integrationsmedarbejdere samt en lægekonsulent. Tilbuddet til den sygemeldte er ofte få timer om ugen og kan f.eks. bestå af samtale med borgeren og læge eller lokal psykiatri, eller det kan bestå af motion eller fysioterapi. Omfang og indhold tilrettelægges individuelt. Den sygemeldte kan ikke sygemelde sig fra en samtale i JSOP-forløbet. I særlige tilfælde tages der på hjemmebesøg, hvis borgeren ikke er i stand til at møde op til en samtale. Deltager borgeren ikke, sanktioneres der efter bestemmelserne om sygeopfølgingsplaner, som kom ifbm. Ny Chance-lovpakken.

Variationen i redskabsviften er stor for syge med etnisk minoritetsbaggrund. Variationen er dels begrundet i borgerens forskellige rettigheder og pligter bestemt af bl.a. deres alder, forsørgelsesgrundlag og ledighedsanciennitet. Dels er bredden i redskabsviften et udtryk for en stor opfindsomhed og metodefrihed i de enkelte kommuner. Afhængigt af kontant-

hjælpsgruppens sammensætning og størrelse har kommunerne udviklet forskellige tilbud for borgere med bestemte problemtyper. I det følgende præsenteres et lille udpluk af disse tilbud, ligesom det beskrives, hvilke resultater indsatsen skaber for borgere med forskellige sygdomsoplevelser.

## / 4.5 Indsats for borgere med forskellige sygdomsmønstre

### **BORGERE MED KONSTATEREDE SYGDOMME**

En gruppe flygtninge/indvandrere er udenfor arbejdsmarkedet pga. en lægefaglig diagnosticeret sygdom. Mulighederne for, at disse borgere kan vende tilbage til arbejdsmarkedet, afhænger af sygdommens karakter og alvorsgrad – det samme gør mulighederne for at kombinere beskæftigelsesfaglige tiltag med sygdomsbehandling. Erfaringen er, at jo hurtigere sygdommen konstateres og behandles, desto bedre er mulighederne for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Dette gælder også for borgere med psykiske traumer. Et beskæftigelsestilbud (på særlige vilkår) kan for denne gruppe gå hånd i hånd med eventuel behandling – faktisk tilsiger erfaringerne, at tilbud om beskæftigelse virker lindrende på traumer og fremmede på livskvaliteten.

Kommunerne har allerede i sygedagpengeindsatsen en stor og brugbar erfaring, som også med succes kan anvendes for syge kontanthjælpsmodtagere med flygtninge/indvandrerbaggrund. Ifølge de deltagende kommuner i undersøgelsen kan viden, instrumentarium og kvalitetsstandarder fra sygedagpengeindsatsen bruges, og der kan evt. etableres en specialiseret enhed for flygtninge/indvandrere i sygedagpengegruppen. I Greve Kommune eksperimenteres hermed, ligesom kommunen eksperimenterer med at lave en fælles statslig og kommunal indsats også for syge flygtninge/indvandrere fra dagpengesystemet.

Metoder der virker

## Aabenraa Kommune – koordinering af sygedagpengeområdet og integrationsområdet

Der er sket en markant stigning i antallet af indvandrere på sygedagpenge i Aabenraa Kommune. Aabenraa Kommune har derfor iværksat en særlig indsats i forhold til syge ledige af anden etnisk herkomst end dansk.

De medarbejdere, der har med sygedagpenge at gøre, opfatter sagerne med syge indvandrere som tungere end andre. Derfor har sådanne sager tidligere haft en tendens til at synke til bunds i bunkerne. Medarbejderne på udlændingeområdet i Aabenraa Kommune har derimod en stor viden om, hvordan man hjælper udlændinge over forhindringerne til arbejde.

Aabenraa Kommune har derfor lavet en koncentreret indsats i forhold til at få koordineret sygedagpenge og integrationsområdet. Aabenraa Jobcenter har til det formål ansat dels en faglig koordinator for sygedagpengeområdet og dels en koordinator for integration. Jobcentret har derudover ansat en etnisk virksomhedskonsulent og en etnisk sagsbehandler – de er begge ansat i sygedagpengeafsnittet.



### BORGERE MED "ONDT I LIVET"

Denne borgergruppe er meget vanskelig at håndtere for såvel kommuner som læger. Den oplevede smerte kan være reel, men kan samtidig være vanskelig (og i nogle sager umulig) at diagnosticere. Lidelserne rammer typisk kvinder.

Hovedparten af de undersøgte kommuner har udviklet afklaringsforløb for denne gruppe. Kommunerne peger på, at der i starten af forløbene skal være en overvægt af socialfaglige tiltag, herunder individuelle samtaleforløb. De beskæftigelsesfaglige indsatser kan optræppe allerede efter 4-6 uger. Det skønnes, at mellem 30-70% bliver motiverede og kvalificerede til at indgå i et beskæftigelsesfagligt forløb – andelen afhænger af målgruppens forudsætninger og forløbenes kvalitet.

Redskabssammensætningen og grad af arbejdsmarkedsfokus følger i de undersøgte kommuner den klassiske trappestigemodel, hvor der indledningsvist i forløbet arbejdes med motivation, sociale forhold, grundlæggende funktionskompetencer i samfunds- og arbejdslivet, sundhed

og arbejdsmarkedskendskab m.m. Efterfølgende knyttes jobnære tilbud på som (snuse)praktik, jobtræning og mentorstøtte. Især mentorstøtten fremhæves af aktørerne som nødvendig og meget effektiv.

Hyttedefadmodellen vinder stigende udbredelse i kommunerne som et tilbud også for flygtninge/indvandrere med svage udgangsforudsætninger. Ved hyttedefadmodellen samarbejder kommunerne med almindelige virksomheder, hvor der på arbejdspladsen oprettes beskyttede afdelinger med afgrænsede produktionsopgaver og med tilknyttede ledere, trænere/mentorer m.m. med særlig erfaring i oplæring og støtte af personer med særlige forudsætninger og behov. Disse "sociale virksomheder i virksomheden" har vist sig særligt gode til kontanthjælpsmodtagere der ikke kender til arbejdspladskultur og værdier ved at have et arbejde. Der kan bygges forskellige støttefunktioner op i virksomheden eller i tilknytning til – bl.a. med sundhedsfaglige tilbud. Der ved får hyttedefadene en karakter som "rigtige arbejdspladser," men med den nødvendige støtte.

Metoder der virker

## Integrationskoordinator, bl.a. Føtex i Ribe og Esbjerg

Der er mange og gode erfaringer med tilknytning af mentor på arbejdspladsen – også i forhold til borgere med en ikke-diagnosticeret sygdomsopfattelse. Derfor har man i flere kommuner – bl.a. Esbjerg – indgået samarbejde med virksomheder om at ansætte en integrationskoordinator. Integrationskoordinatoren finansieres af jobcentret og har ansvaret for, at personer, der har været udenfor arbejdsmarkedet gennem længere tid, eller flygtninge/indvandrere, som ikke har været i arbejde før, får chancen i virksomheden via en praktikperiode med en mentor tilknyttet.

Mentorerne skal være erfarne medarbejdere, som kender virksomhedskulturen og er bevidste om de normer, der gælder på arbejdspladsen. Der sker en rolig indføring i arbejdslivets krav, og det rette tempo giver gode resultater. Virksomhederne oplever, at ordningen er en god måde at rekruttere på. De medarbejdere, som kommer ind i virksomheden via integrations- og mentorordningen, opleves at være mere stabile. Fastholdelsesprocenten vurderes at være over 70%. Hvis ikke borgeren kan fastholdes efter praktikforløbet, får jobcentret en konkret vurdering af den enkelte borgers kompetencer, som kan bruges i det videre beskæftigelsesforløb.

### BORGERE MED KULTURBESTEMTE SYGDOMSOPFATTELSER

En gruppe flygtninge/indvandrere har sygdomme, som i dansk kultur ikke betragtes som barrierer i forhold til arbejde. Sygdomsopfattelsen bygger typisk på manglende information og utilstrækkeligt kendskab til eventuelle skånemuligheder på arbejdsmarkedet. De interviewede aktører gav udtryk for, at gruppen nok er stor, men også at gruppen forholdsvis let kan rykkes. Indledende afklaringsforløb med vægt på sundhed, kulturbestemte sygdomsopfattelser og generel arbejdsmarkedsinformation kan overvinde langt de fleste barrierer hos denne gruppe. Der peges på succesrater på mellem 80-100%.

Kommunerne havde forskellige erfaringer i forhold til varigheden på det indledende forløb. I enkelte kommuner var der tale om et længerevarende forløb på op til 26 uger – indbygget flere (snuse)praktikforløb. På forløb med værkstedsundervisning eller sprogundervisning var forløbene også længere. Andre kommuner havde tilrettelagt et intensivt kursus, hvor der blev sat fokus på sundhed, helbred og job. Disse forløb varede typisk 4-6 uger. Efter det indledende forløb blev deltagerne visiteret videre i den almindelige beskæftigelsesfaglige indsats med længerevarende praktik eller jobtræning.

## Jobcenter Varde

Det opdages ofte i den visiterende samtale, at borgeren er eller opfatter sig som syg. Hos mange er sygdomsopfattelsen kulturelt betinget. Jobcenter Varde tager ofte kontakt til borgerens læge. Der er knyttet en læge til jobcentret en gang om ugen, og det er tit denne læge, som indhenter lægeoplysninger/journaler m.m. – også for kontanthjælpsmodtagere. Der er tilknyttet en psykolog til jobcentret – han bruges i centrets afdækning af arbejdsevne og indgår i kommunens Etnisk Helbredsafklarende Team.

Kommunen har på baggrund af deres analyse af de etniske minoriteters helbredstilstand vurderet, at der er et behov for kurser, som inddrager sundhed. Der er derfor etableret et samarbejde med det lokale sundhedscenter. Her planlægges bl.a. et kursus i læring i livet med undervisning af personer med anden etnisk baggrund end dansk i 20 uger i livsstil, kost og sundhed.

Metoder der virker

### BORGERE MED UNDVIGELSESTRATEGIER

Der findes ingen klare metoder til afdækning af borgere, der simulerer en sygdom for at undgå tilbud om job og/eller aktivering. Kommunerne fremhæver, at de typisk anvender detektivførmødelser, der dækker over mange års indtryk og erfaringer. De kommunale sagsbehandlere kender almindeligvis gruppen af undvigere, der har været i systemet i mange år. Erfaringen fra kommunerne er, at denne gruppe skal mødes med motivationsfremmende tiltag og pres (sanktion) af rent beskæftigelsesfaglig karakter. Resultaterne er overvejende, at modvilje hurtigt kan erstattes af positivt medspil, når borgeren oplever de sociale og økonomiske gevinster ved at være uafhængig og selvforsørgende. Også for denne borgergruppe ligger succesraten højt – mellem 70-90%.

Kommunernes erfaringer er, at indsatsen for denne borgergruppe skal bestå af en tæt og kontinuerlig fuldtidsaktivering med en fast værdipolitik fra kommunen. En fast værdipolitik betyder bl.a., at borgerens drøm om en førtidspension lukkes, og at kommunen har en fast rådighedspolitik med fælles værdier og standarder mellem alle aktører. Borgeren pålægges klare adfærdskrav, og der sanktioneres, hvis tilbud eller aftaler ikke overholdes. Endelig er det en erfaring, at aktørerne over for denne gruppe ikke skal overfokusere på sygdom, men i stedet arbejde med et sundhedsbegreb. Borgernes sygdomsudtryk og oplevelser undspilles/trykkes, og borgerne motiveres til at fokusere på job.

### BORGERE MED PSYKISKE TRAUMER

I forhold til traumatiserede borgere er der i mange kommuner et særskilt kapacitetsproblem. Der er de fleste steder meget lange ventelister til rehabiliteringscentrenes afklaring og behandling af traumer. Det er ikke ualmindeligt med en ventetid på 1½-2 år. Det gælder også for kommuner i denne undersøgelse.

For borgeren (og sagsbehandleren i jobcentret) betyder ventetiden oftest, at beskæftigelsesindsatsen sættes på stand by. I nogle kommuner vælger man i mellemtiden at benytte privatpraktiserende psykologer til afklaring og behandling, der kan køre parallelt med beskæftigelsesindsatsen. En sådan løsning er dog oftest umiddelbart dyr, idet psykologen i modsætning til rehabiliteringscentrenes tilbud ikke er omfattet af sundhedsloven som sygehusbehandling. Imidlertid er det også omkostningstungt at lade borgeren vente passivt i 1½ år, hvor hans/hendes sundhedstilstand og arbejdsmarkedsmuligheder kan forringes.

Den lange ventetid kan også have sociale konsekvenser for familielivet, idet traumer sætter svære begrænsninger på familiens livskvalitet og hverdag og i værste fald kan "smitte" ægtefælle og/eller børn. På baggrund af kommunernes erfaring vurderes det som afgørende, at der fra formodningen om eller konstateringen af trauma til iværksættelsen af indsats er så kort en periode som muligt – gerne en aktiv indsats allerede inden for en måned.

## Verdande – Haderslev Kommunes tilbud til traumatiserede

Haderslev Kommune har som en af få kommuner i Danmark skabt et eget tilbud til traumatiserede flygtninge og indvandrere. Tilbuddet er et anderledes tilbud, idet det ikke er behandling, men er en mere pædagogisk, fremtidsrettet indsats. Tilbuddet hedder Verdande og er et pædagogisk, arbejdsmarkedsrettet supplement til RCT (Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre). Et forløb på Verdande indebærer bl.a. danskundervisning, erindringsarbejde og krop/bevægelse.

Det er målet med Verdande, at halvdelen af deltagerne kommer i arbejde eller i uddannelse. Efter rehabilitering på Verdande udsluses deltagerne til danskundervisning, almen uddannelse eller praktik, som på sigt kan føre til ansættelse i ordinære eller støttede jobs. Tilbuddet er blevet oprettet bl.a. som følge af den lange ventetid på behandling på f.eks. RCT (Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre). Kommunen har derfor manglet et tilbud til de traumatiserede borgere, som stod på venteliste. Samtidig oplevede kommunen et behov for at have et anderledes tilbud, som ikke var behandling, men var en mere pædagogisk, fremtidsrettet indsats. Deltagerne på Verdande møder hver dag fra 9.00 til 13.30. Skemaet er tilrettelagt, så aktiviteterne vækker deltagernes evne til at tage del i livet igen.

Ledere af centret er en sygeplejerske og sundhedsplejerske. Derudover har centret tre ansatte – to sprogglærere og en fysioterapeut. Centeret har plads til cirka 20 deltagere.

## 5.0 Indsats på tværs

### / 5.1 Der er brug for en helhedsindsats

De syge flygtninge/indvandrere har ofte mange typer af problemer. Jobcentrene kan kun sjældent klare alle opgaverne alene. Det er derfor påkrævet at samarbejde med andre aktører og myndigheder. Almindeligvis er der flere forskellige aktører tilknyttet borgerens liv på samme tid. Det kan være repræsentanter for kommunale forvaltninger – f.eks. familieafdelingen, socialforvaltningen el.lign. – eller læger, psykologer m.m.

De undersøgte kommuner er enige om, at den gode indsats er karakteriseret ved samarbejde. Samarbejdet gælder såvel internt mellem aktører som mellem aktør og ledig.

Det er kommunernes erfaring, at samarbejde er svært. Der findes ingen lette veje til samarbejde mellem mange myndigheder. Alligevel kan kommunerne fremhæve gode eksempler og resultater. Disse præsenteres i det følgende.

### / 5.2 Samarbejde internt i kommunen

For de ikke-arbejdsmarkedsparate er det ofte nødvendigt at se problemforhold i sammenhæng og koordinere indsatsen. Der kan udover beskæftigelsesindsatsen være brug for tiltag i forhold til borgerens familie, børn, ægtefælle, pasningstilbud, boligforhold osv. Etableringen af jobcentrene med faglig og fysisk adskillelse fra f.eks. den socialfaglige indsats kan gøre det tværfaglige samarbejde vanskeligt.

Samarbejde på tværs er en nødvendighed i indsatsen for syge flygtninge/indvandrere. Det vurderer kommunerne i undersøgelsen. Kommunernes erfaringer og initiativer for at fremme samarbejde er dog meget forskellige. Enkelte er fortsat på strateginiveauet, mens andre har iværksat konkrete tiltag.

#### DE LÆGEFAGLIGE KONSULENTER

Kommunernes lægefaglige konsulenter varetager bl.a. det forberedende arbejde i førtidspensionssager. I mange kommuner er det den primære (og eneste) opgave for lægekonsulenten. I de undersøgte kommuner er samarbejdet mellem jobcentret og den lægefaglige konsulentfunktion blevet styrket. Det er både i forhold til et bredere fagligt samarbejdsfelt og via flere ressourcer til de lægefaglige konsulenter.

Sagsbehandlerne i jobcentrene har ofte brug for at drøfte en sygesag med den lægefaglige konsulent. Der kan være udtryk eller begreber i lægeattester, som er svære at forstå, eller der kan være brug for lægefaglig hjælp til at sammenveje vurderinger af udtalelser fra sygehus, speciallæge, praktiserende læge, psykolog m.v. Lægekonsulenten kan også hjælpe sagsbehandleren med præcise bestillinger af yderligere undersøgelser el.lign.

#### NOGLE AF DE STØRRE KOMMUNER ANVENDER OG HAR GODE ERFARINGER MED AT BRUGE KOMMUNALT ANSATTE SOCIALLÆGER

Sociallægerne – som ofte har baggrund som almenmedicinere – kan bl.a. have følgende funktioner:

- Konsultationer med sagsbehandlere, vejledere og jobkonsulenter, som har brug for sparring
- Skriftlig sammenfatning af eksisterende sagsakter med vurdering ud fra gennemlæsning af sagsakter
- Samtale med borgeren, hvis der er brug for stillingtagen til visitation til yderligere indsats
- Socialmedicinske undersøgelser
- Samtaleforløb med borgeren om håndtering af helbredsmæssige problemer
- Sociallægen deltager i rundbordssamtale med klient

## Indsats på tværs

I mange tilfælde kender lægekonsulenten også kommunens beskæftigelsestilbud og kan derfor pege på egnede tilbud for borgeren – evt. med de nødvendige skånehensyn mht. timetal, arbejdsfunktioner m.m.

En stor gruppe flygtninge/indvandrere har ikke alene somatiske sygdomme, men også depression, angst, søvnbesvær, traumer, stress m.m. I flere af de undersøgte kommuner er der tilknyttet en psykiatrisk lægefaglig konsulent til at rådgive jobcentrets sagsbehandlere i disse sagstyper. Dette fremhæves af kommunerne som en klar fordel.

Samarbejdet med de praktiserende læger i kommunen er også en opgave, der varetages af de lægefaglige konsulenter i bl.a. Greve og Skive. Det er kommunernes erfaring, at lægekonsulenten har en nemmere adgang til de praktiserende læger. Det skyldes både, at lægekonsulenten kender til begge verdener, og at de praktiserende læger og lægekonsulenten taler samme sprog. Det har også en positiv betydning, at mange lægefaglige konsulenter rekrutteres fra almenpraksis, så de er deltidsansat i kommunen som lægekonsulenter.

**ENHEDSORGANISATION MED FÅ SAGSBEHANDLERSKIFT**

Beskæftigelses- og integrationsindsatsen i kommunen kan organiseres på forskellige måder. Jobcentrets organisation

har betydning for, hvor mange skift borgeren kommer til at opleve – mellem afdelinger, team og/eller sagsbehandlere. I nogle kommuner betyder det eksempelvis skift af sagsbehandler og afdeling, når man overgår fra Integrationslovsperioden til starthjælp/kontanthjælp. Skiftet kan også være knyttet til borgerens problemtype eller matchgruppeindplacering. Det kan således betyde skift i sagsbehandler at gå fra ”ungeindsats” til ”sygetiltag”, ligesom det mange steder betyder skift af afdeling/team, hvis man skifter matchgruppe fra eksempelvis gruppe 4 til 3.

Det er vigtigt, at der i jobcentret er en gennemgående person (eller funktion) med en viden om og fortrolighed til borgeren. De fleste jobcentre eksperimenterer med forskellige organisationsformer, som skal sikre borgeren så få skift som muligt mellem enhed eller sagsbehandler. Viden og tillid går nemlig tabt ved hyppige skift, og det påvirker indsatsen – også samarbejdet med andre myndigheder.

Konceptet fra ”start til job” praktiseres bl.a. i Varde, Skive og Frederikshavn Kommune, hvor flygtninge/indvandrere bliver betjent af samme enhed fra ankomst til landet, til borgeren opnår selvforsørgelse.

**Den tværgående konsulent – bl.a. i Varde Kommune og Frederikshavn Kommune**

Den etniske konsulent har en tværgående funktion og samler de mange tråde, der har med integration at gøre. Den etniske konsulent søger således at koordinere indsatsen og viden internt såvel som mellem relevant eksterne aktører.

Den etniske konsulent koordiner i høj grad indsatsen internt i kommunen. Konsulenten samarbejder med beskæftigelsesområdet, ældreområdet, social- og handicapområdet, børne- og ungeområdet og sundhedscentre m.v. omkring tiltag for borgere af anden etnisk herkomst end dansk. Den etniske konsulentfunktion giver mulighed for, at der skabes en tværgående og helhedsorienteret integrationsindsats. Der skabes og bevares overblik over indsatsen i kommunen, ligesom den enkelte borger oplever sammenhæng i indsatsen.

## Indsats på tværs

Resultatet er, at medarbejderne i enheden får et stort kendskab til borgerne, og at borgeren ikke hele tiden skal introduceres til nye samarbejdspartnere. Kommunerne peger også på, at de får opbygget tættere samarbejdsrelationer med f.eks. læger og familierådgivere m.m., og at de i større udstrækning arbejder tværfagligt og helhedsorienteret med borgerens livsvilkår, jobstrategier og muligheder.

**DEN TVÆRGÅENDE/KOORDINERENDE SAGSBEHANDLER**

En anden vej til at sikre tværfaglighed i indsatsen er at anvende en tværgående sagsbehandler. Flere kommuner har gode erfaringer med en sådan løsning. Den tværgående

sagsbehandler følger typisk også borgeren fra ankomst til kommunen til en selvforsørgende tilværelse. Derudover er sagsbehandleren også bindeled mellem de enkelte forvaltninger i kommunen og kan i nogle kommuner iværksætte indsats på tværs af traditionelle fag-/forvaltningsgrænser.

En tværgående sagsbehandlerfunktion kræver diplomati og samarbejdsevne. I familiesager benyttes ofte Servicelovens §49 møder som platform for samarbejdet, men lige så ofte benyttes uformelle rundbordssamtaler mellem borgeren og myndigheder. Sagsbehandleren forsøger at tilrettelægge en samlet strategi for den enkelte borger – og i mange tilfælde også for hele familien.

**Greve Kommune**

Greve Kommune har oprettet en "lægemappe", hvor alle sundhedsfaglige vurderinger og udtalelser på en borger samles. Herved undgås, at flere aktører i Greve Kommune uafhængigt af hinanden indhenter samme attester, ligesom det for sagsbehandlerne er nemt at danne sig et overblik over "lægemappen".

**/ 5.3 Samarbejdet med sundhedsfaglige aktører**

Samarbejdet med de sundhedsfaglige aktører er naturligvis vigtigt i forhold til jobcentrenes indsats for de syge borgere. Det vedrører både samarbejdet med (især) de praktiserende læger, speciallæger, sygehus, psykologer m.m. Kommunerne i undersøgelsen har arbejdet med forskellige løsninger i forhold til at opbygge et godt samarbejde mellem jobcentret og de sundhedsfaglige aktører i kommunen – ikke mindst samarbejdet med de praktiserende læger.

**SAMARBEJDSFORUM**

Kommunerne og de praktiserende læger har brug for regelmæssigt at udveksle information og drøfte samarbejdet. Der kan være brug for at udveksle information om lovgivning, nye strukturer, nye initiativer m.m. I de fleste kommuner mødes parterne 2-4 gange om året.

Det er ikke i alle kommuner, at fremmødet til de fælles møder er lige tilfredsstillende, men en række forslag kan forbedre både fremmødet og kvaliteten i samarbejds-møderne.

Indsats på tværs

Kommunerne og lægerne peger på:

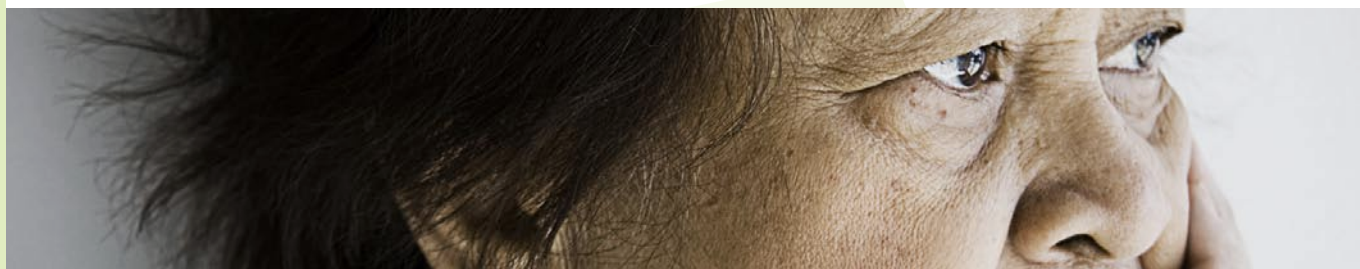
- Møderne skal have et meget konkret indhold. Alle parterne skal på forhånd kunne se deres egen rolle og interesse heri. Abstrakte dagsordener om det generelle samarbejde, lovgivning m.m. kan være med til at holde de praktiserende læger væk.
- Lægerne har typisk træffetid i konsultationen om dagen. Deres interesse i at tilsidesætte patienter for mødeaktivitet i kommunen er ofte begrænset. Møderne bør derfor ligge forskudt for lægernes konsultationstider.
- Møderne gennemføres nogle steder med succes i jobcentret. Andre steder er der langt fra den praktiserende læges konsultation til jobcentret – sammenlægningen af kommunerne har betydet store afstande. Møderne flyttes nogle steder ud af jobcentrets lokaler til de områder, hvor mange af de praktiserende læger bor. Møderne kan også afholdes hos lægerne selv.
- Lægerne har regionalt og lokalt forskellige kollegiale netværk, hvor de mødes – bl.a. i lægelaug og lægekredsforeningen. Møderne kan også med succes lægges i forlængelse af sådanne møder, eller kort information kan gives på møder, hvor lægerne mødes i anden sammenhæng.
- I nogle kommuner er der etableret en opsøgende funktion. I stedet for fælles møder med alle praktiserende læger, aftales møder hos den enkelte læge. Jobcentret kommer på besøg hos lægen og informerer om kommunens tiltag, om ny lovgivning, nye aktiveringstilbud osv. Møderne varetages typisk af den koordinerende sagsbehandler/integrationskonsulent i jobcentret – andre steder af den lægefaglige konsulent i kommunen.

#### STYRK KVALITETEN I LÆGEATTESTER OG TILBAGEMELDINGER

Det daglige samarbejde mellem jobcentret og de praktiserende (special)læger sker via attester og erklæringer. Der er udarbejdet en lang række attester, hvor sagsbehandlerne kan bestille oplysninger, undersøgelser og/eller vurderinger fra lægerne. Attesterne er udviklet centralt, og både pris, kvalitetsstandarder og tidsfrister er nøje defineret i rammeaftalen mellem Kommunernes Landsforening og Foreningen af Praktiserende Læger i Danmark.

Der eksisterer mange forskellige former for attester. Indholds- og prismæssigt er der stor forskel på de enkelte attester – både til de praktiserende læger, sygehuse, speciallæger og til psykologer. Kommunerne overvejer derfor forud for indhentning af attesten, hvilken type, der vil kunne bidrage med mest viden. Derved undgås lange sagsgange og spildte lægetimer.

Skive Kommune har et godt og meget udbygget samarbejde med de praktiserende læger i kommunen. Samarbejdsrelationerne er bygget op gennem flere år. Det var således i Skive Kommune, at "mulighedserklæringen" blev udviklet som en attest, hvor lægerne kunne pege på relevante arbejdsmuligheder for syge borgere i kommunen.



Indsats på tværs

Udveksling af borgeroplysninger mellem sundhedsfaglige og beskæftigelsesfaglige myndigheder er bestemt af en række lovgivninger (bl.a. Lægeloven og Forvaltningsloven). Lovgivning og centrale samarbejdsaftaler mellem Kommunernes Landsforening og lægerne bestemmer, at lægerne må videregive visse oplysninger til kommunerne, mens andre typer af oplysninger forudsætter samtykkeerklæringer (f.eks. psykologattester). Reglerne er dog sådan, at lægerne kun skal svare på de specifikke spørgsmål, som kommunens sagsbehandler stiller. Anvendeligheden af lægernes attester afhænger derfor også i høj grad af, om spørgsmålene og bestillingerne er klare.

Attesterne er til stadighed genstand for debat og faglige vurderinger. Er attesterne præcise nok, og kan kommunerne bruge tilbagemeldingen fra lægerne til vurdering af beskæftigelses- og aktiveringsmuligheder? I flere kommuner aftales indholdet af de lokale attester mellem jobcentre og praktiserende læger.

Som en del af indgået trepartsaftale om sygefravær, september 2008, er lægeerklæring om uarbejdsdygtighed blevet erstattet af en ny lægeerklæring – en såkaldt mulighedserklæring. Den nye mulighedserklæring er baseret på dialog mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte medarbejder, om hvordan den enkelte fortsat kan deltage på arbejdsmarkedet.

Nogle kommuner er tilbageholdende med at bruge psykologisk bistand, da man er usikker på kvaliteten af ydelsen. Kommunernes Landsforening og Psykologforeningen i Danmark har indgået en samarbejdsaftale, hvor relationer og kvalitetsstandarder i samarbejdet mellem kommuner og praktiserende psykologer beskrives og defineres. Der er godt 850 autoriserede psykologer over hele landet, og disse følger etiske og faglige standarder fastlagt i samarbejdsaftalen. Det anbefales, at kommunerne fortrinsvis samarbejder med autoriserede psykologer, og at samarbejdet etableres inden for de rammer, som er aftalt mellem Kommunernes Landsforening og Psykologforeningen i Danmark.

**DEN PERSONLIGE SAMARBEJDSRELATION ER VIGTIG(ST)**

Borgeren skal ikke være informations- og samarbejdsformidler mellem sagsbehandler og læge. Dette er budskabet fra de 10 kommuner i undersøgelsen. Systemerne kan let blive spillet ud mod hinanden, hvis det alene er borgeren, som formidler sin version af krav, tilbud og muligheder.

Det er kommunernes erfaring, at borgeren ofte fortæller historien, så den passer til borgerens virkelighedsopfattelse og egne interesser. Desværre stemmer borgerens fortælling ikke altid overens med hele virkeligheden. Borgeren kan bibringe lægerne en opfattelse af, at jobcentre hovedløst tilbyder syge borgere tilbud, som ikke tager højde for deres helbredsforhold. Træk, tunge løft og lange trapper er ikke altid sandheden på aktiveringssteder, og i langt de fleste

tilfælde kan tilbuddene indrettes efter den lediges behov. Lægerne skal derfor have denne viden fra jobcentret selv.

I de undersøgte kommuner har der været arbejdet meget med at sikre den nødvendige spredning af information mellem systemerne. Bestræbelserne har især haft som målsætning at forenkle informationen, så hverken sagsbehandlere eller læger bukkes under i papir og mails. Flere af kommunerne har gode resultater ved at udvikle en fælles skabelon for information om f.eks. ny lovgivning, nye samarbejdspartnere på området, nye tilbud til borgerne m.m. Det kan også anbefales, at informationen fra kommunen sorteres og filtreres af en person i kommunen – f.eks. af den lægefaglige konsulent.

Indsats på tværs

Alle parter peger imidlertid på, at ingen formelle samarbejdsrutiner, skabeloner eller attester kan erstatte det personlige samarbejde mellem sagsbehandleren og lægen. Den personlige relation er meget værdifuld og kan være uundværlig ifbm. bestilling af undersøgelser og vurderinger. Hvis der er en personlig samarbejdsrelation, kan uenigheder om vurderinger også hurtigt klares.

Både sagsbehandlere og læger betoner nødvendigheden og værdien af de personlige kontakter, og lægerne fremhæver i interviews, at disse samarbejdskontakter ikke bør – eller kan – erstattes med den lægefaglige konsulent som mellemmand.

I Esbjerg Kommune har man for at sikre information mellem beskæftigelsesindsats og praktiserende læger udarbejdet beskrivelser med den nødvendige viden om konkrete aktiveringstilbud. Beskrivelsen af aktiverings-tilbuddene er målrettet lægerne og er korte og præcise. Der er derfor en fælles viden og holdning mellem aktiveringssteder, jobcenter og læge.

**FÆLLES ERFARINGER**

Undersøgelsen viser, at sagsbehandlerne og de praktiserende læger har samme erfaringer med samarbejdet omkring syge flygtninge/indvandrere. Læger og sagsbehandleres vurdering af gruppens sygdomsforhold og ressourcer er overensstemmende. Både lægerne og sagsbehandlerne karakteriserer de syge flygtninge/indvandrere som værende tidskrævende og med diffuse sygdomsmønstre. Der er også enighed om, at sygdomsoplevelserne ofte skyldes kultur, manglende viden, og/eller at borgeren har en interesse i at undgå aktiverings- eller jobtilbud.

De praktiserende læger oplever, at en stor gruppe har sygdomme, hvor der ikke kan stilles en præcis diagnose. Det er heller ikke ualmindeligt, at denne patientgruppe oplever flere forskellige typer af helbredsproblemer og smerter. En afklaring af et sygdomsforhold afleder i mange tilfælde nye typer af sygdomsproblemer og krav om undersøgelser og behandling.

De praktiserende læger kommer i deres hverdag ud for, at de etniske minoriteter er mere opsøgende og også mere insisterende i deres ønske om undersøgelse og behandling. I modsætning til andre patientgrupper ønsker syge flygtninge/indvandrere oftere henvisning til yderligere undersøgelser på sygehus eller hos speciallæger. De vil gerne scannes, have taget blodprøver el.lign., og de efterspørger behandling – og meget gerne medicinsk behandling. ”Doktorshopping” er ligeledes udbredt i gruppen – mange shopper rundt blandt de praktiserende læger, til de finder den, der stiller diagnosen, som de gerne vil have.

Der kan være meget store forskelle mellem de praktiserende læger i forhold til, hvor ofte de skriver en uarbejdsdygtighedserklæring til borgeren. Forskellene kan være objektivt begrundet, men en række forskelle er også uforklarlige.

I Greve Kommune har de gode resultater med at tage et møde med læger, der ofte udskriver attester, og hvor jobcentret er uenige i lægens vurdering. Sådanne samtaler har også en adfærdsregulerende virkning på lægerne og fremmer et godt samarbejde.

## Indsats på tværs

Der kan opstå misforståelser eller problemer i mødet mellem de praktiserende læger og grupper af etniske minoriteter. Det skyldes bl.a. sproglige problemer og en anderledes opfattelse af sygdom og lægens rolle blandt de etniske minoriteter. Det kan også give anledning til problemer, når patienter medbringer familiemedlemmer – ofte som tolke.

Begge systemer har en fælles interesse i at finde en indsats til gavn for borgeren. Erfaringerne fra de undersøgte kommuner er, at det har stor betydning, at parterne udveksler viden og erfaring. Parterne skal kende hinandens udgangspunkt og vidensgrundlag. F.eks. er der brug for at formidlet til relevante aktører (herunder læger), at beskæftigelsesfaglige tilbud faktisk har en betydning for borgerens generelle livskvalitet og familiens velbefindende.

Jobcentre, læger, sygehuspersonale, psykologer og andre sundhedsfaglige aktører kan bruge de fælles erfaringer til at lære af hinandens løsninger. Der kan deles viden om de etniske minoriteters sygdomme og helbred, deres ressourcer, interesser og generelle livsvilkår. Aktørerne kan også bidrage med udvikling af hinandens redskaber og metoder – f.eks. tværkulturelle samtaleteknikker, samarbejde med tolke, involvering af familien (manden) i forløbet m.m.

**SANDHED ELLER FORDOMME  
– DEN ÅBNE DIALOG ER NØDVENDIG?**

Der er altid mange fordomme mellem to systemer, der arbejder med forskellige faglige traditioner, lovgivningsrammer og hensyn til borgeren. Dette er også tilfældet mellem jobcentre og læger. En række af de gensidige vurderinger har delvist hold i virkeligheden, mens andre hører fortiden til.

Et gennemgående udsagn fra jobcentrene er bl.a., at der altid i en kommune findes en eller flere praktiserende læger, der meget flittigt skriver uarbejdsdygtighedserklæringer, så borgeren kan blive fritaget fra tilbud eller fra rådighedskrav og sanktionering. Det forlyder også, at borgerne er bekendt med, hvem disse læger er og derfor i stort tal søger dem. Læger melder omvendt retur, at de er pålagt at tage folks sygeoplevelser alvorligt, og at jobcentrene ofte er for hurtige til at affærdige sygdomme blandt flygtninge/indvandrergruppen.

Lægerne giver udtryk for, at det kan være besværligt at samarbejde med kommunen. Læger udtrykker irritation over, at samarbejdsrelationer med kommunen er meget dynamiske – både med hyppige skift blandt sagsbehandlere og blandt deres aktiveringsleverandører. De kritiserer også, at kommunerne ikke har udarbejdet fælles retningslinjer for medarbejderne i forhold til samarbejdet med lægerne. Samarbejdsformer og standarder defineres af den enkelte sagsbehandler. En læge skal derfor forholde sig til mange forskellige form- og kvalitetskrav. Nogle sagsbehandlere foretrækker at ringe, maile eller tage på besøg, mens andre kører den formelle linje via attester. Lægerne finder også, at sagsbehandlernes arbejdspresset betyder, at de ikke altid har sat sig grundigt ind i borgerens sagsakter og spørger til forhold, som lægen allerede tidligere har redegjort for.

Fra begge sider er der dårlige erfaringer og kritik af samarbejdet. Det er vigtigt at tale åbent om disse udsagn og vanskeligheder i samarbejdsrelationen. Det er også vigtigt at fokusere på, at samarbejde mellem mange forskellige aktører og myndigheder erfaringsmæssigt er vanskeligt, og at det ikke nødvendigvis skyldes manglende interesse eller utilstrækkelige kompetencer. Et velfungerende samarbejde kræver tid og dermed ressourcer – og der er derfor fra både jobcentrets og de praktiserende lægers side brug for en prioritering af samarbejdet.

Det er desuden nødvendigt at erkende, at aktører kan have forskellige roller og hensyn i forhold til borgeren, og at disse hensyn ikke altid er fælles. Anerkendelse af faglige ekspertiser og myndighedsroller er forudsætningen for et godt samarbejde.

I flere af de undersøgte kommuner er det gode samarbejde blevet grundlagt på fælles seminarer mellem sagsbehandlere i jobcentrene og de praktiserende læger. Det har været frugtbart for samarbejdet, at parterne har kunnet mødes og åbent kunne drøfte holdninger, faglige traditioner og lovkrav. Møderne har også været genstand for definering af fælles samarbejdsformer og faglige kvalitetskrav. I Skive og Greve Kommune anbefaler aktørerne, at der afholdes årlige seminarer mellem læger og sagsbehandlere.

## 6.0 Værdier og holdninger



### / 6.1 Fælles forståelse og værdisæt

**Sygdom er et område, der i høj grad er præget af uigennemsigthed. For ikke sundhedsfagligt kyndige aktører er det vanskeligt – om ikke umuligt – at afgøre den enkelte borgers egentlige sundhedstilstand. Det er imidlertid afgørende, at der er en fælles værdi- og begrebsopfattelse blandt de beskæftigelsesfaglige aktører ifht. den syges behov og mulighed for indsatser.**

Der skal være enighed og konsensus i vurderingen af relevante tilbud. Det gælder både ifht. konkrete tiltag (hvornår indhentes statuserklæring, hvordan vurderes erklæringens betydning for tilbud, hvilke relevante tilbud rådes der over), men også ifht. til generelle problematikker og tilgange (f.eks. kan trauma og beskæftigelse følges ad).

Der kan være meget stor forskel på, hvorledes den enkelte sagsbehandler, jobkonsulent og/eller eksterne aktør vurderer gruppen af syge kontanthjælpsmodtagere og deres beskæftigelsesmæssige ressourcer. Der er således inden for den enkelte kommune ofte meget forskellige opfattelser af kontanthjælpsmodtagernes sundhedsstatus, og hvad man i givet fald kan sætte i værk for dem. Hvor én sagsbehandler vurderer, at borgeren er for ressourcervag til at indgå i et beskæftigelsesrettet tilbud, kan en anden se mange ressourcer og derfor planlægge et virksomheds forlagt kvalificeringsforløb. Der er brug for en fælles tilgang og et enigt værdigrundlag.

Der er mange personlige holdninger og følelser, som påvirker den eksisterende indsats. Der er hos nogle aktører en opfattelse af, at det er synd for de syge, at de skal indgå i en beskæftigelsesindsats. Disse sagsbehandlere oplever, at indsatsen er et overgreb mod borgeren, som efter deres vurdering burde have lov til at være i fred. Sagsbehandlerne

bliver derved borgerens allierede på et ofte holdnings- og følelsesbetonet grundlag. Adskillige inden- og udenlandske undersøgelser dokumenterer, at et aktivt liv også er til gavn for borgere med nedsat arbejdsevne<sup>1</sup>. Det kan være svært for borgeren på forhånd selv at se, hvad et aktivt arbejdsliv kan tilføre dem af livskvalitet. Derfor er det særligt vigtigt, at borgeren møder en professionel tilgang i jobcentret, som inddrager, hvad der vil kunne opnås af gevinster ved et aktivt arbejdsliv. Gevinster, som ligger ud over de lovmæssige krav, der ofte refereres til ved kontaktsamtalerne.

Der er ikke tale om, at syge borgere skal visiteres til arbejdsfunktioner, som de ikke har mulighed for at bestribe, og som vil forværre deres sygdom. Der er tale om, at der ud fra den enkelte borgers behov og ønsker såvel som forpligtelser og rettigheder etableres et tilbud, som kan bringe ham/hende nærmere arbejds-markedet. For nogle vil der være tale om en længere og målrettet proces – for andre vil vejen ud være kortere end ventet. Det afgørende er, at der etableres og følges klare og synlige beskæftigelsesmål, som er fælles for de relevante aktører.

*3 ud af 4 i vores gruppe af syge flygtninge/indvandrere vil kunne opnå en arbejdsmarkedstilknytning og profitere heraf – såvel personligt som økonomisk. Der vil være brug for individuelle løsninger, hvor timetal og opgaver kan variere, ligesom der for nogle vil være tale om støttet beskæftigelse. Men på arbejdsmarkedet kan de fleste komme.*

*(Citat Jobcenter)*

<sup>1</sup> Jf. bl.a. Hvidbog fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Årsager og handlemuligheder, 2008 & Gunilla Björkqvist, Stockholm, "Employment and Social Integration", 2002)