



**Evaluering af rehabiliteringsteam  
og tværfaglig indsats**  
Evalueringsrapport

22. december 2017

# Indhold

<b>1</b>	<b>Indledning</b>	<b>4</b>
1.1	Rehabiliteringsteamet	4
1.2	Ressourceforløb og den tværfaglige indsats	5
1.3	Evalueringsstemaer	6
1.4	Datagrundlag for evalueringen	8
1.5	Læsevejledning	8
<b>2</b>	<b>Sammenfatning</b>	<b>9</b>
2.1	Sagens forberedelse	9
2.2	Rehabiliteringsteamets sammensætning	10
2.3	Mødet i rehabiliteringsteamet	10
2.4	Rehabiliteringsplanens indsatsdel	11
2.5	Den tværfaglige indsats	12
2.6	Sundhedsfaglig rådgivning	13
<b>3</b>	<b>Sagens forberedelse</b>	<b>14</b>
3.1	Udarbejdelse af rehabiliteringsplanens forberedende del	14
3.2	Kvaliteten af rehabiliteringsplanens forberedende del	20
3.3	Delkonklusion	21
<b>4</b>	<b>Rehabiliteringsteamets sammensætning</b>	<b>23</b>
4.1	Rehabiliteringsteamets obligatoriske medlemmer	23
4.2	Øvrige medlemmer af rehabiliteringsteamet	25
4.3	Sagsbehandlernes deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet	26
4.4	Delkonklusion	27
<b>5</b>	<b>Mødet i rehabiliteringsteamet</b>	<b>28</b>
5.1	Mødet i rehabiliteringsteamet	28
5.2	Indholdet i rehabiliteringsteamets indstilling	30
5.3	Delkonklusion	35
<b>6</b>	<b>Rehabiliteringsplanens indsatsdel</b>	<b>37</b>
6.1	Udarbejdelse af rehabiliteringsplanens indsatsdel	37
6.2	Indholdet i rehabiliteringsplanens indsatsdel	39
6.3	Delkonklusion	42
<b>7</b>	<b>Den tværfaglige indsats</b>	<b>44</b>
7.1	Igangsættelse af indsatser i ressourceforløb	44
7.2	Indsatser i ressourceforløb	47
7.3	Den virksomhedsrettede indsats	48
7.4	Ressourceforløb uden indsatser	53
7.5	Delkonklusion	56
<b>8</b>	<b>Sundhedsfaglig rådgivning</b>	<b>59</b>
8.1	Løbende sundhedsfaglig sparring	59
8.2	Indhentning af lægeattester fra klinisk funktion	63
8.3	Delkonklusion	64

*”Formålet med rehabiliteringsteamet er at sikre, at der sker den nødvendige tværfaglige koordination i komplekse sager.”*

– Aftale om en reform af førtidspension og fleksjob

# 1 Indledning

Det tværfaglige rehabiliteringsteam udgør et centralt element i reformen af førtidspension og fleksjob. Rehabiliteringsteamets behandling af sager skal blandt andet sikre en individuelt tilpasset og tværfaglig indsats til borgere, der indstilles til ressourceforløb. I denne evaluering belyses kommunernes implementering af rehabiliteringsteamet og den tværfaglige indsats.

Den 1. januar 2013 trådte reformen af førtidspension og fleksjob i kraft efter en bred aftale mellem Socialdemokratiet, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Venstre, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti.

Et af principperne bag reformen var, at der fremover skulle sikres et større fokus på den enkeltes ressourcer og på at udvikle den enkeltes arbejdssevne. Borgeren og dennes arbejdssevne skal være i centrum, og det skal ske gennem en indsats, hvor der i højere grad investeres i den enkelte via en tværfaglig indsats, der er tilpasset og målrettet den enkeltes behov.

På den baggrund blev det aftalt, at der skulle etableres et rehabiliteringsteam i alle kommuner, og ressourceforløb blev indført som en ny ordning. Disse to elementer er afgørende dele af reformen. I denne evaluering, der er en del af et samlet evalueringsprogram for hele førtidspensions- og fleksjobreformen, undersøges det derfor, om disse to dele af reformen er implementeret efter intentionen. Der er opstillet følgende formål med evalueringen:

*Formålet med devalueringen er at få indsamlet viden om, hvordan rehabiliteringsteamet er implementeret, hvilke indsatser borgere i ressourceforløb får og at analysere, om det er i overensstemmelse med intentionerne med reformen.*

## 1.1 Rehabiliteringsteamet

Af aftalen fremgår det, at rehabiliteringsteamet er et dialog- og koordinationsforum, der afgiver indstilling i sager, inden beslutning om tilkendelse af ressourceforløb, fleksjob og førtidspension træffes. Rehabiliteringsteamet indstiller til borgerens ydelse såvel som indhold i borgerens indsats.

Arbejdet i rehabiliteringsteamet skal medvirke til, at den enkelte borger kommer i centrum i egen sag, og at der sker en parallel og koordineret afklaring af den enkelte borgers ressourcer og udfordringer med fokus på uddannelse, job og selvforsørgelse. Det er et helt centralt omdrejningspunkt, at rehabiliteringsteamets arbejde har et beskæftigelses- og uddannelsesfokus, og at indsatsen i videst muligt omfang medvirker til, at den enkelte borger får fodfæste på arbejdsmarkedet.

Reformen af førtidspension og fleksjob indeholder følgende elementer vedrørende rehabiliteringsteamet:

- Der etableres tværfaglige rehabiliteringsteam i alle kommuner med sammensætning af repræsentanter fra beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet og i relevante sager også undervisningsområdet.
- Regionen er repræsenteret i teamet med en sundhedskoordinator fra klinisk funktion.
- Teamet afgiver indstilling til kommunen om, om borgeren skal have ressourceforløb, førtidspension eller fleksjob. Kommunen træffer efterfølgende afgørelse i sagen.
- I sager, hvor teamet afgiver indstilling om ressourceforløb, afgiver teamet også indstilling om, hvilke indsatser der skal igangsættes for at hjælpe borgeren tilbage på arbejdsmarkedet.
- Til brug for rehabiliteringsteamets behandling af en sag skal kommunen sammen med borgeren udarbejde rehabiliteringsplanens forberedende del. Den forberedende del skal indeholde relevante oplysninger om den enkelte borgers ressourcer og udfordringer såvel som borgerens praktiserende læges vurdering af borgerens helbredsmæssige situation i forhold til at kunne arbejde.
- Borgeren og borgerens sagsbehandler skal deltage på mødet i rehabiliteringsteamet.

## 1.2 Ressourceforløb og den tværfaglige indsats

Ressourceforløb er et individuelt tilrettelagt forløb, der kan vare 1-5 år ad gangen. I ressourceforløbet skal form, indhold og varighed tilpasses den enkeltes behov. Målgruppen for ressourceforløb er personer, der har betydelige og komplekse problemer udover ledighed, der ikke har kunnet løses gennem en indsats efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats eller lov om aktiv socialpolitik.

Målet med ressourceforløbene er en tværfaglig og sammenhængende indsats, der skal hjælpe den enkelte videre, så de på sigt kan komme i arbejde eller i gang med en uddannelse.

Reformen af førtidspension og fleksjob indeholder følgende elementer vedrørende ressourceforløb og den tværfaglige indsats:

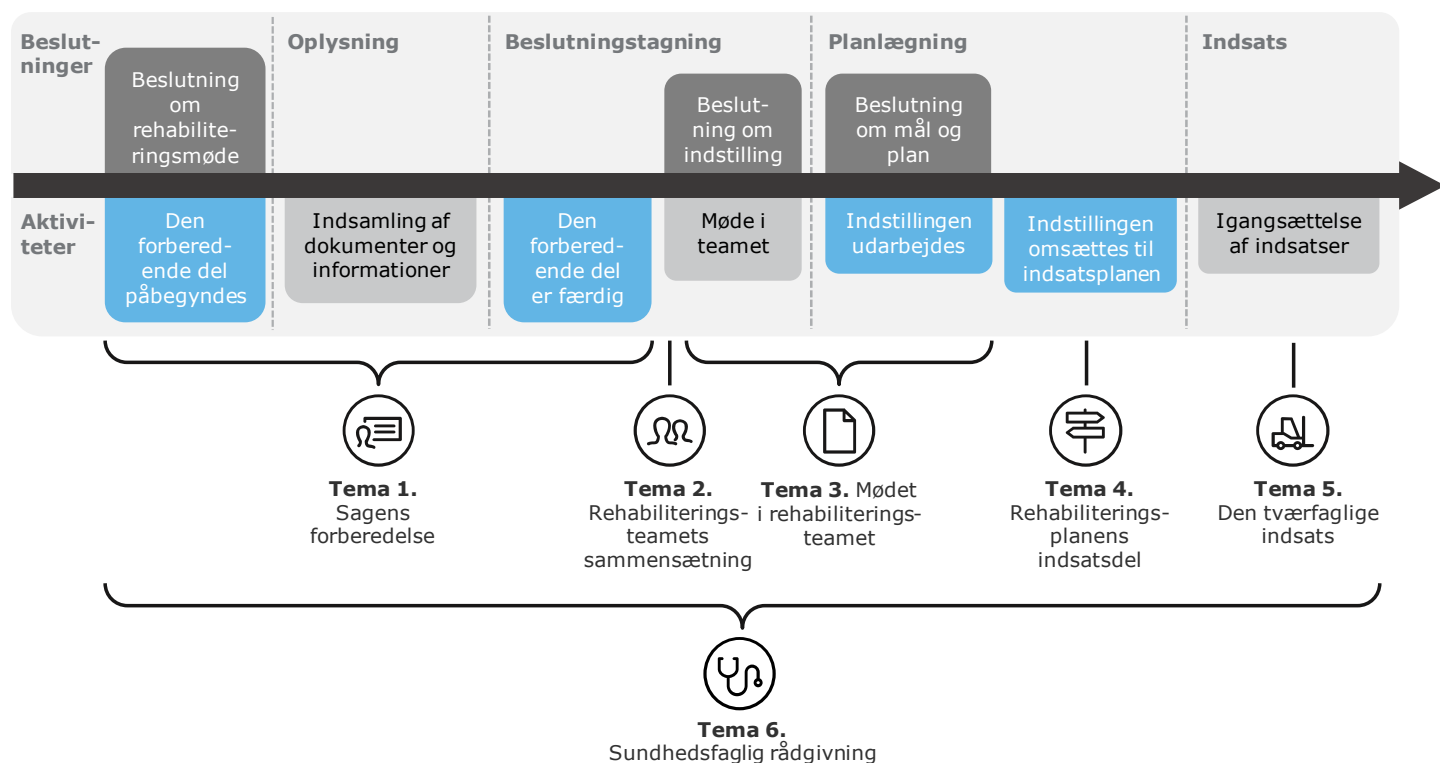
- Borgere under 40 år skal altid tilbydes ressourceforløb, og tilkendelse af førtidspension vil som udgangspunkt ikke være mulig.
- Borgere over 40 år skal tilbydes et ressourceforløb, inden der kan tages stilling til en eventuel førtidspension.
- I sager, hvor det er åbenbart, at arbejdsevnen er varigt nedsat og ikke kan forbedres ved deltagelse i et ressourceforløb eller andre foranstaltninger, kan der dog påbegyndes en sag om førtidspension uden, at muligheden for at forbedre arbejdsevnen har været afprøvet via et ressourceforløb.
- Et ressourceforløb skal sikre, at den enkelte borger får en helhedsorienteret indsats, eventuelt med relevante tilbud på tværs af forvaltninger. Indsatsen skal have et beskæftigelses- og uddannelsesfokus og skal medvirke til, at borgeren kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Analyser gennemført efter reformens ikrafttrædelse har i den forbindelse vist, at der er evidens for effekten af en virksomhedsrettet indsats.
- Indsatsen målrettes og tilpasses den enkelte borgers forudsætninger og behov.

- Borgere i ressourceforløb skal have tildelt en koordinerende sagsbehandler, der iværksætter indsatser i ressourceforløbet, koordinerer indsatserne med de øvrige forvaltninger og følger op ved opfølgingsmøder med borgeren mindst seks gange om året.

### 1.3 Evalueringstemaer

For at opfylde det overordnede formål er evalueringen tilrettelagt omkring seks temaer, der hver især fokuserer på ét eller flere af de trin i den proces, som sager, der bliver behandlet i rehabiliteringsteamet, gennemgår. De seks temaer er vist i nedenstående figur.

Figur 1. Evalueringstemaer knyttet til rehabiliteringsprocessen



Nedenfor er de seks evalueringstemaer beskrevet yderligere.

#### Tema 1. Sagens forberedelse

Kommunen skal sammen med borgeren udarbejde rehabiliteringsplanens forberedende del som forberedelse til, at borgerens sag behandles på mødet i rehabiliteringsteamet. Den forberedende del har til formål at danne grundlag for rehabiliteringsteamets behandling af sagen og skal derfor indeholde relevante oplysninger om den enkelte borgers ressourcer og udfordringer i forhold til at komme i beskæftigelse eller uddannelse.

I det første tema afdækkes forberedelsen af sager, der skal behandles af rehabiliteringsteamet. Her beskrives kommunernes tilrettelæggelse af processen for udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens forberedende del, det konkrete indhold og kvaliteten af den forberedende del og sagsbehandlingstiden i de forskellige processtrin.

## **Tema 2. Rehabiliteringsteamets sammensætning**

Af aftaleteksten fremgår det, at der skal etableres rehabiliteringsteam i alle kommuner med repræsentanter fra beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet og i relevante sager også undervisningsområdet. Herudover skal regionen være repræsenteret i teamet med en sundhedskoordinator. Denne sammensætning skal sikre, at rehabiliteringsteamet udgør et forum for det tværfaglige samarbejde, såvel som koordination af borgerens sag på tværs af kommunens forvaltninger.

I evalueringens andet tema fokuseres der derfor på sammensætningen af rehabiliteringsteamet. Her kortlægges det, hvordan kommunerne har sammensat rehabiliteringsteamet, og hvordan de forskellige medlemmer bidrager til teamets arbejde.

## **Tema 3. Mødet i rehabiliteringsteamet**

På baggrund af behandlingen af sagen skal rehabiliteringsteamet give indstilling til kommunen om, om borgeren skal have ressourceforløb, førtidspension eller fleksjob. Hvis teamet afgiver indstilling om ressourceforløb, skal teamet også indstille til, hvilke mål og indsatser der skal være i det videre forløb. Kommunen skal kunne træffe afgørelse i sagen på baggrund af teamets indstilling og oplysningerne i rehabiliteringsplanens forberedende del.

I det tredje tema undersøges afviklingen af mødet i rehabiliteringsteamet med særligt fokus på teamets inddragelse af borgeren. Herudover undersøges indholdet i indstillingerne fra rehabiliteringsteamet – i forhold til både de ydelser og de indsatser, der indstilles til.

## **Tema 4. Rehabiliteringsplanens indsatsdel**

Borgere, der tilkendes et ressourceforløb, skal have udarbejdet rehabiliteringsplanens indsatsdel. Indsatsdelen skal indeholde borgerens konkrete mål om job eller uddannelse, delmål, der skal føre til det overordnede beskæftigelsesmål, konkrete indsatser eller andre aktiviteter, der skal indgå i ressourceforløbet, såvel som opfølgningen i ressourceforløbet.

Evalueringens fjerde tema omhandler processen for udarbejdelse af indsatsdelen og selve indholdet i planen.

## **Tema 5. Den tværfaglige indsats**

Indsatsen i et ressourceforløb skal bestå af en helhedsorienteret indsats, eventuelt med relevante tilbud på tværs af forvaltninger. Indsatsen skal have et beskæftigelses- og uddannelsesfokus og skal medvirke til, at borgeren kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Indsatsen tilrettelægges med afsæt i rehabiliteringsteamets indstilling.

I evalueringens femte tema analyseres den tværfaglige indsats i ressourceforløb, og her afdækkes det, hvilken indsats borgerne i ressourceforløb modtager, hvilke indsatser der igangsættes først, og varigheden fra ressourceforløbet starter, til første indsats er i gang.

## **Tema 6. Sundhedsfaglig rådgivning**

For at sikre hensigtsmæssig kommunal brug af sundhedsfaglige ressourcer er der med reformen af førtidspension og fleksjob etableret et samarbejde mellem kommuner og regioner. Et centralt omdrejningspunkt i dette samarbejde er sundhedskoordinatorfunktionen, der repræsenterer regionen i rehabiliteringsteamet. Med denne funktion er det formålet, at kommunerne

sikres en entydig og koordineret adgang til rådgivning og vurdering i det regionale sundhedsvæsen.

Sundhedskoordinatoren skal – udover at deltage på mødet i rehabiliteringsteamet – yde sundhedsfaglig rådgivning til kommunen, før og efter sagen behandles i rehabiliteringsteamet, hvis kommunen anmoder om det. Med indførelse af reformen skal kommunen alene benytte lægefaglig rådgivning fra regionen.

I evalueringens sjette tema analyseres kommunernes brug af den løbende sundhedsfaglige rådgivning før og efter mødet i rehabiliteringsteamet såvel som kommunernes brug af lægeattesten fra klinisk funktion (LÆ 275).

#### 1.4 Datagrundlag for evalueringen

Evalueringen er baseret på en kombination af kvantitative og kvalitative data.

Følgende datakilder indgår i evalueringen:

- Gennemgang af 397 sager<sup>1</sup>, der har været behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet i 17 kommuner<sup>2</sup> i perioden 1. kvartal 2016 til 1. kvartal 2017.
- Landsdækkende spørgeskemaundersøgelser blandt:
  - Ledere af rehabiliteringsteamet og jobcenterchefer
  - Kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet
  - Sagsbehandlere, der forbereder sager til rehabiliteringsteamet
  - Koordinerende sagsbehandlere.
- En spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedskoordinatorer i klinisk funktion i alle fem regioner.
- Interview med ledere og sagsbehandlere i 12 udvalgte kommuner.
- Interview med ledere og medarbejdere i klinisk funktion i alle fem regioner.
- Opgørelser vedrørende brug af undersøgelser i klinisk funktion (LÆ 275) fra alle fem regioner.
- Opgørelser vedrørende brug af lægeattester fra praktiserende læge (LÆ 265) fra EG. Kommuneinformation.
- Opgørelser over antallet af ressourceforløb fra jobindsats.dk.

En udspecificering af evalueringens datagrundlag fremgår af bilag A.

#### 1.5 Læsevejledning

Denne rapport er struktureret omkring de seks evalueringstemaer. I kapitel 1 præsenteres en kort sammenfatning af evalueringens resultater på tværs af de seks temaer. I kapitel 3 analyseres kommunernes arbejde med forberedelsen af sagen inden mødet i rehabiliteringsteamet (tema 1). Rehabiliteringsteamets sammensætning (tema 2) kortlægges i kapitel 3, og afviklingen af mødet i rehabiliteringsteamet og udarbejdelsen af teamets indstilling (tema 3) belyses i kapitel 5. I kapitel 6 kortlægges indholdet i rehabiliteringsplanens indsatsdel (tema 4), og rapporten afsluttes med en analyse af den tværfaglige indsats i ressourceforløb (tema 5) i kapitel 7 og analyse af den sundhedsfaglige rådgivning (tema 6) i kapitel 8.

---

<sup>1</sup> Heraf er 239 sager indstillet til ressourceforløb, 81 indstillet til fleksjob og 77 indstillet til førtidspension.

<sup>2</sup> 20 udvalgte kommuner er opfordret til at levere 25 sager hver – svarende til i alt 500 sager. 3 kommuner har ikke ønsket at deltage og to kommuner har leveret under 10 sager hver indenfor evalueringens tidsperiode. De modtagne sager er blevet gennemgået og 397 lever på til kravene for at kunne indgå i sagsgennemgangen.



## 2 Sammenfatning

Med reformen af førtidspension og fleksjob blev det tværfaglige rehabiliteringsteam og den nye ordning om ressourceforløb indført. I denne evaluering er det undersøgt, om disse to dele af reformen er implementeret efter intentionen.

Evalueringen dækker seks temaer vedrørende rehabiliteringsteamet og den tværfaglige indsats i ressourceforløb:

1. Sagens forberedelse
2. Rehabiliteringsteamets sammensætning
3. Mødet i rehabiliteringsteamet
4. Rehabiliteringsplanens indsatsdel
5. Den tværfaglige indsats
6. Sundhedsfaglig rådgivning.

Evalueringens hovedresultater indenfor de seks temaer er sammenfattet i de følgende afsnit.

### 2.1 Sagens forberedelse

Analysen af sagens forberedelse viser følgende:

- **Rehabiliteringsplanens forberedende del udgør et godt grundlag for behandlingen af sagerne på mødet i rehabiliteringsteamet.** 77 procent af rehabiliteringsteamets kommunale medlemmer vurderer, at den forberedende del altid eller ofte indeholder en klar beskrivelse af borgerens situation i forhold til at komme i arbejde eller uddannelse, mens 70 procent vurderer, at den forberedende del altid eller ofte indeholder nødvendig information til, at teamet kan indstille borgeren til en virksomhedsrettet indsats.
- **Sundhedskoordinatorerne er mindre positive overfor kvaliteten af den forberedende del end de kommunale medlemmer af teamet.** 33 procent af sundhedskoordinatorerne vurderer, at den forberedende del altid eller ofte indeholder den nødvendige information til, at teamet kan indstille borgeren til en virksomhedsrettet indsats, mens samme andel er 70 procent blandt de kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet. Der er identificeret følgende tre forklaringer på, at sundhedskoordinatorerne generelt er mindre positive i deres vurdering:
  - At den forberedende del ofte mangler en samlet faglig konklusion.
  - At der mangler oplysninger i den forberedende del, herunder særligt en samlet beskrivelse af funktionsevnen.
  - At rehabiliteringsplanens forberedende del i nogle tilfælde er for lang og indeholder bilag, der i mindre grad er relevante for sagen.
- **Begrænset understøttelse af datadeling på tværs af forvaltningerne i kommunen udgør en udfordring for forberedelsen af sagen.** De sagsbehandlere, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del, har vanskeligt ved at danne sig et overblik over, hvilke oplysninger der findes om borgerne i kommunens øvrige forvaltninger. 45

procent af de medvirkende sagsbehandlere i spørgeskemaundersøgelsen finder det svært eller meget svært at skabe dette overblik, mens 28 procent finder det let eller meget let. Sagsbehandlerne i 3 kommuner fremhæver, at de forskellige it-systemer på tværs af forvaltningerne vanskeliggør et samlet overblik over, hvorvidt der findes en sag på en given borger i de andre forvaltninger.

- **Der går i gennemsnit lidt mere end 2,5 måneder fra borgeren underskriver samtykkeerklæringen i forberedelseskemaet, til sagen bliver behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet.** Der er høj grad af variation på tværs af kommunerne, hvad angår den gennemsnitlige sagsbehandlingstid fra underskrivning til behandling på mødet – fra en til fem måneder (36 til 147 dage) i de undersøgte kommuner. Sagsbehandlingstiden er i gennemsnit kortere i sager, hvor borgeren kommer fra sygedagpenge (57 dage) sammenlignet med sager, hvor borgeren kommer fra kontanthjælp (89 dage). Tidspunktet for, hvornår beslutningen om, at en sag skal foreligges rehabiliteringsteamet, registreres ikke entydigt på tværs af kommunerne, og en del af den forberedende sagsbehandling kan foregå forud for borgerens underskrift af samtykkeerklæringen. Det er ikke muligt at belyse omfanget af disse forskelle mellem kommunerne på det foreliggende datagrundlag.

## 2.2 Rehabiliteringsteamets sammensætning

Analysen af rehabiliteringsteamets sammensætning viser følgende:

- **Kommunerne har generelt etableret rehabiliteringsteams med de obligatoriske medlemmer, der forudsættes i reformen.** Sundhedskoordinatorer og medarbejdere fra beskæftigelsesområdet deltager ifølge 95 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet altid eller ofte på mødet i rehabiliteringsteamet. Medarbejdere fra social- og sundhedsområdet deltager altid eller ofte på mødet i rehabiliteringsteamet ifølge henholdsvis 93 og 86 procent af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen.
- **Der er potentiale for øget inddragelse af virksomhedskonsulenterne på møderne i rehabiliteringsteamet.** Den kommunale virksomhedskonsulent deltager ifølge 28 procent af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen blandt medlemmerne af rehabiliteringsteamet altid eller ofte på mødet i rehabiliteringsteamet, mens 61 procent svarer, at virksomhedskonsulenten aldrig eller sjældent deltager på mødet i rehabiliteringsteamet. Det fremgår af analysen, at virksomhedskonsulenterne kan bidrage med konkrete bud på potentielle praktiksteder for borgeren og oplyse om, hvilke støtte- og hjælpemidler der kan indgå i en praktik, når de deltager på mødet i rehabiliteringsteamet. I interview og spørgeskemaundersøgelsen efterspørger respondenterne mere systematisk deltagelse af virksomhedskonsulenterne i rehabiliteringsteamet.
- **Der efterspørges en øget deltagelse fra medarbejdere fra børne- og familieområdet.** Medarbejdere fra børne- og familieområdet er den faggruppe, der sjældnest er repræsenteret på mødet i rehabiliteringsteamet. 95 procent svarer i spørgeskemaundersøgelsen blandt medlemmerne af rehabiliteringsteamet, at medarbejdere fra børne- og familieområdet sjældent eller aldrig deltager på mødet i rehabiliteringsteamet. I 6 af de 12 interviewede kommuner og en klinisk funktion efterspørges øget deltagelse fra børne- og familieområdet.

## 2.3 Mødet i rehabiliteringsteamet

Analysen af mødet i rehabiliteringsteamet viser følgende:

- **Kommunerne har generelt etableret faste procedurer for afholdelse af møderne i rehabiliteringsteamet.** 76 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet vurderer, at borgeren altid eller ofte er medvirkende til at afklare egne muligheder for arbejde eller uddannelse på mødet i rehabiliteringsteamet.
- **I samtlige sager i sagsgennemgangen er borgeren blevet tilkendt den ydelse, som rehabiliteringsteamet indstillede til.** Der går i gennemsnit 12 dage, fra indstillingen er afsendt, til borgeren modtager afgørelsen om ydelse. I lidt under en tredjedel af de gennemgåede sager går der over to uger fra indstillingen afsendes, til borgeren tilkendes sin ydelse. På tværs af kommunerne kan der identificeres en stor forskel, hvad angår den gennemsnitlige varighed. I en kommune går der i gennemsnit 28 dage, mens samtlige borger i en anden kommune modtager indstillingen og afgørelsen samme dag.
- **Rehabiliteringsteamet indstiller til mindst én indsats i samtlige gennemgåede sager.** I 80 procent af ressourceforløbsagerne indstilles der til virksomhedsrettede indsatser. 73 procent af sagerne indeholder indstilling til mentorforløb. Der indstilles til sociale indsatser i 50 procent af sagerne og enten kommunale eller regionale sundhedsmæssige indsatser i 41 procent. Rehabiliteringsteamet beskriver tværfaglige hensyn til borgerens udfordringer i 58 procent af de sager, hvor der indstilles til en virksomhedsrettet indsats. Teamet beskriver hensyn til borgerens fysiske og psykiske udfordringer i henholdsvis 30 og 34 procent af indstillingerne til ressourceforløb.

#### 2.4 Rehabiliteringsplanens indsatsdel

Analysen viser følgende angående kommunernes arbejde med rehabiliteringsplanens indsatsdel:

- **Rehabiliteringsteamets indstilling udgør et godt grundlag for udarbejdelse af rehabiliteringsplanens indsatsdel.** 85 procent af de koordinerende sagsbehandlere svarer i spørgeskemaundersøgelsen, at indstillingen altid eller ofte udgør et relevant grundlag for udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens indsatsdel, mens 6 procent angiver, at dette sjældent eller aldrig sker. 63 procent af de koordinerende sagsbehandlere vurderer, at indstillingen altid eller ofte udgør et relevant grundlag for tilrettelæggelsen af virksomhedsrettede indsatser, mens 19 procent vurderer, at dette aldrig eller sjældent er tilfældet.
- **De koordinerende sagsbehandlere vurderer, at en virksomhedsrettet indsats er den mest relevante indsats for borgerne, når de overgår til ressourceforløb.** 37 procent af de koordinerende sagsbehandlere svarer i spørgeskemaundersøgelsen, at mere end 90 procent af borgerne har behov for en virksomhedsrettet indsats ved overgangen til ressourceforløb. Yderligere 30 procent tilkendegiver, at 61-90 procent af borgerne har behov for en virksomhedsrettet indsats.
- **Selvom rehabiliteringsteamet indstiller til indsatser i samtlige sager indeholder blot to ud af tre indsatsplaner mindst én indsats – og væsentligt færre virksomhedsrettede indsatser.** I 64 procent af de gennemgåede sager indeholder rehabiliteringsplanens indsatsdel mindst én indsats. Samme andel er 100 procent for indstillingen fra rehabiliteringsteamet. Indsatsplanerne indeholder i cirka en tredjedel af

sagerne en beskrivelse af virksomhedsrettede indsatser. Til sammenligning er der i indstillingerne indstillet til virksomhedsrettede indsatser i 80 procent af sagerne. I 46 procent af indsatsplanerne, hvor der er beskrevet en virksomhedsrettet indsats, er der beskrevet ét eller flere hensyn til borgerens udfordringer i relation til den virksomhedsrettede indsats. Andelen af beskrevne hensyn er dermed lidt lavere end i indstillingerne (57 procent).

## 2.5 Den tværfaglige indsats

Analysen af den tværfaglige indsats giver anledning til følgende konklusioner:

- **I 75 procent af de gennemgåede ressourceforløbsager, der som minimum har en varighed på et halvt år, er der igangsat en indsats.** Der går i gennemsnit næsten 100 dage fra borgeren tilkendes et ressourceforløb til den første indsats igangsættes.
- **Der er både en betydelig kommunal variation i forhold til, om der igangsættes indsatser, og hvor hurtigt den første indsats igangsættes.** I nogle kommuner er der indenfor det første halve år igangsat indsatser for samtlige borgere, mens der i andre er igangsat indsatser for 40 procent af borgerne. Det gennemsnitlige tidspunkt for igangsættelse af første indsats varierer fra 43 til 186 dage på tværs af kommunerne.
- **Der indstilles til virksomhedsrettede indsatser i 80 procent af de gennemgåede sager, mens der kun indgår virksomhedsrettede indsatser i 33 procent af indsatsdelene og igangsættes en virksomhedsrettet indsats i 21 procent af sagerne.** Det kan konstateres, at rehabiliteringsteamet indstiller til en virksomhedsrettet indsats i 80 procent af sagerne, og at 66 procent af de koordinerende sagsbehandlere angiver, at borgeren altid eller ofte har behov for en virksomhedsrettet indsats netop ved overgangen til ressourceforløb. Samtidig kan det konstateres, at der i mindre grad indgår virksomhedsrettede indsatser i indsatsplanen (33 procent) og i endnu mindre grad i den igangsatte indsats (21 procent) i de gennemgåede sager, som alle har en varighed af på minimum et halvt år.
- **Virksomhedskonsulentens tilstedeværelse på møderne i rehabiliteringsteamet kan være medvirkende til at fremrykke tidspunktet for igangsættelse af den virksomhedsrettede indsats.** Analysen viser, at jo større en andel af rehabiliteringsteamets medlemmer i en kommune, der angiver, at der altid eller ofte er en virksomhedskonsulent til stede på mødet, jo kortere tid går der i gennemsnit, inden den første virksomhedsrettede indsats igangsættes.
- **Deloitte vurderer, at den manglende igangsættelse af indsatser og den kommunale variation i betydeligt omfang skyldes organisatoriske, styrings- og ledelsesmæssige forskelle mellem kommunerne.** Medarbejderne i kommunerne peger på en række mulige forklaringer på, hvorfor der i nogle tilfælde ikke igangsættes indsatser i ressourceforløbene. Dette synes dog ikke at kunne forklare den samlede kommunale variation i andelen af ressourceforløbsager, hvor der ikke igangsættes en indsats. Ydermere fremgår det af interviewene, at sagsbehandlerne i høj grad peger på enkeltstående forklaringer eller årsager knyttet til den enkelte sag, når de skal forklare, hvorfor der ikke igangsættes indsatser.

## 2.6 Sundhedsfaglig rådgivning

Analysen af kommunernes brug af den sundhedsfaglige rådgivning fra klinisk funktion har givet anledning til følgende konklusioner:

- **Sundhedskoordinatoren inddrages i begrænset omfang i sager, der behandles på mødet i rehabiliteringsteamet.** Sundhedskoordinatoren inddrages i gennemsnit i 15 procent af de sager, som vedkommende er med til at behandle på rehabiliteringsmødet, før mødet, mens sundhedskoordinatoren yder sundhedsfaglig rådgivning efter mødet i rehabiliteringsteamet i 13 procent af sagerne.
- **Der er sket en stigning i kommunernes anvendelse af attesterne fra klinisk funktion i perioden 2015-2016 på 32 procent.** I 2017 ser niveauet ud til at ligne 2016, hvor der blev udarbejdet omkring 2.200 attester på landsplan. I fire af landets regioner er omfanget af attester fra klinisk funktion relativt ens, mens antallet af attester, der udarbejdes i Region Syddanmark, er ganske begrænset.
- **Der er generelt stor tilfredshed med kvaliteten af attesterne fra klinisk funktion.** I spørgeskemaundersøgelsen svarer 73 procent af kommunerne, at de enten er enige eller meget enige i, at attesterne opfylder det informationsbehov, kommunerne har.

## 3 Sagens forberedelse

77 procent af de kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet vurderer, at den forberedende del altid eller ofte indeholder en klar beskrivelse af borgerens situation. Datadeling mellem forvaltningerne udgør en udfordring for forberedelse af sagerne.

Rehabiliteringsplanens forberedende del skal udarbejdes for alle, der skal have deres sag behandlet på et møde i rehabiliteringsteamet. Den forberedende del udgør grundlaget for behandlingen af sagen på mødet i rehabiliteringsteamet.

Rehabiliteringsplanens forberedende del skal give rehabiliteringsteamet tilstrækkelige og relevante oplysninger, herunder oplysninger vedrørende borgerens beskæftigelsesmæssige, sociale og helbredsmæssige ressourcer og udfordringer i relation til borgerens muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

### 3.1 Udarbejdelse af rehabiliteringsplanens forberedende del

Processen for forberedelsen af en sag til behandling på mødet i rehabiliteringsteamet initieres som hovedregel af borgerens sagsbehandler. Størstedelen (82 procent) af de kommuner, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, har en fast procedure for godkendelse af, at forberedelsen påbegyndes. Det gælder ligeledes for 6 ud af de 10 kommuner, hvor sagsbehandlere, der udarbejder den forberedende del, er interviewet, at enten faglig koordinator eller den ansvarlige teamleder skal godkende, at udarbejdelsen af den forberedende del kan påbegyndes.

I de kommuner, der ikke har en formel godkendelsesprocedure, oplyser sagsbehandlerne på de afholdte interview, at faglig koordinator kan inddrages efter behov, eller at sagsbehandler sparrer med kolleger eller den kommunale sundhedsfaglige rådgiver, inden udarbejdelsen af den forberedende del påbegyndes.

85 procent af kommunerne har ifølge spørgeskemaundersøgelsen en arbejdsgangsbeskrivelse, som sagsbehandlerne skal følge i udarbejdelsen af den forberedende del.

Arbejdsgangsbeskrivelserne dækker hovedsageligt følgende fire opgaver:

1. Dokumentation af borgerens ressourcer, mål og samlede situation
2. Indhentning af helbredsoplysninger
3. Indhentning af anden dokumentation
4. Eventuelt screening af sagen inden forelæggelse for rehabiliteringsteamet.

Tidspunktet for, hvornår beslutningen om, at en sag skal foreligges rehabiliteringsteamet, registreres ikke på en entydig måde af kommunerne, og der kan være forskel på, hvornår man i de enkelte kommuner betragter forberedelsen af sagen, som påbegyndt. Herudover kan ovenstående opgaver i praksis foregå parallelt i løbet af forberedelsen af sagen. Det er derfor ikke muligt at opgøre en samlet sagsbehandlingstid for forberedelsen af sagerne på det foreliggende datagrundlag, og de nedenfor præsenterede varigheder af de enkelte opgaver kan ikke umiddelbart summeres.

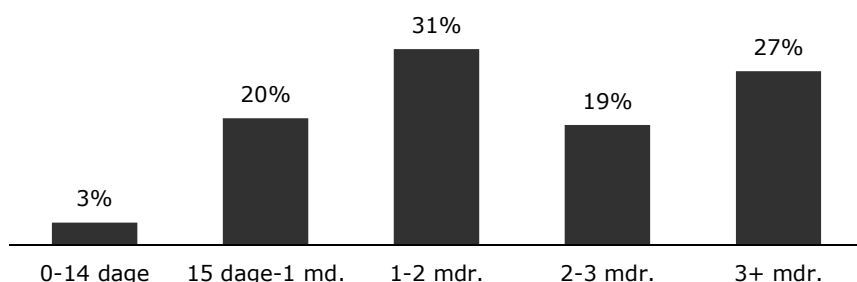
Sagsgennemgangen viser, at den første af de fire opgaver med dokumentation af borgerens mål, ressourcer og samlede situation i gennemsnit tager 45 dage.

I forhold til indhentning af anden dokumentation, for eksempel dokumentation vedrørende borgerens situation fra andre af kommunens forvaltninger, peger de interviewede sagsbehandlere på, at det kan tage fra få dage til op til seks måneder. Denne store variation afhænger ifølge sagsbehandlerne af, 1) om de har en direkte kontakt i den pågældende forvaltning, de kan rette henvendelse til, og 2) om de andre forvaltninger besidder de oplysninger, sagsbehandleren efterspørger, eller om forvaltningerne skal forestå indhentning af nye oplysninger om borgeren.

Når sagen er færdigforberedt, fremsendes den til rehabiliteringsteamet. Sagsgennemgangen viser, at der i gennemsnit går lidt over 2,5 måneder (81 dage), fra borgeren underskriver forberedelsesskemaet, til sagen behandles på mødet i rehabiliteringsteamet.

Som det fremgår af figur 2, går der under en måned i 23 procent af sagerne, mellem en og tre måneder i 50 procent af sagerne og mere end tre måneder i 27 procent af sagerne.

Figur 2. Fordeling af, hvor lang tid der går fra borgerens underskrivelse af forberedelsesskemaet til behandlingen af sagen på mødet i rehabiliteringsteamet



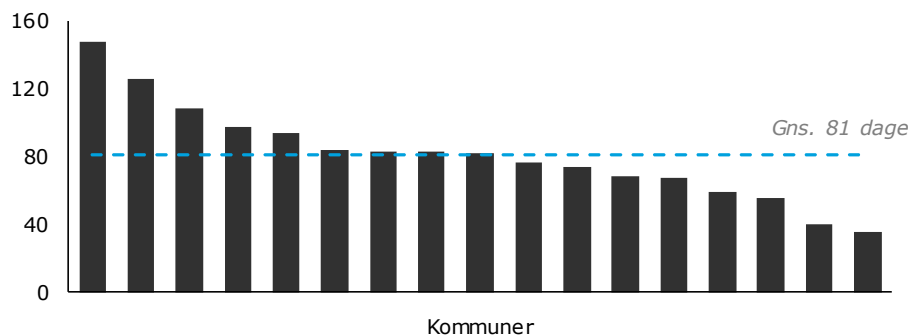
**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 287 sager, der er behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet. **Note:** Der foreligger ikke data om sagsbehandlingstid for 110 sager. Opgørelsen er foretaget på baggrund af kommunernes registreringer af de to tidspunkter. Det er ikke undersøgt, hvorvidt der er forskel i kommunernes registreringspraksis.

Den gennemsnitlige varighed fra borgerens underskrivelse af forberedelsesskemaet til behandlingen på mødet i rehabiliteringsteamet varierer betydeligt på tværs af kommunerne – fra 36 til 147 dage i gennemsnit. Fordelingen på tværs af kommunerne fremgår af figur 3.

I 3 kommuner går der i gennemsnit mere end 100 dage fra borgerens underskrivelse af forberedelsesskemaet til behandlingen på mødet i rehabiliteringsteamet. Disse 3 kommuner er alle små til mellemstore kommuner, der

ligger relativt langt fra landets større byer. Herudover kan der ikke på det foreliggende datagrundlag identificeres fællestræk for disse kommuner.

Figur 3: Fordeling af, hvor lang tid der går fra borgers underskrivning af forberedelsesskemaet til behandling af sagen på mødet i rehabiliteringsteamet fordelt på kommuner



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 286 sager, der er behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet. **Note:** Der foreligger ikke data for 111 sager.

Der er en vis variation på tværs af ydelsestyper, hvad angår varigheden fra, borgeren underskriver forberedelsesskemaet, til sagens behandling i rehabiliteringsteamet. Det tager i gennemsnit 89 dage for sag, hvor borgeren kommer fra kontanthjælp, mens det tager 57 dage for en sag, hvor borgeren kommer fra sygedagpenge.

Der er også mindre forskelle i varigheden alt efter, hvilken ydelse borgeren ender med at blive indstillet til efter mødet i rehabiliteringsteamet. I sager, hvor borgeren bliver indstillet til ressourceforløb eller førtidspension, går der i gennemsnit 86 dage fra borgeren underskriver forberedelsesskemaet, til sagens behandling i rehabiliteringsteamet. Samme periode varer 56 dage i sager, hvor borgeren bliver indstillet til fleksjob på mødet i rehabiliteringsteamet.

### Dokumentation af borgernes mål, ressourcer og samlede situation

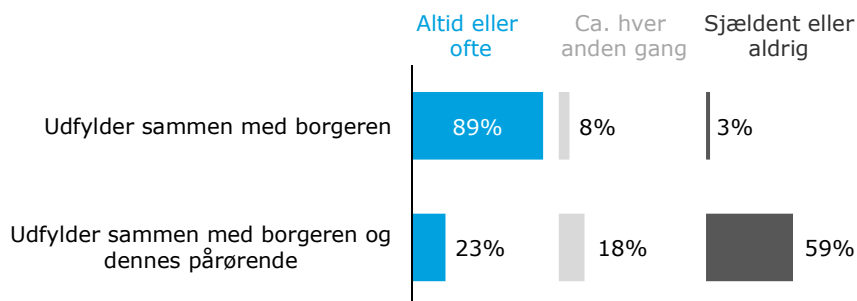
Et centralt skridt i udarbejdelsen af den forberedende del foregår i samarbejde med borgeren selv. Det er et krav, at planen<sup>3</sup> indeholder information om ønsker, erfaringer og ressourcer i forhold til job og uddannelse, personlige ressourcer, borgerens beskæftigelsesmæssige og sociale udfordringer, helbred, forsørgelseshistorik og tidligere iværksatte indsatser.

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen har 88 procent af kommunerne en fast procedure for borgers inddragelse i udarbejdelsen af den forberedende del. De fleste sagsbehandlere (89 procent) udfylder altid eller ofte skemaet til dokumentation sammen med borgeren. 23 procent af sagsbehandlerne inddrager derudover altid eller ofte borgerens pårørende i udfyldelsen af skemaet, jf. figur 6.

<sup>3</sup> STAR har udarbejdet et forberedelsesskema, som kommunerne kan benytte i forberedelsen af sager til mødet i rehabiliteringsteamet. Skemaet kan tilgås og downloades via hjemmesiden. 16 af de 17 kommuner, der har medvirket i sagsgennemgangen, bruger STARs forberedelsesskema til denne opgave – eventuelt suppleret med et sagsresume eller bemærkninger fra sagsbehandler.



Figur 4: Fordeling af, hvor ofte sagsbehandlerne udfylder forberedelsesskema sammen med borger og sammen med borgers pårørende



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt sagsbehandlere, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del. **N:** 1.067.

Måden, hvorpå den enkelte borger inddrages, varierer på tværs af kommuner og på tværs af de enkelte sagsbehandlere. Interviewene viser, at der typisk er følgende fire procedurer for, hvordan borgerinddragelsen foregår:

1. Borger indkaldes til møde, får skemaet med hjem til forberedelse, og skemaet udfyldes efterfølgende i fællesskab på et nyt møde.
2. Skemaet sendes til borger, der forbereder sig hjemmefra, og skemaet færdiggøres i fællesskab på et møde.
3. Sagsbehandler udfylder dele af skemaet uden borger, og efterfølgende udfyldes resten i fællesskab på et møde.
4. Hverken borger eller sagsbehandler forbereder udfyldelse af skemaet forud for et møde, og skemaet udfyldes i fællesskab på et møde.

Sagsbehandlerens valg af procedure afhænger af en konkret vurdering i hver enkelt sag, herunder hvor ressourcestærk borgeren er.

### Indhentning af helbredsoplysninger

Som led i udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens forberedende del skal kommunen indhente en attest fra borgerens praktiserende læge vedrørende borgerens helbred i forhold til at kunne arbejde (LÆ 265). Attesten skal bidrage til beskrivelsen af den enkelte borgers helbredsmæssige situation i forhold til at kunne arbejde.

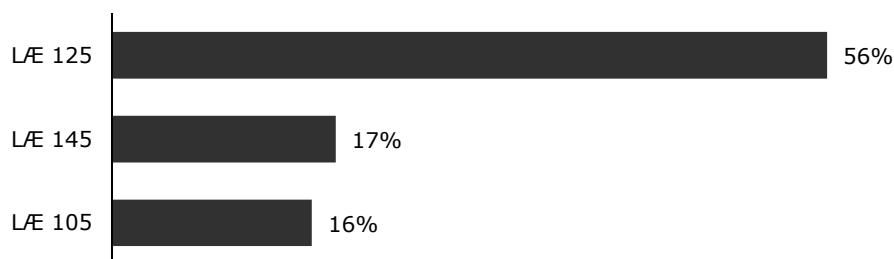
Lægens vurdering skal foretages på baggrund af en konsultation med borgeren og indeholde:

1. Oplysninger om relevante helbredsforhold, der har betydning for vurderingen af, hvordan borgeren kan hjælpes i job eller uddannelse eller bevare beskæftigelsen i sin selvstændige virksomhed.
2. Særlige hensyn, som det på grund af borgerens helbredsforhold vil være nødvendigt at tage i det videre forløb.
3. Lægens kommentarer til borgerens eget perspektiv på helbred og arbejde.
4. Andre forhold, der kan have betydning for arbejde eller uddannelse, herunder sociale forhold, misbrug mv.

Processen for indhentning af attesten fra praktiserende læge og indholdet i og kvaliteten af attesten er belyst nærmere i evalueringen af sundhedsmodellen og samarbejdet med den praktiserende læge, der indgår som en del af den samlede evaluering af reformen af førtidspension og fleksjob. Af denne evaluering fremgår det, at det i gennemsnit tager 29 dage, fra kommunen har anmodet om LÆ265 til kommunen modtager attesten.

Udover helbredsoplysningerne i LÆ 265 har kommunerne indhentet andre helbredsoplysninger i 79 procent af de gennemgåede sager. I 56 procent af sagerne er der indhentet en statusattest (LÆ 125), for eksempel fra psykiatrien eller et sygehusafsnit, hvorfra borger har modtaget behandling, og i henholdsvis 17 og 16 procent af sagerne er der indhentet en generel helbredsattest (LÆ 145) eller journaloplysninger fra sygehus (LÆ 105) til at beskrive borgerens helbredssituation, jf. nedenstående figur.

Figur 5. Andel sager, hvor der er indhentet øvrige helbredsoplysninger



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 397 sager, der er behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet.

### Indhentning af anden dokumentation

Med henblik på at oplyse sagerne fuldt ud kan den sagsbehandler, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del, indhente andre oplysninger udover de helbredsmæssige. Det kan for eksempel være statusrapport fra botilbud, opfølgning fra misbrugsbehandling eller ekstern mentor.

Det er afgørende for udarbejdelsen af den forberedende del, at sagsbehandlerne har mulighed for at indhente og anvende de relevante oplysninger eller data, der findes om borgerne i andre forvaltninger.

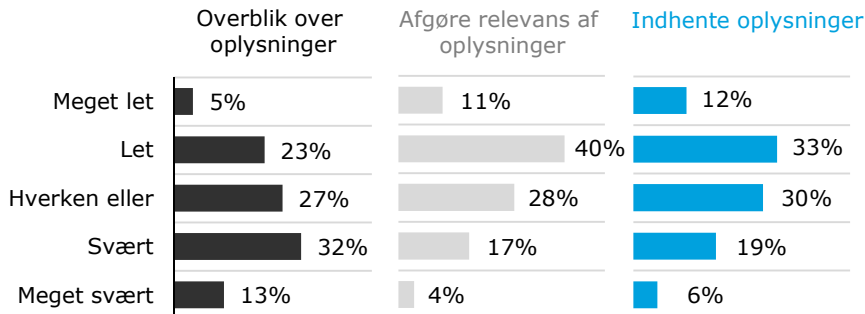
I spørgeskemaundersøgelsen er sagsbehandlerne blevet bedt om at vurdere deres egne muligheder for at indhente og anvende oplysninger fra andre forvaltninger til brug for den forberedende del. Resultatet viser, at 45 procent af sagsbehandlerne finder det svært eller meget svært at skabe et overblik over, hvilke oplysninger der findes om borgerne i kommunens øvrige forvaltninger, mens 28 procent finder det let eller meget let, jf. figur 6.

Sagsbehandlerne fra tre kommuner fremhæver, at de forskellige it-systemer på tværs af forvaltningerne gør, at det ikke er muligt at få et samlet overblik over, hvorvidt der findes en sag på en given borger i de andre forvaltninger.

Sagsbehandlerne finder det i mindre grad vanskeligt at vurdere relevansen af de oplysninger, der måtte findes om borgeren fra andre forvaltninger. I spørgeskemaundersøgelsen svarer 21 procent af sagsbehandlerne således, at det er svært eller meget svært at afgøre relevansen af disse oplysninger, mens 51 procent har let eller meget let ved at afgøre oplysningernes relevans. En af de interviewede sagsbehandlere peger i denne forbindelse på, at der ofte er et omfattende antal dokumenter på den enkelte sag, og at det kan være vanskeligt at vurdere relevansen af samtlige oplysninger.

I forhold til selve indhentningen af oplysninger finder en fjerdedel af sagsbehandlerne dette svært eller meget svært, jf. figur 6.

Figur 6. Fordeling af, hvordan sagsbehandlerne vurderer sværhedsgraden ved 1) at skabe overblik over oplysninger i andre forvaltninger, 2) afgøre relevansen af oplysningerne og 3) indhente oplysninger fra andre forvaltninger



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt sagsbehandlere, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del. **N:** 952. **Note:** Antallet af respondenter, der har svaret ved ikke, varierer mellem 18 og 33.

I forhold til indhentning af oplysninger fra andre forvaltninger fremhæver de interviewede sagsbehandlere særligt forvaltningernes forskellige it-systemer som en central barriere. Således påpeger sagsbehandlere i 5 ud af 10 kommuner, at indhentning og udveksling af oplysninger foregår ved, at borgeren som udgangspunkt selv nævner, at vedkommende har en sag i en anden forvaltning. Herefter tager sagsbehandleren – med samtykke fra borgeren – kontakt til de relevante forvaltninger. Kommunikationen mellem forvaltningerne foregår via telefon eller mail.

Når sagsbehandlerne indhenter anden dokumentation end helbredsoplysninger, sker det primært via en virksomhedskonsulent eller kommunale medarbejdere fra sundhedsområdet eller socialområdet.

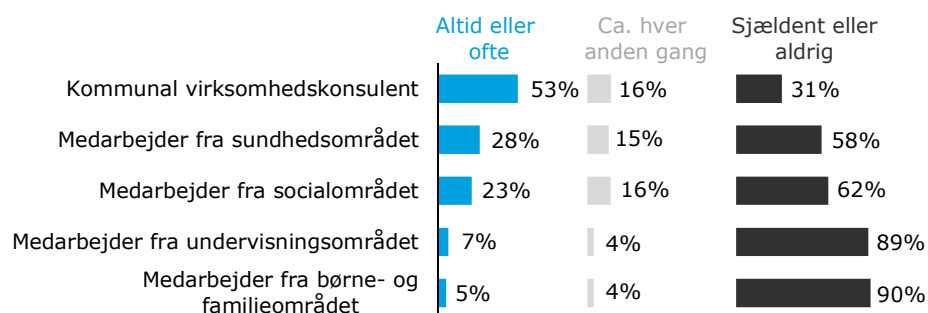
Som det fremgår af figur 7, inddrager 53 procent af sagsbehandlerne altid eller ofte en kommunal virksomhedskonsulent i udarbejdelsen af den forberedende del, mens 31 procent sjældent eller aldrig inddrager virksomhedskonsulenten.

På interviewene nævner sagsbehandlerne følgende årsager til, at de ikke inddrager virksomhedskonsulenten i udarbejdelsen af den forberedende del:

- 1) Kommunen har valgt ikke at prioritere, at virksomhedskonsulenten inddrages i denne fase.
- 2) Sagsbehandleren vurderer, at virksomhedskonsulenten ikke kan bidrage til udarbejdelsen af den forberedende del.

28 procent af sagsbehandlerne inddrager altid eller ofte en kommunal medarbejder fra sundhedsområdet, og tilsvarende inddrager 23 procent altid eller ofte en kommunal medarbejder fra socialområdet. Sagsbehandlerne inddrager i begrænset omfang medarbejdere fra undervisningsområdet og børne- og familieområdet, jf. figur 7.

Figur 7. Fordeling af, hvor hyppigt sagsbehandlerne har kontakt til andre kommunale aktører i udarbejdelsen af den forberedende del



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt sagsbehandlere, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del. **N:** 1.067. **Note:** Antallet af respondenter, der har svaret ved ikke, varierer mellem 10 og 27.

Når sagsbehandlere, der udarbejder den forberedende del, i begrænset omfang inddrager andre kommunale aktører i udarbejdelsen af den forberedende del, kan det således hænge sammen med, at en betydelig del (45 procent) har vanskeligt ved at danne sig et overblik over, hvilke oplysninger der findes.

### 3.2 Kvaliteten af rehabiliteringsplanens forberedende del

Den forberedende del udgør grundlaget for rehabiliteringsteamets beslutning om indstilling til ydelse og indsats. Det er derfor afgørende for teamets arbejde, at den forberedende del indeholder tilstrækkelige og relevante oplysninger i relation til borgerens muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

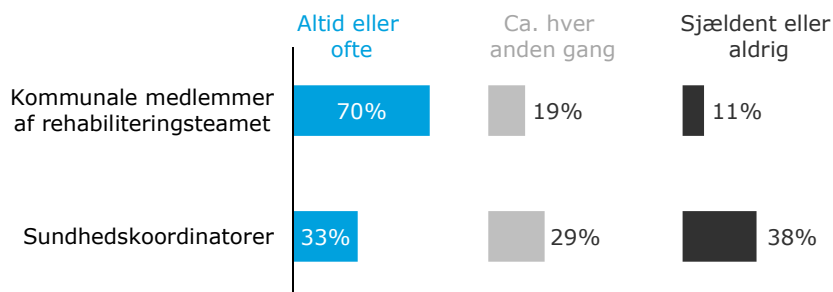
77 procent af rehabiliteringsteamets kommunale medlemmer vurderer, at den forberedende del altid eller ofte indeholder en klar beskrivelse af borgers situation i forhold til at komme i arbejde eller uddannelse.

70 procent af rehabiliteringsteamets kommunale medlemmer vurderer ydermere, at den forberedende del altid eller ofte udgør et tilstrækkeligt grundlag til, at rehabiliteringsteamet kan træffe beslutning om indstilling til en virksomhedsrettet indsats, jf. figur 8.<sup>4</sup>

Sundhedskoordinatorerne vurderer generelt kvaliteten af den forberedende del en del lavere sammenlignet med de kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet. 33 procent af sundhedskoordinatorerne angiver, at den forberedende del altid eller ofte indeholder tilstrækkelig information til at indstille til en virksomhedsrettet indsats, jf. figur 8. Der er således forskel på de kommunale rehabiliteringsteammedlemmers vurdering og sundhedskoordinatorens vurdering af kvaliteten af den forberedende del.

<sup>4</sup> Det er undersøgt, hvorvidt der er en sammenhæng mellem sagsbehandlerens inddragelse af kommunale medarbejdere fra social- og sundhedsområdet i udarbejdelsen af den forberedende del og tilfredsheden med den forberedende del i forhold til at indstille til en virksomhedsrettet indsats blandt de kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet. Der kan ikke konstateres en sammenhæng på det tilgængelige datagrundlag.

Figur 8. Rehabiliteringsteamets vurdering af den forberedende del i forhold til at kunne indstille til en virksomhedsrettet indsats fordelt på kommunale medlemmer og sundhedskoordinatorer



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet og regionernes sundhedskoordinatorer. **N:** kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet: 703, sundhedskoordinatorer: 92.

På baggrund af de indsamlede data kan der identificeres tre mulige forklaring på, at sundhedskoordinatorerne generelt er mindre positive i deres vurdering af den forberedende del sammenlignet med de kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet.

For det første fremhæver otte sundhedskoordinatorer uopfordret i spørgeskemaundersøgelsens fritekstfelt, at den forberedende del ofte mangler en præcist faglig konklusion, hvor sagsbehandleren forholder sig til, hvad der har været forsøgt afprøvet i tidligere indsatser, som borgeren har deltaget i, og hvilke resultater der er opnået i forbindelse hermed i forhold til borgers funktionsniveau og arbejdsevne. For det andet påpeger tre sundhedskoordinatorer, at der typisk mangler oplysninger såsom en funktionsevnebeskrivelse i den forberedende del.

Endeligt fremhæver to interviewede repræsentanter fra klinisk funktion, at rehabiliteringsplanens forberedende del ofte er for lang og indeholder bilag, der i mindre grad er relevante for sagen. Denne vurdering understøttes af 13 sundhedskoordinatorer i spørgeskemaundersøgelsens fritekstfelt. Disse sundhedskoordinatorer efterspørger, at sagsbehandlerne i højere grad prioriterer dokumenterne i rehabiliteringsplanens forberedende del og via resume skaber overblik over sagen. Sundhedskoordinatorernes vurdering understøttes af sagsgennemgangen, der viser, at rehabiliteringsplanens forberedende del, inklusive bilag, i gennemsnit er 59 sider, og at den forberedende del er under 40 sider i 23 procent af sagerne, og over 70 sider i 24 procent af sagerne.

### 3.3 Delkonklusion

Analysen af sagens forberedelse har vist følgende:

- Der går i gennemsnit lidt mere end 2,5 måneder fra, at borgeren underskriver samtykkeerklæringen i forberedelseskemaet, til sagen bliver behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet. Der er høj grad af variation på tværs af kommunerne, hvad angår den gennemsnitlige sagsbehandlingstid fra underskrivning til behandling på mødet – fra 36 til 147 dage. Derudover viser analysen, at sagsbehandlingstiden i gennemsnit er kortere i sager, hvor borgeren kommer fra sygedagpenge (57 dage) sammenlignet med sager, hvor borgeren kommer fra kontanthjælp (89 dage). Tidspunktet for, hvornår beslutningen om, at en sag skal foreligges rehabiliteringsteamet, registreres ikke entydigt på tværs af kommunerne, og en

del af den forberedende sagsbehandling kan foregå forud for borgerens underskrift af samtykkeerklæringen. Det er ikke muligt at belyse omfanget af disse forskelle mellem kommunerne på det foreliggende datagrundlag.

- Rehabiliteringsplanens forberedende del udgør generelt et godt grundlag for behandlingen af sagerne på mødet i rehabiliteringsteamet. 77 procent af rehabiliteringsteamets kommunale medlemmer vurderer, at den forberedende del altid eller ofte indeholder en klar beskrivelse af borgers situation i forhold til at komme i arbejde eller uddannelse.
- 70 procent af de kommunale medlemmer af teamet vurderer, at den forberedende del altid eller ofte indeholder nødvendig information til, at teamet kan indstille borgeren til en virksomhedsrettet indsats. Kun 11 procent vurderer, at dette sjældent eller aldrig er tilfældet. Det samlede billede er dermed, at den forberedende del generelt udgør et tilstrækkeligt grundlag for, at rehabiliteringsteamet kan udarbejde en velbegrunnet indstilling til ydelse og virksomhedsrettet indsats i ressourceforløb.
- Sundhedskoordinatorerne er mindre positive overfor kvaliteten af den forberedende del end de kommunale medlemmer af teamet. Kun 33 procent af sundhedskoordinatorerne vurderer således, at den forberedende del altid eller ofte indeholder den nødvendige information til, at teamet kan indstille borgeren til en virksomhedsrettet indsats.
- Der kan identificeres følgende tre mulige forklaring på, at sundhedskoordinatorerne generelt er mindre positive i deres vurdering af den forberedende del sammenlignet med de kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet:
  - At den forberedende del ofte mangler en præcis faglig konklusion.
  - At der mangler oplysninger såsom en funktionsevnebeskrivelse i den forberedende del.
  - At rehabiliteringsplanens forberedende del ofte er for lang og indeholder bilag, der i mindre grad er relevante for sagen.
- Datadeling på tværs af forvaltningerne i kommunen udgør en udfordring for forberedelsen af sagen. De sagsbehandlere, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del, har vanskeligt ved at danne sig et overblik over, hvilke oplysninger der findes om borgerne i kommunens øvrige forvaltninger. 45 procent af de medvirkende sagsbehandlere i spørgeskemaundersøgelsen finder det svært eller meget svært at skabe dette overblik, mens 28 procent finder det let eller meget let. Sagsbehandlere i 3 kommuner fremhæver, at de forskellige it-systemer på tværs af forvaltningerne vanskeliggør et samlet overblik over, hvorvidt der findes en sag på en given borger i de andre forvaltninger.
- 53 procent af sagsbehandlere inddrager altid eller ofte en kommunal virksomhedskonsulent i udarbejdelsen af den forberedende del, mens 31 procent sjældent eller aldrig inddrager virksomhedskonsulenten.
- I spørgeskemaundersøgelsens fritekstfelt nævner to sagsbehandlere to årsager til, at de ikke inddrager virksomhedskonsulenten i udarbejdelsen af den forberedende del: 1) Kommunen har valgt ikke at prioritere, at virksomhedskonsulenten inddrages i denne fase. 2) Sagsbehandleren vurderer, at virksomhedskonsulenten ikke kan bidrage til udarbejdelsen af den forberedende del.

## 4 Rehabiliteringsteams sammensætning

Kommunerne har generelt etableret rehabiliteringsteam med de tværfaglige kompetencer, som var intentionen bag reformen. Der er dog fortsat potentiale for yderligere deltagelse af virksomhedskonsulenter og medarbejdere fra børne- og familieområdet.

Formålet med rehabiliteringsteamet er ifølge lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen at sikre tværfaglig koordination og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger, der fokuserer på borgernes mulighed for at komme i beskæftigelse eller uddannelse.

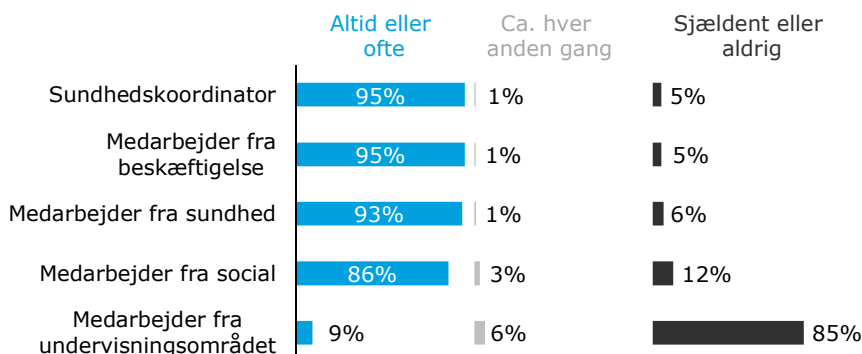
Rehabiliteringsteamet skal have en tværfaglig sammensætning med repræsentanter fra beskæftigelses-, sundheds-, social- og undervisningsområdet såvel som en repræsentant fra regionen ved en sundhedskoordinator. Medarbejdere fra undervisningsområdet skal kun deltage i sager, hvor borgerne er under 30 år og uden erhvervskompetencegivende uddannelse samt efter behov. Andre relevante fagpersoner kan inddrages efter behov.

### 4.1 Rehabiliteringsteams obligatoriske medlemmer

95 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at sundhedskoordinatoren og medarbejderen fra beskæftigelsesområdet altid eller ofte deltager på mødet, og 93 procent angiver, at det samme gør sig gældende for medarbejderne fra det kommunale sundhedsområde, jf. figur 9. Medarbejdere fra socialområdet er ligeledes som hovedregel til stede på møderne i rehabiliteringsteamet (86 procent).

Kommunerne skal, som nævnt, kun inddrage medarbejdere fra undervisningsområdet i sager, hvor borgeren er under 30 år og ikke har en erhvervskompetencegivende uddannelse. Ifølge evalueringens sagsgennemgang er borgerne under 30 år i 23 procent af de sager, der kommer på mødet i rehabiliteringsteamet. Der er derfor forventeligt en relativt lav repræsentation fra undervisningsområdet, jf. figur 9. 9 procent af rehabiliteringsteams medlemmer svarer således, at medarbejdere fra undervisningsområdet altid eller ofte deltager på mødet i rehabiliteringsteamet.

Figur 9. Fordeling af, hvor hyppigt sundhedskoordinatoren og medarbejdere fra beskæftigelses-, sundheds- og socialområdet deltager på mødet i rehabiliteringsteamet



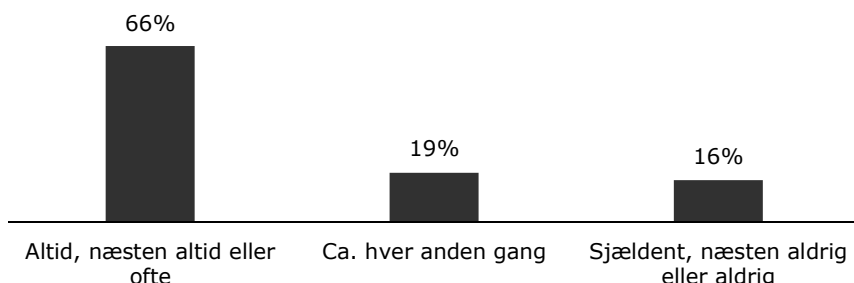
**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet. **N:** 421 (beskæftigelse), 565 (social), 598 (sundhed), 703 (sundhedskoordinator). **Note:** Antallet af respondenter, der har svaret *ved ikke*, varierer mellem 12 og 23.

Ifølge to interviewede mødeledere består medarbejderen fra beskæftigelsesområdet rolle i at benytte dennes viden indenfor beskæftigelsesområdet til at træffe en beslutning om indstilling til borgerens ydelse på baggrund af de faglige betragtninger, som rehabiliteringsteamets øvrige medlemmer bidrager med.

Medarbejderne fra social- og sundhedsområdet bidrager primært med at oplyse resten af rehabiliteringsteamet om, hvilke social- og sundhedsfaglige udfordringer og muligheder de ser i borgerens sag i forhold til at få borgeren i beskæftigelse og uddannelse.

To tredjedele af medlemmerne af rehabiliteringsteamet i spørgeskemaundersøgelsen svarer, at sundhedskoordinatorens deltagelse på møderne i rehabiliteringsteamet er medvirkende til, at rehabiliteringsteamet kan indstille borgeren til en virksomhedsrettet indsats, jf. figur 10.

Figur 10. Fordeling af, hvor ofte sundhedskoordinatorens deltagelse på møderne i rehabiliteringsteamet er medvirkende til, at rehabiliteringsteamet kan indstille borgeren til en virksomhedsrettet indsats



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet. **N:** 703. **Note:** Antallet af respondenter, der har svaret *ved ikke*, er 61.

Mødeledere i 6 ud af 12 interviewede kommuner giver samtidig udtryk for, at sundhedskoordinatorerne varetager en aktiv rolle på mødet i rehabiliteringsteamet i forhold til at oplyse og afklare de helbredsmæssige aspekter af borgerens sag. Ydermere udtaler fire af de interviewede mødeledere, at



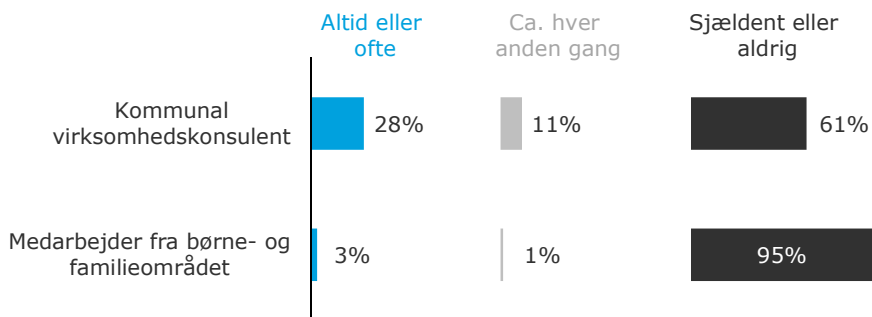
sundhedskoordinatorer bidrager til at italesætte borgerens funktionsniveau og mulighed for at arbejde i situationer, hvor borgeren selv har vanskeligt ved at se muligheden for at komme i beskæftigelse.

#### 4.2 Øvrige medlemmer af rehabiliteringsteamet

Kommunale virksomhedskonsulenter og medarbejdere fra børne- og familierådet deltager i mindre grad på mødet i rehabiliteringsteamet sammenlignet med rehabiliteringsteamets obligatoriske medlemmer.

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen blandt rehabiliteringsteamets medlemmer svarer henholdsvis 28 og 3 procent, at virksomhedskonsulent og medarbejderen fra børne- og familieområdet altid eller ofte deltager på mødet i rehabiliteringsteamet, jf. figur 11.

Figur 11. Medlemmerne af rehabiliteringsteamets vurdering af, hvor hyppigt virksomhedskonsulent og medarbejdere fra børne- og familieområdet deltager på mødet i rehabiliteringsteamet



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet. **N:** 680 (virksomhedskonsulent), 677 (undervisning), 698 (børne- og familieområdet). **Note:** Antallet af respondenter, der har svaret ved ikke, varierer mellem 19 og 59.

Når medarbejdere fra børne- og familieområdet deltager på møderne, vedrører det som hovedregel sager, hvor der er en aktiv børnesag. I sags gennemgangen er der identificeret aktive børnesager i 6 procent af de gennemgåede forberedende dele til rehabiliteringsplanen.

Af interviewene fremgår det, at sagsbehandleren, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del, ofte ikke selv kan se, om der findes en sag på et eller flere af borgerens børn. Sagsbehandleren skal således enten spørge borgeren selv eller kontante børn- og familieafdelingen for at få oplyst, hvorvidt der er en sag. Den begrænsede inddragelse af repræsentanter fra børne- og familieområdet på mødet i rehabiliteringsteamet kan således skyldes udfordringer med deling af data mellem forvaltningerne. Dette understøttes af resultaterne i afsnit 3.1, der viser, at 45 procent af sagsbehandlerne finder det svært eller meget svært at skabe et overblik over, hvilke oplysninger der findes om borgerne i kommunens øvrige forvaltninger.

Det fremhæves desuden, at sagsbehandlerne ofte oplever, at børne- og familieafdelingen ikke i tilstrækkelig grad prioriterer deltagelse i mødet i rehabiliteringsteamet.

6 ud af 12 interviewede mødeledere og en repræsentant fra klinisk funktion efterlyser eksplicit, at børne- og familieafdelingen oftere er til stede på mødet i rehabiliteringsteamet. Ifølge mødelederne kan repræsentanten fra børne- og familieområdet på mødet i rehabiliteringsteamet bidrage med:

- Viden om, hvordan familierettede indsatser, for eksempel familiepædagoger, kan kombineres med virksomhedspraktik.
- Identificering af forhold i hjemmet, der har betydning for borgerens mulighed for at deltage i en virksomhedsrettet indsats.

I relation til virksomhedskonsulentens rolle på mødet i rehabiliteringsteamet fremhæver en mødeleder og to repræsentanter fra klinisk funktion følgende tre fordele ved virksomhedskonsulentens deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet:

1. Virksomhedskonsulenten leverer relevant viden om det lokale arbejdsmarked.
2. Virksomhedskonsulenten kan bidrage med konkrete bud på, hvilke praktiksteder der er særlig relevante i den pågældende borgers sag.
3. Virksomhedskonsulenten bidrager med viden om, hvilke støtte- og hjælpemidler der kan indgå i borgerens virksomhedspraktik.

I forlængelse af ovenstående tre punkter efterspørger 20 medlemmer af rehabiliteringsteamet uopfordret i spørgeskemaundersøgelsens kommentarfelt, at virksomhedskonsulenten enten bliver gjort til permanent medlem af rehabiliteringsteamet eller medvirker oftere på mødet i rehabiliteringsteamet. Ønsket om, at virksomhedskonsulenten i højere grad deltager på møderne er den hyppigst forekommende kommentar i spørgeskemaundersøgelsens kommentarfelt.

Der eksisterer således en væsentlig efterspørgsel efter virksomhedskonsulentens kompetencer blandt rehabiliteringsteamets medlemmer.

#### **4.3 Sagsbehandlerens deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet**

Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at 95 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet vurderer, at sagsbehandleren, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del, altid eller ofte deltager på mødet i rehabiliteringsteamet.

I interviewene beskriver to af de sagsbehandlere, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del, at deres rolle på mødet i rehabiliteringsteamet primært er at fremlægge borgerens sag og svare på afklarende spørgsmål fra rehabiliteringsteamets øvrige medlemmer.

To af de interviewede mødeledere fremhæver, at den koordinerende sagsbehandler indkaldes til de møder i rehabiliteringsteamet, hvor mødelederen på forhånd vurderer, at indstilling til ressourceforløb eller en forlængelse af det igangværende ressourceforløb er muligt udfald.

Formålet med at have den koordinerende sagsbehandler med på mødet i rehabiliteringsteamet er ifølge de to mødeledere, at:

- Borgeren allerede på mødet kan møde sin koordinerende sagsbehandler og efter mødet få forklaret, hvordan det videre forløb kommer til at foregå.
- Sagsbehandleren allerede på mødet får indsigt i borgerens sag, og hvilke forhold der ligger til grund for indstillingen.

#### 4.4 Delkonklusion

Analysen af rehabiliteringsteamets sammensætning har vist:

- Kommunerne har generelt etableret rehabiliteringsteam med de obligatoriske medlemmer, der forudsættes i reformen. Sundhedskoordinatorer og medarbejdere fra beskæftigelsesområdet deltager ifølge 95 procent af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen blandt medlemmerne af rehabiliteringsteamet altid eller ofte på mødet i rehabiliteringsteamet. Medarbejdere fra social- og sundhedsområdet deltager altid eller ofte på mødet i rehabiliteringsteamet ifølge henholdsvis 93 og 86 procent af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen.
- Der er potentiale for øget inddragelse af virksomhedskonsulenterne på møderne i rehabiliteringsteamet. Den kommunale virksomhedskonsulent deltager ifølge 28 procent af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen blandt medlemmerne af rehabiliteringsteamet altid eller ofte på mødet i rehabiliteringsteamet, mens 61 procent svarer, at virksomhedskonsulenten aldrig eller sjældent deltager på mødet i rehabiliteringsteamet. Det fremgår af analysen, at virksomhedskonsulenterne kan bidrage med konkrete bud på potentielle praktiksteder for borgeren og oplyse om, hvilke støtte- og hjælpemidler der kan indgå i en praktik, når de deltager på mødet i rehabiliteringsteamet. I interview og spørgeskemaundersøgelsen efterspørger respondenterne mere systematisk deltagelse af virksomhedskonsulenterne i rehabiliteringsteamet.
- Medarbejdere fra børne- og familieområdet er den faggruppe, der sjældnest er repræsenteret på mødet i rehabiliteringsteamet. 95 procent svarer i spørgeskemaundersøgelsen blandt medlemmerne af rehabiliteringsteamet, at medarbejdere fra børne- og familieområdet sjældent eller aldrig deltager på mødet i rehabiliteringsteamet. I 6 af de 12 interviewede kommuner og en klinisk funktion efterspørger øget deltagelse fra børne- og familieområdet.
- Af interviewene fremgår det, at sagsbehandleren, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del, ofte ikke selv kan se, om der findes en børnesag på borgerens sag. Den begrænsede inddragelse af repræsentanter fra børne- og familieområdet på mødet i rehabiliteringsteamet kan således skyldes udfordringer med deling af data mellem forvaltningerne. Det fremhæves desuden, at sagsbehandlerne ofte oplever, at børne- og familieafdelingen ikke i tilstrækkelig grad prioriterer deltagelse i mødet i rehabiliteringsteamet.

## 5 Mødet i rehabiliteringsteamet

80 procent af rehabiliteringsteamets indstillinger til ressourceforløb indeholder en indstilling til virksomhedsrettet indsats. I over halvdelen af de sager, hvor der indstilles til en virksomhedsrettet indsats, beskriver rehabiliteringsteamet ét eller flere konkrete tværfaglige hensyn.

Et centralt formål med afholdelsen af mødet i rehabiliteringsteamet er, at den borger, der indstilles til ressourceforløb, også indstilles til en individuelt tilrettelagt tværfaglig indsats. Det er i den forbindelse vigtigt, at medlemmerne af rehabiliteringsteamet ikke alene fastlægger indsatsen for borgeren. Borgeren skal føle et reelt ejerskab af indsatsen, og der skal lyttes til borgerens behov.

### 5.1 Mødet i rehabiliteringsteamet

Med få variationer følger afviklingen af mødet i rehabiliteringsteamet den samme model i alle 12 interviewede kommuner. Selve mødet i rehabiliteringsteamet indledes ved, at borgeren ankommer med sin sagsbehandler, hvorefter rehabiliteringsteamets mødeleder byder velkommen.

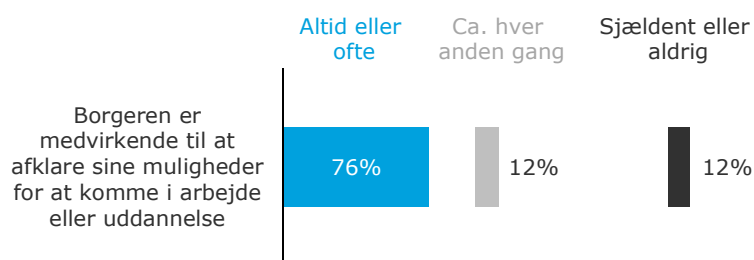
Efter en kort præsentationsrunde forklares formålet med mødet, og rehabiliteringsteamets medlemmer stiller dernæst på skift spørgsmål til borgeren for at identificere, hvilken ydelse og hvilke indsatser borgeren skal indstilles til. Den sidste del af mødet i rehabiliteringsteamet er afsat til at beslutte og kommunikere indstillingen til borgeren.

#### **Borgerens inddragelse på mødet i rehabiliteringsteamet**

86 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet svarer i spørgeskemaundersøgelsen, at kommunen har en fast procedure for inddragelse af borgeren på mødet i rehabiliteringsteamet.

Samtidig peger tre ud af fire medlemmer af rehabiliteringsteamet på, at borgeren altid eller ofte er medvirkende til at afklare mulighederne for at komme i arbejde eller uddannelse på selve mødet, jf. figur 12.

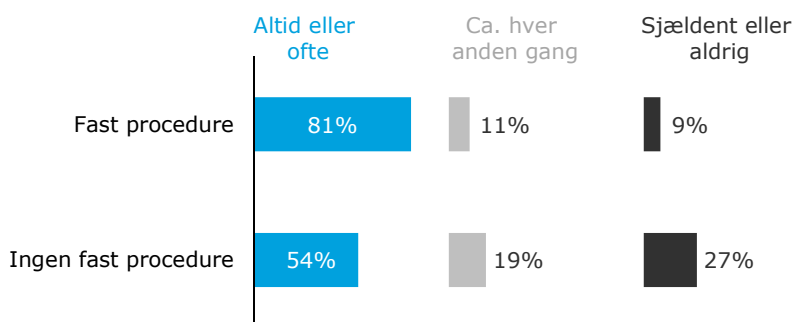
Figur 12. Fordeling af, hvor ofte borgeren er medvirkende til at afklare sine muligheder for at komme i arbejde eller uddannelse



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet. **N:** 703. **Note:** Antallet af respondenter, der har svaret *ved ikke*, er 29.

En fast procedure for borgerinddragelse kan være med til at fremme borgers aktive deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet og medvirke til, at borgers muligheder for at komme i beskæftigelse eller uddannelse afklares. 81 procent af de medlemmer af rehabiliteringsteamet, der tilkendegiver, at kommunen har en fast procedure for borgerinddragelse, svarer, at borgeren altid eller ofte bidrager til at afklare egne muligheder for at komme i job eller uddannelse. Blandt de respondenter, der svarer, at kommunen ikke har en fast procedure for borgerinddragelse, svarer 54 procent, at borgeren altid eller ofte er medvirkende til at afklare egne muligheder for at komme i arbejde eller uddannelse, jf. figur 13.

Figur 13. Fordeling af, hvor ofte borgerens deltagelse på møderne i rehabiliteringsteamet er medvirkende til at afklare borgerens muligheder for at komme i arbejde eller uddannelse



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet. **N:** 522 (fast procedure), 84 (ingen fast procedure). **Note:** Antallet af respondenter, der har svaret *ved ikke*, varierer mellem 0 og 16.

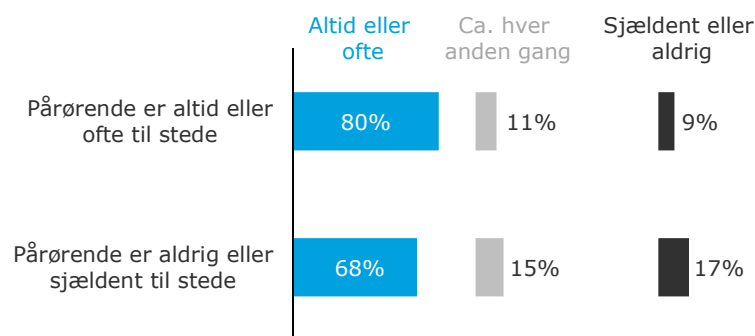
### Bisidders og pårørendes deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet

41 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at borgers pårørende, for eksempel familiemedlemmer, venner og bekendte, altid eller ofte er til stede på mødet i rehabiliteringsteamet, mens borgeren altid eller ofte medbringer en bisidder ifølge 30 procent af respondenterne. Bisiddere er oftest advokater, repræsentanter fra faglige organisationer eller i sjældne tilfælde private socialrådgivere eller praktiserende læger.

Nedenstående figur viser, at de medlemmer af rehabiliteringsteamet, der svarer, at borgers pårørende altid eller ofte er til stede på mødet i rehabiliteringsteamet, i lidt højere grad (80 procent) vurderer, at borgers delta-

gelse på mødet i rehabiliteringsteamet er medvirkende til at afklare borgerens muligheder for at komme i arbejde eller uddannelse, sammenlignet med de medlemmer af rehabiliteringsteamet, der svarer, at borgerens pårørende aldrig eller sjældent er til stede på mødet i rehabiliteringsteamet (68 procent).

Figur 14. Fordeling af, hvor hyppigt pårørendes deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet medfører, at borgeren bidrager til at afklare borgerens muligheder for at komme i arbejde eller uddannelse



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet. **N:** 271 (pårørende er altid eller ofte til stede), 137 (pårørende er aldrig eller sjældent til stede). **Note:** Antallet af respondenter, der har svaret *ved ikke*, varierer mellem 7 og 11.

## 5.2 Indholdet i rehabiliteringsteamets indstilling

I alle 17 kommuner, der indgår i sagsgennemgangen, benyttes STARs indstillingsskabelon, når indstillingen udarbejdes. Indstillingsskabelonen er et dokument, der kort giver rehabiliteringsteamet mulighed for at beskrive borgerens sagshistorik og de forhold, der ligger til grund for borgerens indstillede ydelse og indsatser.

Det er mødelederens ansvar at udarbejde indstillingen i fire af de interviewede kommuner. I to kommuner udarbejdes indstillingen af en referent, der er til stede på mødet i rehabiliteringsteamet.

I fire af de 12 interviewede kommuner bliver den skriftlige indstilling formuleret på mødet i rehabiliteringsteamet. I disse tilfælde skrives der referat i løbet af mødet i rehabiliteringsteamet, hvilket danner udgangspunkt for indholdet i indstillingen.

Blandt de resterende kommuner beskriver fem interviewede mødeledere, at de udarbejder indstillingen efter mødet i rehabiliteringsteamet. I tre af disse kommuner har mødelederen en uge til at formulere indstillingen, mens en mødeleder fortæller, at indstillingen bliver skrevet i umiddelbar forlængelse af mødet i rehabiliteringsteamet eller den efterfølgende dag.

Der er fire overordnede formål med udarbejdelsen af borgerens indstilling:

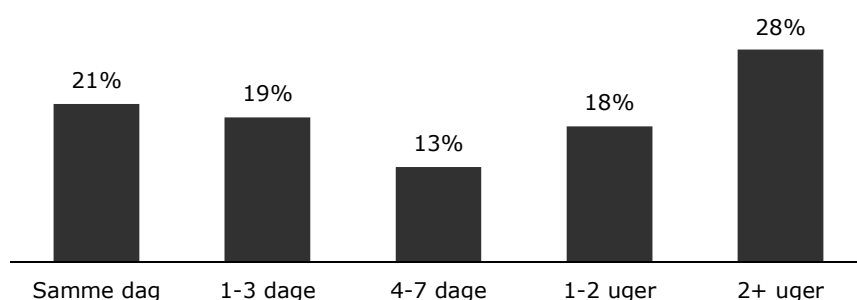
1. Indstilling til ydelse.
2. Identificering af mål og delmål i relation til job og uddannelse for borgere, der indstilles til ressourceforløb.
3. Indstilling til indsatser for borgere, der indstilles til ressourceforløb.
4. Beskrivelse af eventuel hensyntagen til borgerens udfordringer i forbindelse med indstilling til virksomhedsrettede indsatser i sager, hvor borgeren indstilles til ressourceforløb.

### Indstilling til ydelse

Beslutningen om, hvilken ydelse borgeren indstilles til, er en vigtig del af rehabiliteringsteamets arbejde. I samtlige sager, der er blevet gennemgået, kan det konstateres, at borgeren er blevet tilkendt den ydelse, som rehabiliteringsteamet indstillede til.

Sagsgennemgangen viser, at der gennemsnit går 12 dage fra indstillingen er afsendt til borgeren, til borgeren modtager afgørelsen om ydelse. Nedenstående figur viser, at der i lidt under en tredjedel af de gennemgåede sager går over to uger fra indstillingen afsendes, til borgeren tilkendes sin ydelse.

Figur 15. Fordeling af varighed fra borgerens indstilling afsendes, til borgeren modtager afgørelse om ydelse



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 165 sager, der er behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet. **Note:** Der foreligger ikke data for 232 sager.

Varigheden fra borgerens indstilling afsendes, til borgeren modtager afgørelse om ydelse i sager, der indstilles til førtidspension, er generelt højere sammenlignet med sager, hvor borgeren indstilles til fleksjob eller ressourceforløb.

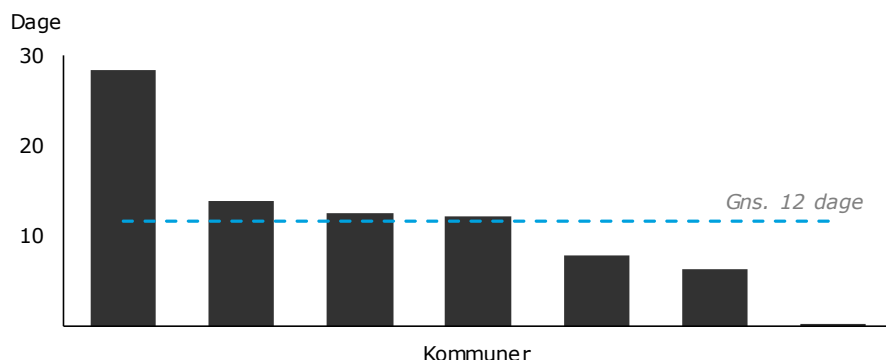
I sager, der indstilles til førtidspension, går der i gennemsnit 24 dage, fra indstillingen afsendes, til afgørelsen om ydelse modtages. Samme periode er henholdsvis seks og ni dage i sager, der indstilles til fleksjob og ressourceforløb.

En interviewet sagsbehandler nævner, at det er medvirkende til at forlænge varigheden fra indstillingen afsendes til afgørelsen træffes, når sager, hvor borgeren indstilles til førtidspension, først skal behandles i kommunens pensionsnævn. Herudover fremhæver en anden sagsbehandler, at partshøring af borgeren ligeledes kan være medvirkende til at forlænge varigheden.

På tværs af kommunerne kan der identificeres en stor forskel, hvad angår den gennemsnitlige varighed mellem, at indstillingen afsendes, til at borgeren modtager afgørelsen om ydelse jf. figur 16. I en kommune går der i

gennemsnit 28 dage, mens samtlige borger i en anden kommune modtager indstillingen og afgørelsen samme dag.

Figur 16: Fordeling af varighed fra borgerens indstilling afsendes til borgeren modtager afgørelse om ydelse fordelt på kommuner.

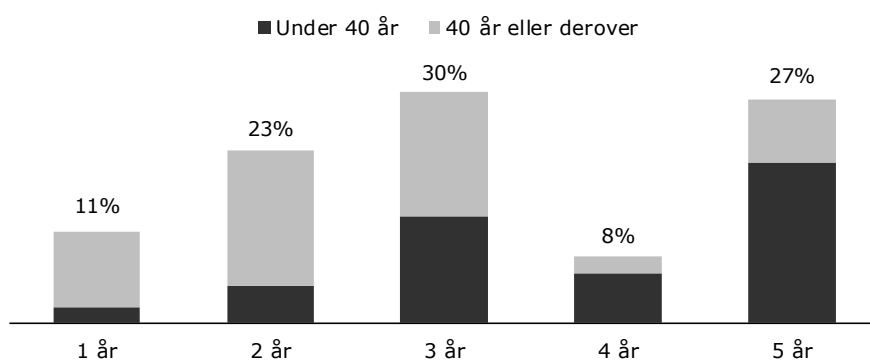


**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 159 sager, der er behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet. **Note:** Der foreligger ikke data for 238 sager.

De to kommuner, hvor varigheden fra borgerens indstilling afsendes til borgeren modtager afgørelse om ydelse, er lavest, er alle små kommuner, der ligger relativt langt fra landets større byer.

Sagsgennemgangen viser, at kommunerne oftest indstilles til treårige ressourceforløb (30 procent). 35 procent af de gennemgåede ressourceforløb indstilles til forløb på fire eller fem år, mens 34 procent indstilles til forløb på et eller to år, jf. figur 17.

Figur 17: Fordeling af længden af indstillede ressourceforløb og borgernes alder.



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 190 ressourceforløbssager. **Note:** Der foreligger ikke data for 49 sager.

Sagsgennemgangen viser ydermere, at borgere under 40 i højere grad indstilles til ressourceforløb af fire eller fem års varighed. 57 procent af de indstillede ressourceforløb for borgere under 40 år har en varighed på fire eller fem år, mens borgere over 40 år indstilles til fire- eller femårige ressourceforløb i 19 procent af sagerne.

### Job- og uddannelsesmål i indstillingen til ressourceforløb

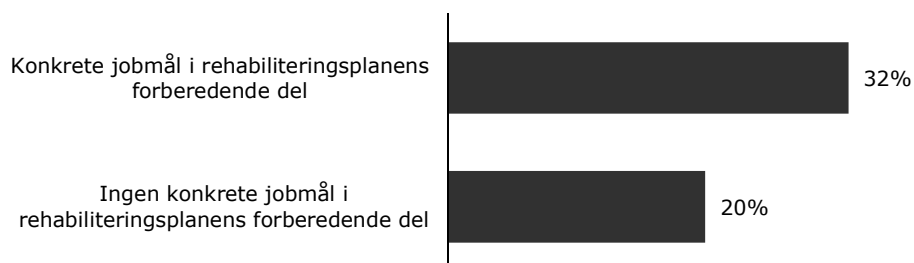
Af sagsgennemgangen fremgår det, at indstillingerne indeholder konkrete slutmål for job eller uddannelse i 25 procent af sagerne, mens der er delmål i 18 procent af indstillingerne. Et konkret jobmål kan for eksempel være, at



borgeren skal opnå beskæftigelse indenfor en specifik branche til et bestemt timeantal om ugen. Konkrete uddannelsesmål omfatter for eksempel specifikke uddannelsesinstitutioner eller -retninger, som borgeren ønsker at uddanne sig indenfor.

Sagsgennemgangen viser, jf. figur 18, at når der angives jobønsker i rehabiliteringsplanens forberedende del, medvirker det til at øge sandsynligheden for, at der også indgår mål i indstillingen. I 32 procent af de gennemgåede sager, hvor rehabiliteringsplanens forberedende del indeholder konkrete jobønsker, er der ligeledes beskrevet konkrete slutmål i indstillingen. I de sager, hvor rehabiliteringsplanens forberedende del ikke indeholder konkrete jobønsker, indeholder 20 procent af indstillingerne konkrete slutmål for job eller uddannelse.

Figur 18. Fordeling af indstillinger, der indeholder angivelse af konkrete slutmål for job og uddannelse



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 239 ressourceforløbssager.

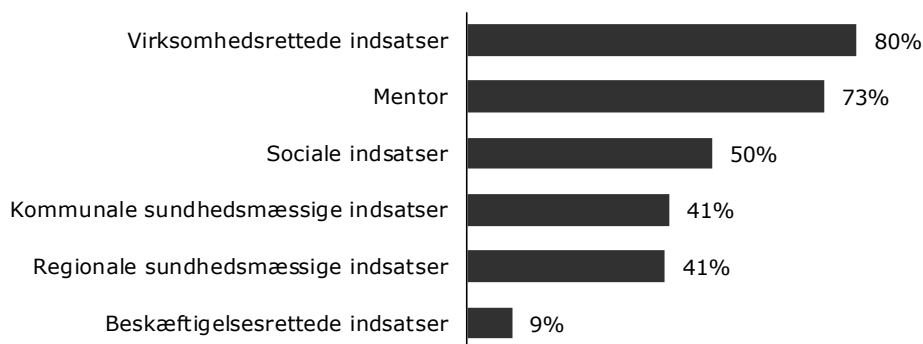
Fem interviewede mødeledere beskriver, at det er udfordrende at formulere konkrete mål og delmål i indstillingen. De fremhæver særligt den afsatte tid på mødet i rehabiliteringsteamet, manglende interaktion fra borgerens side på mødet, og at det er vanskeligt at formulere konkrete mål for borgere med psykiske problemer.

### Indstilling til indsatser i ressourceforløb

Rehabiliteringsteamet indstiller til mindst én indsats i samtlige af de gennemgåede ressourceforløbssager. I 91 procent af sagerne indstilles borgeren til mere end én indsats.

De indsatser, der oftest indstilles til, er virksomhedsrettede indsatser (80 procent) og mentorforløb (73 procent). Der indstilles til sociale indsatser i 50 procent af sagerne og enten kommunale eller regionale sundhedsmæssige indsatser i 41 procent, jf. figur 19.

Figur 19. Fordeling af indstillede indsattyper i indstillingen



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 239 ressourceforløbssager. **Note:** Regionale sundhedsindsatser tilkendes via en henvisning fra borgerens praktiserende læge.

Af sagsgennemgangen fremgår det ydermere, at indstillingerne sjældent indeholder en konkret beskrivelse af de virksomhedsrettede indsatser. 93 procent af de sager, hvor der indstilles til en virksomhedsrettet indsats, indeholder således ikke beskrivelse af branche, arbejdsfunktion eller virksomhedstype i den virksomhedsrettede indsats. I de resterende 7 procent af indstillingerne er der indstillet til en specifik arbejdsplads eller branche.<sup>5</sup>

For 87 procent af de sociale indsatser og alle de sundhedsmæssige indsatser i indstillingerne er indsatsens type eller den myndighed, der skal varetage indsatsen, beskrevet. De mest typiske sociale indsatser, der indstilles til, er bostøtte, hjemmevejleder og støttekontaktperson.

I 6 ud af 10 sager, hvor der indstilles til en social indsats, har borgeren ikke modtaget en social indsats før mødet i rehabiliteringsteamet, mens der i den resterende del kan være tale om forlængelse af allerede bevilgede sociale indsatser.

Blandt de kommunale sundhedsmæssige indsatser indstilles der oftest til fysioterapi og fysiske træningstilbud.

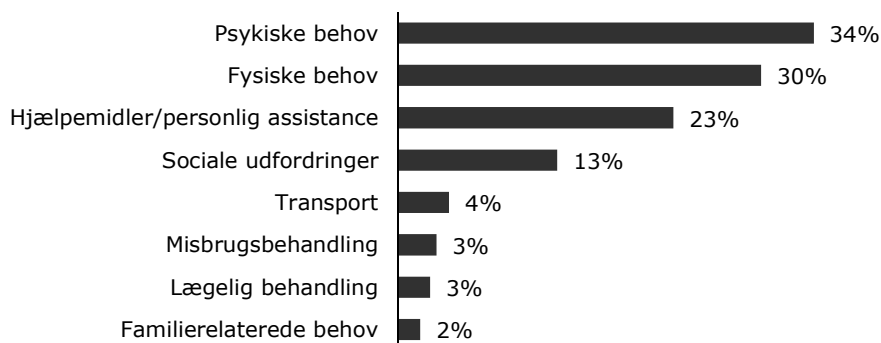
### Hensyntagen til borgerens udfordringer i den virksomhedsrettede indsats

Sagsgennemgang viser, at i 58 procent af ressourceforløbssagerne, hvor der indstilles til en virksomhedsrettet indsats, beskriver rehabiliteringsteamet ét eller flere hensyn til borgerens udfordringer, der skal tages, når den virksomhedsrettede indsats tilrettelægges.

I henholdsvis 30 og 34 procent af de ressourceforløbssager, hvor der indstilles til en virksomhedsrettet indsats, er der i indstillingen beskrevet fysiske og psykiske hensyn, der skal tages i forbindelse med tilrettelæggelsen af borgerens virksomhedspraktik, jf. figur 20.

<sup>5</sup> Det er undersøgt, hvorvidt de indstillede virksomhedsrettede indsatser i højere grad indeholder beskrivelse af branche, arbejdsfunktion eller virksomhedstype i kommuner, hvor virksomhedskonsulenten oftere deltager i mødet i rehabiliteringsteamet. Der kan ikke identificeres en sådan sammenhæng på det foreliggende datagrundlag. Det skal dog bemærkes, at antallet af sager, hvor de indstillede virksomhedsrettede indsatser indeholder specifikke beskrivelser er begrænset, hvorfor ovenstående resultater skal betragtes med en vis forsigtighed.

Figur 20. Fordeling af typer af hensyn i indstillingen i forbindelse med tilrettelæggelse af virksomhedspraktik



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 193 ressourceforløbssager, hvor der indstilles til en virksomhedsrettet indsats. **Note:** Uddybende forklaring af de forskellige typer af hensyn kan findes i fodnoterne.<sup>6</sup>

De fysiske hensyn, der beskrives, omhandler oftest behov for afvekslende arbejdsstillinger, begrænsninger i, hvilke arbejdsfunktioner der kan varetages, eller hensyntagen til smerter i specifikke kropsdele. De psykiske hensyn retter sig primært mod rammerne på arbejdspladsen, for eksempel at borgeren ikke skal møde for mange fremmede mennesker, at borgeren ikke skal arbejde udendørs, eller at borgeren skal have mulighed for at tage ekstra pauser, hvis vedkommende føler sig stresset eller presset.

To interviewede mødeledere nævner, at det oftest er sundhedskoordinatoren eller repræsentanten fra sundhedsområdet, der bidrager til afklaring af, hvilke hensyn der skal tages i den virksomhedsrettede indsats.

Herudover fremgår det af interview med tre mødeledere, at det er lettere at formulere hensyn i de indstillinger, hvor borgerens sag indeholder viden om hensyn fra allerede gennemførte virksomhedspraktikker. I beskrivelsen af hensyntagen til borgeren tages der derfor ofte udgangspunkt i tidligere beskrevne hensyn, hvis disse findes. Samtidig er det ifølge mødelederne nemmere at få en samtale om hensynene med borgeren på mødet i rehabiliteringsteamet, hvis der kan tages udgangspunkt i tidligere gennemførte praktikker.

### 5.3 Delkonklusion

Analysen af mødet i rehabiliteringsteamet har vist følgende:

<sup>6</sup> Fysiske hensyn: hensyntagen til borgerens fysiske udfordringer i tilrettelæggelsen af virksomhedspraktikken.

Psykiske hensyn: hensyntagen til borgerens psykiske udfordringer i tilrettelæggelsen af virksomhedspraktikken.

Hjælpemidler/personlig assistance: hensyntagen til behov for hjælpemidler eller personlig assistance i tilrettelæggelsen af virksomhedspraktikken.

Sociale udfordringer: hensyntagen til samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til borgerens sociale udfordringer.

Transport: hensyntagen til borgerens mulighed for at transportere sig til og fra virksomhedspraktikken.

Lægelig behandling: hensyntagen til samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til lægelig behandling af borgeren.

Misbrugsbehandling: hensyntagen til samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til borgerens misbrugsbehandling.

Familierelaterede hensyn: hensyntagen til samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til borgerens familiære udfordringer.

- Kommunerne har generelt etableret faste procedurer for afholdelse af møderne i rehabiliteringsteamet, herunder også for inddragelse af borgerne. 76 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet vurderer, at borgeren altid eller ofte er medvirkende til at afklare egne muligheder for arbejde eller uddannelse på mødet i rehabiliteringsteamet.
- Analysen viser, at en fast procedure for borgerinddragelse på mødet i rehabiliteringsteamet kan fremme muligheden for, at borgeren er med til at afklare egne muligheder for arbejde eller uddannelse. I de kommuner, der har en fast procedure for borgerinddragelse, svarer 81 procent, at borgerens deltagelse på møderne i rehabiliteringsteamet altid eller ofte er medvirkende til at afklare borgerens muligheder for at komme i arbejde eller uddannelse. I kommuner uden en fast procedure for borgerinddragelse svarer 54 procent, at borgeren altid eller ofte er medvirkende til at afklare borgerens muligheder for at komme i arbejde eller uddannelse.
- I samtlige sager, der er blevet gennemgået, er borgeren blevet tilkendt den ydelse, som rehabiliteringsteamet indstillede til. Der går i gennemsnit 12 dage, fra indstillingen er afsendt, til borgeren modtager afgørelsen om ydelse. I lidt under en tredjedel af de gennemgåede sager går der over to uger fra indstillingen afsendes, til borgeren tilkendes sin ydelse. I sager, der indstilles til førtidspension, går der i gennemsnit 24 dage, fra indstillingen afsendes, til afgørelsen om ydelse modtages. Samme periode er henholdsvis seks og ni dage i sager, der indstilles til fleksjob og ressourceforløb.
- På tværs af kommunerne kan der identificeres en stor forskel, hvad angår den gennemsnitlige varighed mellem, at indstillingen afsendes, til at borgeren modtager afgørelsen om ydelse. I en kommune går der i gennemsnit 28 dage, mens samtlige borger i en anden kommune modtager indstillingen og afgørelsen samme dag.
- Sagsgennemgangen har vist, at kommunerne oftest indstilles til treårige ressourceforløb (30 procent). 35 procent af de gennemgåede ressourceforløb indstilles til forløb på fire eller fem år, mens 34 procent indstilles til forløb på et eller to år. Sagsgennemgangen viser ydermere, at borgere under 40 i højere grad indstilles til ressourceforløb af fire eller fem års varighed. 57 procent af de indstillede ressourceforløb for borgere under 40 år har en varighed på fire eller fem år, mens borgere over 40 år indstilles til fire- eller femårige ressourceforløb i 19 procent af sagerne.
- Rehabiliteringsteamet indstiller til mindst én indsats i samtlige gennemgåede sager. I 80 procent af ressourceforløbssagerne indstilles der til virksomhedsrettede indsatser. 73 procent af sagerne indeholder indstilling til mentorforløb. Der indstilles til sociale indsatser i 50 procent af sagerne og enten kommunale eller regionale sundhedsmæssige indsatser i 41 procent.
- Rehabiliteringsteamet beskriver tværfaglige hensyn til borgerens udfordringer i 58 procent af de sager, hvor der indstilles til en virksomhedsrettet indsats. Teamet beskriver hensyn til borgerens fysiske og psykiske udfordringer i henholdsvis 30 og 34 procent af indstillingerne til ressourceforløb.

## 6 Rehabiliteringsplanens indsatsdel

85 procent af de koordinerende sagsbehandlere vurderer, at indstillingen altid eller ofte udgør et relevant grundlag for udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens indsatsdel. Indsatsdelen indeholder i 6 ud af 10 sager konkrete indsatser. Der indgår virksomhedsrettede indsatser i 33 procent af planerne.

Ifølge lov om en aktiv beskæftigelsesindsats skal alle borgere, der deltager i et ressourceforløb, have udarbejdet rehabiliteringsplanens indsatsdel. Borgerens indsatsplan har til formål at udmønte indholdet af rehabiliteringsteams indstilling, så der lægges en konkret plan for at bringe borgeren tættere på arbejdsmarkedet.

Rehabiliteringsplanens indsatsdel skal indeholde:

1. Borgerens konkrete mål om job eller uddannelse.
2. Delmål indenfor de beskæftigelsesmæssige, sundhedsmæssige, uddannelsesmæssige og sociale områder, der skal føre til det overordnede beskæftigelsesmål.
3. Konkrete indsatser eller andre aktiviteter, der skal indgå i ressourceforløbet.
4. Den løbende opfølgning i ressourceforløbet.

### 6.1 Udarbejdelse af rehabiliteringsplanens indsatsdel

Rehabiliteringsplanens indsatsdel udarbejdes af den koordinerende sagsbehandler sammen med borgeren, og det er indstillingen fra rehabiliteringsteamet, der skal danne udgangspunkt for udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens indsatsdel.

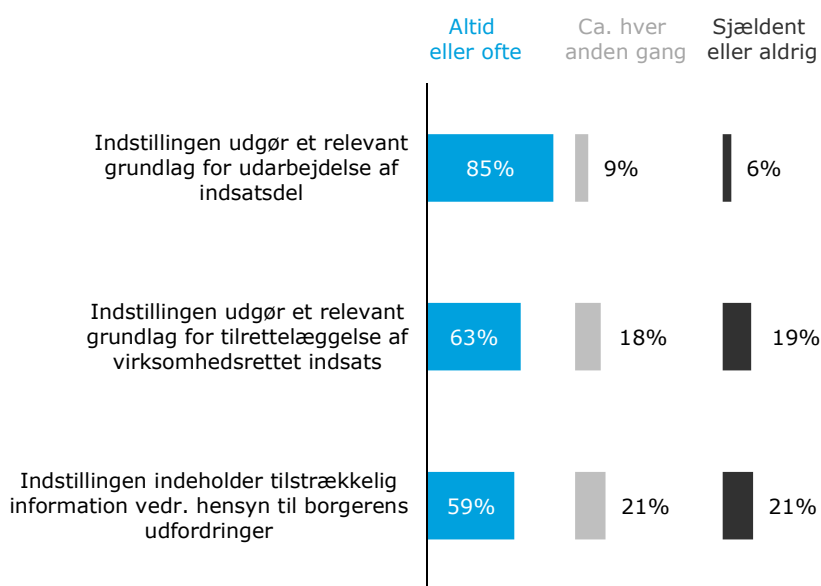
85 procent af de koordinerende sagsbehandlere vurderer i spørgeskemaundersøgelsen, at indstillingen altid eller ofte udgør et relevant grundlag for udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens indsatsdel, jf. figur 21.

Samtidig vurderer 63 procent af de koordinerende sagsbehandlere, at indstillingen udgør et relevant grundlag for tilrettelæggelsen af virksomhedsrettede indsatser og dertilhørende hensyn til borgerens udfordringer. Der er dog også 21 procent, der vurderer, at indstillingen sjældent eller aldrig udgør et relevant grundlag, jf. figur 21.

Som forklaring på, hvornår indstillingen ikke udgør et relevant grundlag for tilrettelæggelsen af indsatsen, fremhæver fire koordinerende sagsbehandlere, at hvis indstillingen bliver for detaljeret i forhold til, hvilke indsatser der skal igangsættes, begrænser det sagsbehandlernes muligheder for at foretage en konkret faglig vurdering af tilrettelæggelsen af den enkelte borgers forløb,

Der er dermed en generel opfattelse blandt de koordinerende sagsbehandlere af, at rehabiliteringsteamets indstilling generelt udgør et godt grundlag for udarbejdelse af rehabiliteringsplanens indsatsdel.

Figur 21. Fordeling af, hvor ofte indstillingen udgør et relevant grundlag for udarbejdelse af indsatsdel, tilrettelæggelse af virksomhedsrettet indsats og beskrivelse af hensyn til borgerens udfordringer



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt de koordinerende sagsbehandlere. **N:** 625.

**Note:** Antallet af respondenter, der har svaret *ved ikke*, varierer mellem 60 og 77.

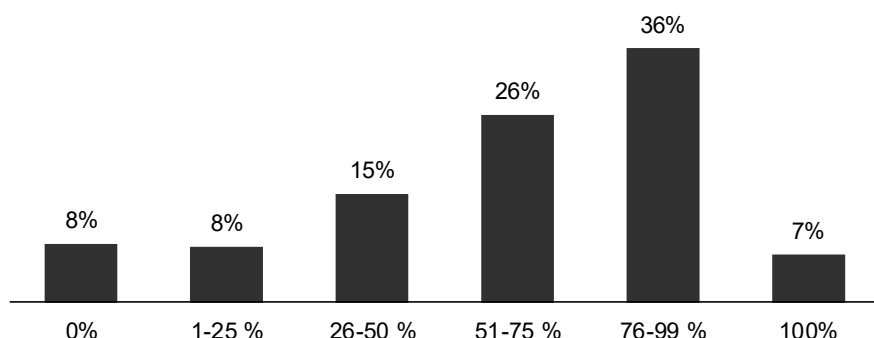
De koordinerende sagsbehandlere, der har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet indenfor de seneste 12 måneder, er generelt mere positive i deres vurdering af indstillingen sammenlignet med de koordinerende sagsbehandlere, der ikke har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet.

Blandt de koordinerende sagsbehandlere, der har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet, svarer 92 procent således, at indstillingen udgør et relevant grundlag for udarbejdelse af indsatsdelen, mens samme andel er 82 procent blandt de koordinerende sagsbehandlere, der ikke har deltaget på mødet.

Blandt 11 interviewede koordinerende sagsbehandlere svarer 8, at en god indstilling lægger vægt på at beskrive formålet med ressourceforløbet og hensigten bag de indstillede indsatser. Disse beskrivelser giver den koordinerende sagsbehandler et indblik i, hvad borgerens udfordringer består i, og hvordan borgeren kan bringes tættere på arbejdsmarkedet.

Af figur 22 fremgår det, at 69 procent (26 + 36 + 7) af de koordinerende sagsbehandlere svarer, at det er muligt at iværksætte de forslag til indsatser, der beskrives i indstillingen, i mere end halvdelen af sagerne. Samtidig viser figuren, at 31 procent af de koordinerende sagsbehandlere svarer, at det er muligt at igangsætte de indstillede indsatser i under halvdelen af sagerne.

Figur 22. Andelen af koordinerende sagsbehandlers vurdering af, hvor ofte det er muligt at iværksætte forslag til indsatser i indstillingen



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt de koordinerende sagsbehandlere. **N:** 625.

## 6.2 Indholdet i rehabiliteringsplanens indsatsdel

Rehabiliteringsplanens indsatsdel skal udarbejdes for alle borgere i ressourceforløb. Der er dog ikke noget lovkrav om, hvor lang tid der må gå fra borgeren overgår til ressourceforløbet til indsatsdelen skal være udarbejdet.

Af sagsgennemgangen fremgår det, at der ikke findes en indsatsplan i 14 procent af ressourceforløbsagerne. I 1 ud af 17 kommuner i sagsgennemgangen foreligger der ikke en indsatsdel i nogen af de gennemgåede ressourceforløbsager, mens der i 6 kommuner mangler en indsatsdel i mellem 7 og 33 procent af sagerne. I 9 kommuner foreligger der en indsatsdel i samtlige sager.

På baggrund af det foreliggende datagrundlag kan der ikke identificeres nogen fællestræk blandt de sager (eksempelvis borgerens alder, ydelsen som borgeren kommer fra, sagens varighed mv.), hvor der ikke foreligger en indsatsdel, eller blandt de kommuner (eksempelvis kommunens størrelse eller placering samt sagsbehandlernes svar i spørgeskemaundersøgelsen), hvor der i mindre omfang foreligger indsatsdele i sagerne.

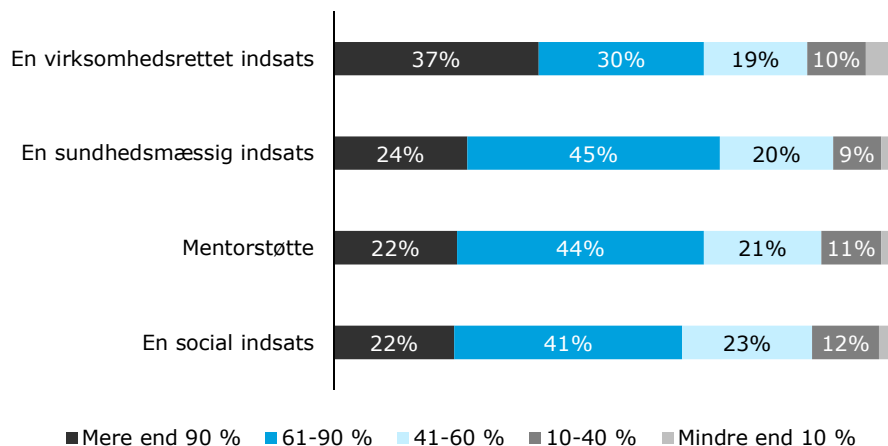
### Indsatser i planen

37 procent af de koordinerende sagsbehandlere svarer i spørgeskemaundersøgelsen, at mere end 90 procent af borgerne har behov for en virksomhedsrettet indsats ved overgangen til ressourceforløb. Virksomhedsrettet indsats er således den indsats, som de koordinerende sagsbehandlere vurderer er mest relevant for borgerne, når de starter i ressourceforløb.

Yderligere 30 procent tilkendegiver, at 61-90 procent af borgerne har behov for en virksomhedsrettet indsats, jf. figur 23.

I forhold til den virksomhedsrettede indsats er de koordinerende sagsbehandlers generelle vurdering således i tråd med rehabiliteringsteamets vurdering, idet rehabiliteringsteamet i 80 procent af sagerne indstiller til en virksomhedsrettet indsats, jf. afsnit 5.2.

Figur 23. Fordeling af, hvor ofte borgeren ved overgangen til ressourceforløb efter de koordinerende sagsbehandleres vurdering har behov for mentorstøtte, en virksomhedsrettet indsats, en social indsats og en sundhedsmæssig indsats



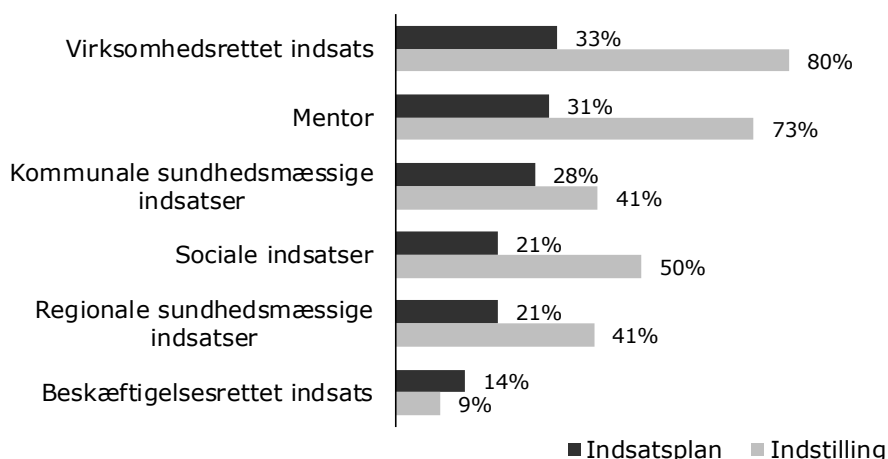
**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt de koordinerende sagsbehandlere. **N:** 625.

**Note:** Antallet af respondenter, der har svaret *ved ikke*, varierer mellem 75 og 81.

Af sagsgennemgangen fremgår det, at 64 procent af rehabiliteringsplanernes indsatsdele indeholder minimum én indsats. Til sammenligning fremgik det af afsnit 5.2, at samtlige af rehabiliteringsteamets indstillinger indeholder forslag til indsatser.

Indsatsplanerne indeholder i en tredjedel af sagerne en beskrivelse af virksomhedsrettede indsatser (33 procent) eller mentorforløb (31 procent), jf. figur 24. Til sammenligning er der i indstillingerne indstillet til mentorforløb og virksomhedsrettede indsatser i henholdsvis 80 og 73 procent af sagerne.

Figur 24. Fordeling af beskrevne indsatstyper i indsatsplanerne



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 239 ressourceforløbssager.

To interviewede koordinerende sagsbehandlere fremhæver, at indsatsplanerne udvikles løbende henover et ressourceforløb. En del af forklaringen på forskellen mellem antallet af indsatser i indstillingen og indsatsdelen er



derfor, ifølge disse sagsbehandlere, at indsatsplanen kun indeholder de indsatser, der er relevante indenfor den nærmeste fremtid, mens indstillingen har til formål at beskrive et helt ressourceforløb.

Manglende motivation fra borgerens side er ifølge fire koordinerende sagsbehandlere en anden årsag til den markante forskel på andelen af beskrevne indsatser i indstillingen og indsatsplanen. Enkelte borgere har ifølge de koordinerende sagsbehandlere vanskeligt ved selv at identificere indsatser, de ønsker at indgå i, eller ønsker ikke at deltage i de indsatser, den koordinerende sagsbehandler foreslår. Dette er særligt tilfældet i sager, hvor borgeren havde ønsket at blive indstillet til førtidspension frem for ressourceforløb.

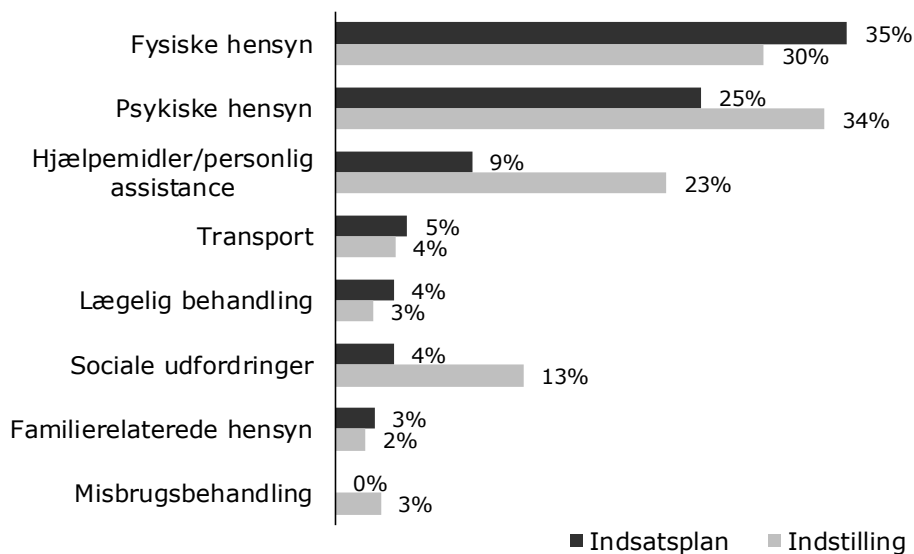
### Hensyntagen til borgerens udfordringer i indsatsplanen

I 46 procent af de gennemgåede indsatsdele, hvor der er beskrevet en virksomhedsrettet indsats, er der beskrevet ét eller flere hensyn til borgerens udfordringer i tilrettelæggelsen af den virksomhedsrettede indsats. Andelen af beskrevne hensyn er dermed lidt lavere end i indstillingerne (57 procent).

Af figur 25 fremgår det, at der er mindre forskelle på de hensyn, der beskrives i indsatsdelen, sammenlignet med indstillingen. Hensyntagen til borgerens fysiske udfordringer beskrives i cirka samme omfang i indstillingen (30 procent) og indsatsdelen (35 procent).

Hensyntagen til borgerens psykiske udfordringer beskrives i 34 procent af indstillingerne sammenlignet med 25 procent af indsatsdelene. I forhold til beskrivelsen af hjælpemidler/personlig assistance indeholder 9 procent af indsatsplanerne dette mod 23 procent i indstillingen.

Figur 25. Fordeling af typer af hensyn til borgerens udfordringer i indsatsplanen i forbindelse med tilrettelæggelse af virksomhedspraktik



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 239 ressourceforløbssager. **Note:** Uddybende forklaring af de forskellige typer hensyn kan findes i fodnoterne.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Fysiske hensyn: hensyntagen til borgerens fysiske udfordringer i tilrettelæggelsen af virksomhedspraktikken.

### 6.3 Delkonklusion

Analysen har vist følgende konklusioner angående kommunernes arbejde med rehabiliteringsplanens indsatsdel:

- Det er den generelle opfattelse blandt de koordinerende sagsbehandlere, at rehabiliteringsteamets indstilling generelt udgør et godt grundlag for udarbejdelse af rehabiliteringsplanens indsatsdel. 85 procent af de koordinerende sagsbehandlere svarer i spørgeskemaundersøgelsen, at indstillingen altid eller ofte udgør et relevant grundlag for udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens indsatsdel, mens 6 procent angiver, at dette sjældent eller aldrig sker. 63 procent af de koordinerende sagsbehandlere vurderer, at indstillingen altid eller ofte udgør et relevant grundlag for tilrettelæggelsen af virksomhedsrettede indsatser, mens 19 procent vurderer, at dette aldrig eller sjældent er tilfældet.
- Blandt de koordinerende sagsbehandlere, der har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet, svarer 92 procent, at indstillingen udgør et relevant grundlag for udarbejdelse af indsatsdelen, mens samme andel er 82 procent blandt de koordinerende sagsbehandlere, der ikke har deltaget på mødet. Der er således en lidt mere positiv vurdering af indstillingen, hvis også den koordinerende sagsbehandler har deltaget på mødet.
- Virksomhedsrettet indsats er den indsats, som de koordinerende sagsbehandlere vurderer er mest relevant for borgerne, når de starter i ressourceforløbet. 37 procent af de koordinerende sagsbehandlere svarer i spørgeskemaundersøgelsen, at mere end 90 procent af borgerne har behov for en virksomhedsrettet indsats ved overgangen til ressourceforløb. Yderligere 30 procent tilkendegiver, at 61-90 procent af borgerne har behov for en virksomhedsrettet indsats. De koordinerende sagsbehandlers vurdering er således i tråd med rehabiliteringsteamets vurdering om, at der i størstedelen af sagerne er brug for en virksomhedsrettet indsats, idet rehabiliteringsteamet i 80 procent af sagerne indstiller til en virksomhedsrettet indsats.
- Det fremgår af sagsgennemgangen, at der ikke er udarbejdet en indsatsplan i 14 procent af ressourceforløbssagerne. I 1 ud af 17 kommuner i sagsgennemgangen foreligger der ikke en indsatsdel i nogen af de gennemgåede ressourceforløbssager, mens der i 6 kommuner mangler en indsatsdel i mellem 7 og 33 procent af sagerne. I 9 kommuner foreligger der en indsatsdel i samtlige sager.
- Der er et væsentligt antal sager, hvor rehabiliteringsteamets indstillinger til indsatser ikke udmøntes i indsatsdelen. I 64 procent af de gennemgå-

---

Psykiske hensyn: hensyntagen til borgerens psykiske udfordringer i tilrettelæggelsen af virksomhedspraktikken.

Hjælpebidler/personlig assistance: behov for hjælpemidler eller personlig assistance i tilrettelæggelsen af virksomhedspraktikken.

Sociale udfordringer: behov for samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til borgerens sociale udfordringer.

Transport: hensyntagen til borgerens mulighed for at transportere sig til og fra virksomhedspraktikken.

Lægelig behandling: behov for samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til lægelig behandling af borgeren.

Misbrugsbehandling: behov for samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til borgerens misbrugsbehandling.

Familierelaterede hensyn: behov for samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til borgerens familiære udfordringer.

ede sager indeholder rehabiliteringsplanens indsatsdel mindst én indsats. Samme andel er 100 procent for indstillingen fra rehabiliteringsteamet. Indsatsplanerne indeholder i cirka en tredjedel af sagerne en beskrivelse af virksomhedsrettede indsatser. Til sammenligning er der i indstillingerne indstillet til virksomhedsrettede indsatser i 80 procent af sagerne.

- I 46 procent af indsatsplanerne, hvor der er beskrevet en virksomhedsrettet indsats, er der beskrevet ét eller flere hensyn til borgerens udfordringer i relation til den virksomhedsrettede indsats. Andelen af beskrevne hensyn er dermed lidt lavere end i indstillingerne (57 procent).

# 7 Den tværfaglige indsats

Der igangsættes indsatser i 75 procent af de gennemgåede sager – i 21 procent af sagerne igangsættes en virksomhedsrettet indsats. Der kan konstateres en betragtelig kommunal variation i de indsatser, der igangsættes for borgere i ressourceforløb.

Indsatsen i ressourceforløbet skal afspejle rehabiliteringsteamets indstilling og den indsatsplan, som den koordinerende sagsbehandler og borgeren har lagt sammen.

## 7.1 Igangsættelse af indsatser i ressourceforløb

Et af principperne i aftalen om reformen af førtidspension og fleksjob er, at ressourceforløbet skal sikre en tidligere, tværfaglig og sammenhængende indsats.

Ud af det samlede antal sager i sagsgennemgangen på 397 er 239 ressourceforløbssager. Heraf har 68 procent en varighed på seks måneder per 1. november 2017, 19 procent har en varighed på seks til 12 måneder, og de resterende 13 procent af sagerne har en varighed på op til halvandet år.<sup>8</sup> Alle sager har således en varighed på minimum seks måneder.

Analysen af de gennemgåede sager viser, at selvom der i de fleste ressourceforløbssager er igangsatte indsatser, så er det ikke alle ressourceforløb, der har et indhold:

- I 25 procent af sagerne er der ikke igangsat en indsats i ressourceforløbet.<sup>9</sup>
- I de resterende 75 procent af sagerne er der indhold i ressourceforløbet.

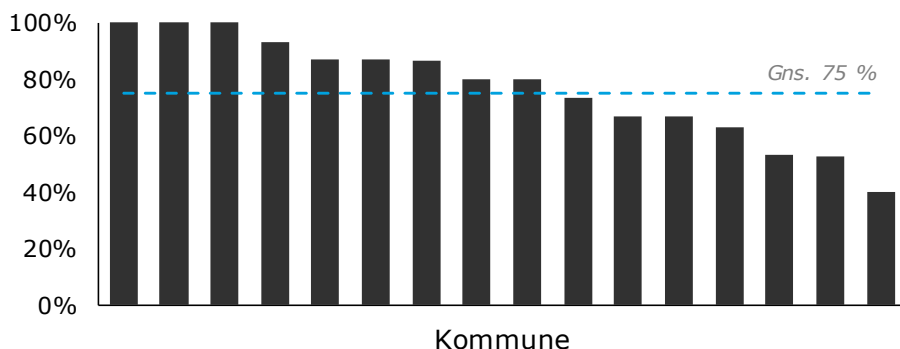
Det er undersøgt, hvorvidt der er en sammenhæng mellem, hvor stor en andel af sagerne, hvor der ikke er igangsat en indsats, og sagernes varighed. Der kan ikke konstateres nogen systematiske forskelle på det foreliggende datagrundlag. Således er der ikke nævneværdig forskel på andelen af sager med en varighed på seks måneder, der ikke har en indsats, og andelen af sager med en varighed på mellem et og halvandet år, der ikke har en indsats.

Analysen viser, at omfanget af forløb, hvor der er igangsat en indsats, dækker over en betydelig kommunal variation. I nogle kommuner er der igangsat en eller flere indsatser i 100 procent af sagerne, mens der i en anden kommune er igangsat indsatser i 40 procent af sagerne, jf. figur 26.

<sup>8</sup> Sagerens varighed er beregnet fra datoen for mødet i rehabiliteringsteamet.

<sup>9</sup> Dette gælder både kommunale indsatser samt indsatser eller behandlingstilbud i regionalt regi, såfremt kommunerne har registreret det i sagerne.

Figur 26. Andelen af sager med en eller flere indsatser i ressourceforløbet fordelt på kommuner



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 239 ressourceforløbssager.

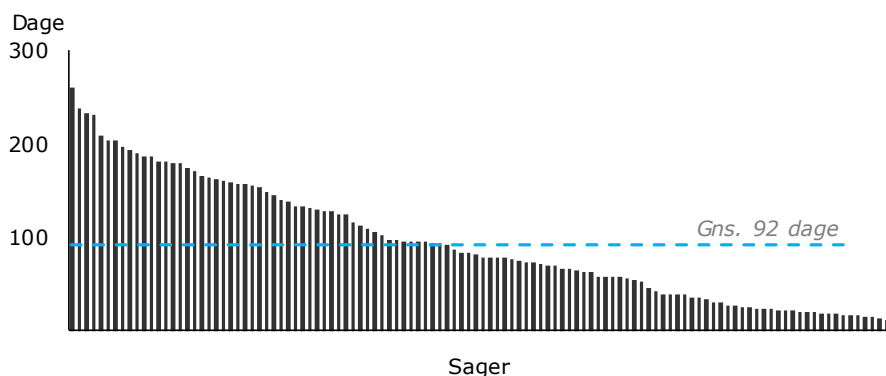
Det er undersøgt, hvorvidt der er en sammenhæng mellem antallet af sager, som den koordinerende sagsbehandler har, og andelen af sager, hvor der igangsættes en indsats. Der kan ikke konstateres en sammenhæng mellem disse to størrelser i det foreliggende datagrundlag.

#### Tidspunkt for igangsættelse af indsatser

I forhold til hvor hurtigt indsatsen sættes i gang, viser analysen, at i de sager, hvor der sættes en ny indsats i gang efter mødet, går der i gennemsnit 98 dage, før indsatsen igangsættes.

Gennemsnittet på de 92 dage dækker over en væsentlig variation på tværs af sagerne. Som figur 27 viser, er der en del sager, hvor den første indsats igangsættes ganske kort tid efter mødet i rehabiliteringsteamet, mens der er andre sager, hvor der går et år, før den første indsats igangsættes. Der går under et halvt år (180 dage) fra mødet i rehabiliteringsteamet til igangsættelse af første indsats i 88 procent af sagerne. I 16 sager er der gået mere end et halvt år før den første indsats er igangsat. Disse sager er fordelt over 10 kommuner, og der kan ikke identificeres nogle andre fællestæk blandt sagerne (eksempelvis borgerens alder, ydelsen som borgeren kommer fra, sagens varighed mv.).

Figur 27. Tidspunkt for igangsættelse af første indsats fordelt på sager.



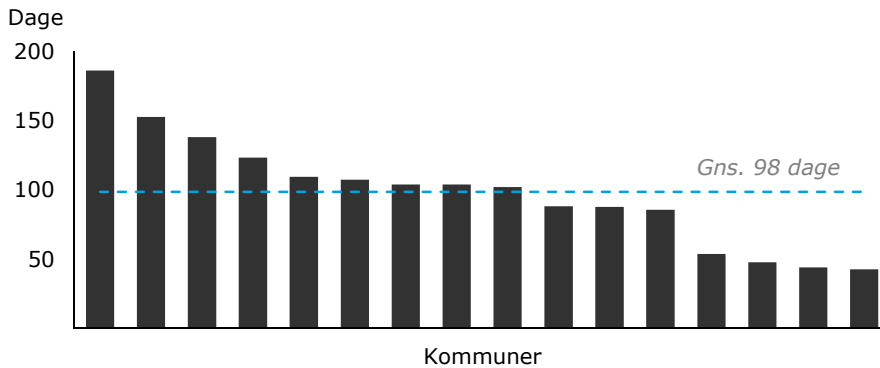
**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 121 ressourceforløbssager. **Note:** Der foreligger ikke data for 121 sager.

Ligesom der er stor forskel på, hvornår indsatsen kommer i gang på tværs af sagerne, er der også stor forskel på tværs af kommunerne, hvad angår

det gennemsnitlige tidspunkt for igangsættelse af den første indsats i ressourceforløbet.

I en kommune går der i gennemsnit 43 dage – det vil sige omkring 1½ måned – før indsatsen igangsættes. I en anden kommune går der i gennemsnit 186 dage – det vil sige et halvt år, jf. figur 28.

Figur 28. Gennemsnitligt tidspunkt for igangsættelse af første indsats fordelt på kommuner



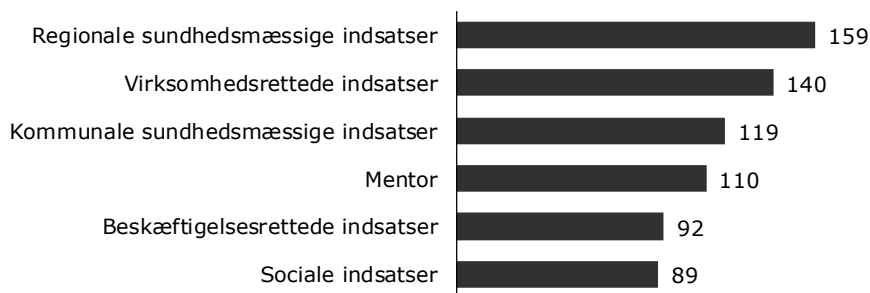
**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 121 ressourceforløbssager. **Note:** Der foreligger ikke data for 118 sager.

Det er blevet undersøgt, om der er en sammenhæng mellem antallet af sager, som den koordinerende sagsbehandler har, og tidspunktet for igangsættelsen af den første indsats på tværs af kommunerne. Der kan ikke observeres nogen sammenhæng. De kvalitative data viser dog et andet billede. Her fremhæver fem af de interviewede koordinerende sagsbehandlere, at de oplever, at et stort antal sager er en udfordring for deres arbejde med borgerne. Der er således ikke en overensstemmelse mellem sagsbehandlerens oplevelser og data fra sagsgennemgangen og spørgeskemaundersøgelsen.

Som forklaring på, hvorfor der kan nå lang tid før første indsats igangsættes, peger interviewene med de koordinerende sagsbehandlere på, at ventetiden på at igangsætte indsatser i ressourceforløb afhænger af typen af indsats. Koordinerende sagsbehandlere fra 10 kommuner fremhæver, at der er forskel på ventetiden, afhængigt af om der igangsættes mentorstøtte eller andre beskæftigelsesrettede indsatser, eller om borgeren skal have igangsat en indsats fra andre forvaltninger. De vurderer, at der går længere tid, inden der kan igangsættes en indsats, for borgere, der er blevet indstillet til indsatser fra andre forvaltninger.

Dette billede genfindes ikke i sagsgennemgangen, jf. figur 29. Heraf fremgår det, at der i gennemsnit går 140 dage, før den første virksomhedsrettede indsats igangsættes, mens der i gennemsnit går 89 dage, før den første sociale indsats igangsættes. Der er således ikke overensstemmelse mellem sagsbehandlerens oplevelse og data fra sagsgennemgangen.

Figur 29. Gennemsnitligt antal dage for igangsættelse af den første indsats fordelt på indsatsstype



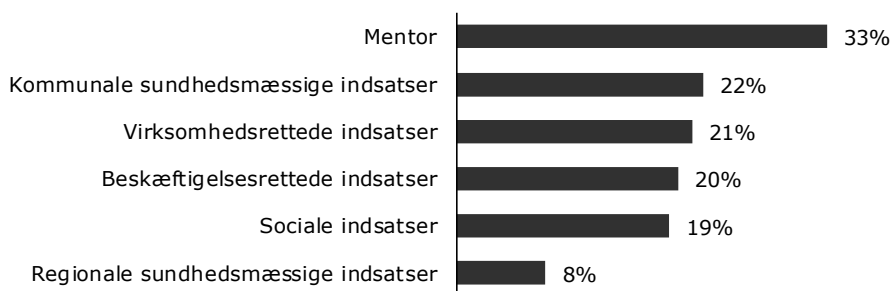
**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 121 ressourceforløbssager. **Note:** Der foreligger ikke data for 118 sager.

## 7.2 Indsatser i ressourceforløb

Det er intentionen med ressourceforløbet, at borgeren skal have en helhedsorienteret indsats, eventuelt med relevante tilbud på tværs af forvaltninger, med et beskæftigelses- og uddannelsesfokus. En lang række analyser har vist, at der er evidens for, at en virksomhedsrettet indsats, ofte i kombination med andre tilbud, har positive effekter på tværs af forskellige grupper af jobparate, udsatte ledige og sygemeldte.

Analysen viser, at den mest almindelige indsats i ressourceforløbssagerne er mentorstøtte. Mentorstøtte indgår som en indsats i 33 procent af de sager, hvor der er iværksat en indsats, jf. figur 30. Der er igangsat virksomhedsrettede indsatser i 21 procent af de sager, hvor der er iværksat indsatser.

Figur 30. Andel sager med henholdsvis mentorstøtte, beskæftigelsesindsats, virksomhedsrettet indsats, social indsats og/eller sundhedsmæssig indsats



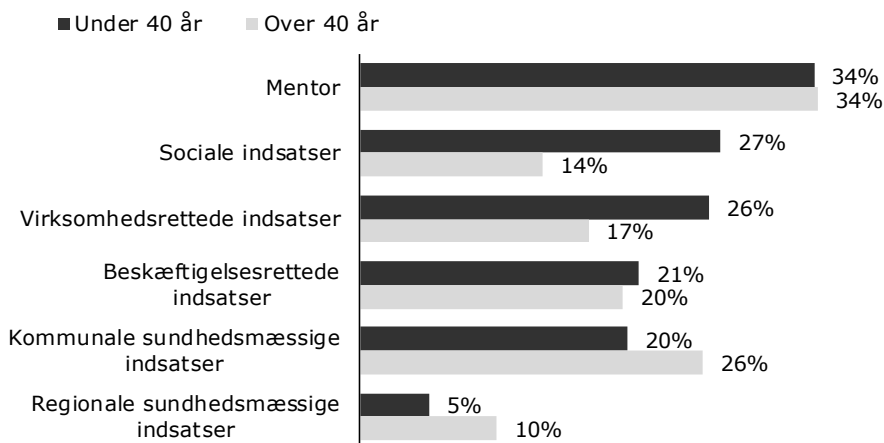
**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 239 ressourceforløbssager.

De kommunale sundhedsindsatser omfatter hovedsageligt trænings- eller genoptræningstilbud, herunder fysioterapeut eller ergoterapeut (49 procent). De beskæftigelsesrettede indsatser består typisk af coaching (30 procent). Den hyppigst forekommende sociale indsats er bostøtte (30 procent), og dernæst er støttekontaktperson (13 procent) og misbrugsvejledning/-behandling (11 procent) de hyppigst igangsatte sociale indsatser. Regionale sundhedsindsatser er typisk psykiatriske forløb (56 procent).

Det er blevet undersøgt, om der er forskel på tværs af alder, i forhold til hvilke indsatser der igangsættes i ressourceforløb. Resultatet viser, at borgere over 40 år i lidt højere grad modtager kommunale og regionale sundhedsindsatser sammenlignet med borgere under 40 år. Borgere under 40 år

modtager i højere grad en virksomhedsrettet indsats eller en social indsats som en del af deres ressourceforløb, mens der i mindre grad er forskel for mentorstøtte og beskæftigelsesrettede indsatser, jf. figur 31.

Figur 31. Andel sager med henholdsvis mentorstøtte, beskæftigelsesrettet indsats, virksomhedsrettet indsats, social indsats og/eller sundhedsindsats fordelt på aldersgruppe



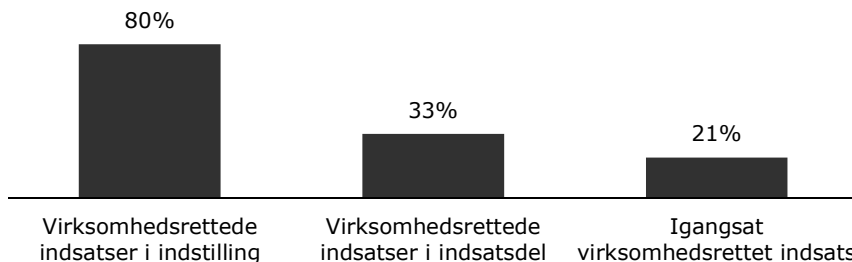
**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 230 ressourceforløbssager. **Note:** Der foreligger ikke data for 9 sager.

### 7.3 Den virksomhedsrettede indsats

Som vist i afsnit 5.2, indstiller rehabiliteringsteamet til en virksomhedsrettet indsats i 80 procent af sagerne i sagsgennemgangen. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at de koordinerende sagsbehandlere i høj grad (66 procent) er enige i, at borgerne altid eller ofte har behov for en virksomhedsrettet indsats netop ved overgangen til ressourceforløb.

Når de koordinerende sagsbehandlere udarbejder rehabiliteringsplanens indsatsdel, indgår der, som vist i afsnit 6.2, en virksomhedsrettet indsats i 33 procent af planerne, og som tidligere nævnt er der igangsat en virksomhedsrettet indsats i 21 procent af sagerne indenfor det første halve år, jf. figur 32.

Figur 32: Andel af sager med virksomhedsrettede indsatser i henholdsvis indstilling, indsatsdel og i ressourceforløb.



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 239 ressourceforløbssager.

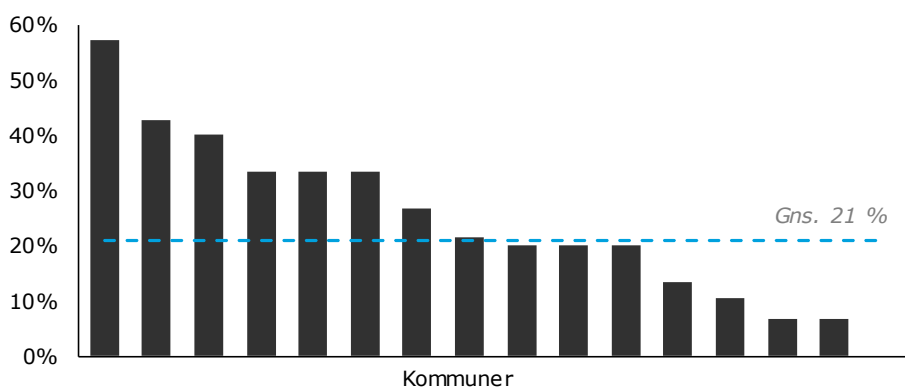
Det kan således konstateres, at rehabiliteringsteamet vurderer, at der er grundlag for en virksomhedsrettet indsats i 4 ud af 5 ressourceforløbssager,



og at de koordinerende sagsbehandlere er enige i behovet for den virksomhedsrettede indsats tidligt i forløbet. Samtidig kan det konstateres, at den virksomhedsrettede indsats i langt mindre omfang er afspejlet i planen og i endnu mindre grad i den igangsatte indsats. Der er således ikke en 1-1-sammenhæng mellem rehabiliteringsteamets indstilling og egentlig eksekvering af de virksomhedsrettede indsatser i ressourceforløbet efterfølgende. I afsnit 7.4 er mulige forklaringer på det manglende indhold i ressourceforløbssagerne undersøgt nærmere.

Analysen viser også, at der er en betydelig kommunal variation i andelen af sager, hvor der er igangsat en virksomhedsrettet indsats. I to af kommunerne er der iværksat en sådan indsats i 7 procent af sagerne, i en kommune er der ikke igangsat virksomhedsrettede indsatser, mens det gælder 57 procent af sagerne i en anden kommune, jf. figur 33.

Figur 33. Andel sager med en virksomhedsrettet indsats fordelt på kommuner



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 239 ressourceforløbssager.

Det er undersøgt, hvorvidt der er en sammenhæng mellem andelen af ressourceforløbssager med en virksomhedsrettet indsats og den samlede andel af alle ydelsesmodtagere, der modtager en virksomhedsrettet indsats i kommunerne.<sup>10</sup>

Denne analyse viser, at de fire kommuner, der har den laveste andel ressourceforløbssager med en virksomhedsrettet indsats, jf. ovenstående figur, også har en andel ydelsesmodtagere, der modtager en virksomhedsrettet indsats, der ligger under landsgennemsnittet.

Flertallet af de kommuner, der har en høj andel ressourceforløb med virksomhedsrettede indsatser, har også en relativt høj andel ydelsesmodtagere, der modtager en virksomhedsrettet indsats.

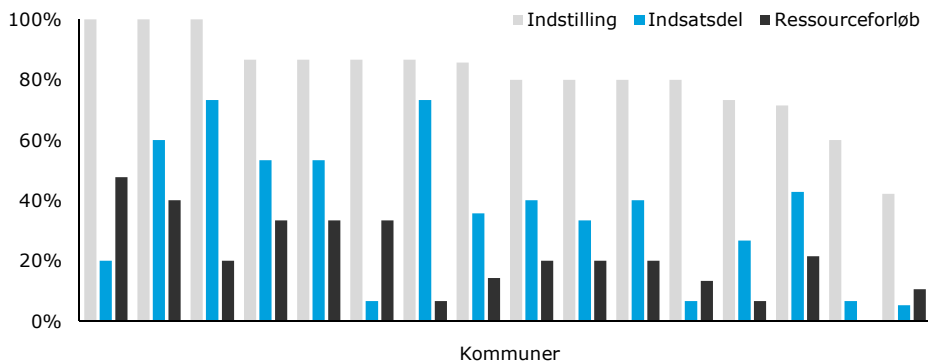
Der ser således ud til at være en vis sammenhæng mellem andelen af borgere på ressourceforløb, der modtager en virksomhedsrettet indsats, og kommunernes arbejde med virksomhedsrettede indsatser generelt.

Det er ydermere blevet undersøgt, om der er en sammenhæng mellem, hvor ofte der indgår virksomhedsrettede indsatser i henholdsvis indstillingen og indsatsdelen, og hvor ofte der igangsættes virksomhedsrettede indsatser i ressourceforløbene på tværs af kommunerne, jf. figur 34.

<sup>10</sup> Kilde: Jobindsats.dk

Som det fremgår af figuren, kan der observeres en vis sammenhæng mellem omfanget af virksomhedsrettede indsatser, der indgår i indstillingen, og omfanget af virksomhedsrettede indsatser, der igangsættes i ressourceforløbene. Således har de fem kommuner, hvor der igangsættes flest virksomhedsrettede indsatser, også en relativt høj andel virksomhedsrettede indsatser i indstillingen.

Figur 34. Andel sager med en virksomhedsrettet indsats i indstillingen, indsatsdelen og igangsat i ressourceforløb fordelt på kommuner



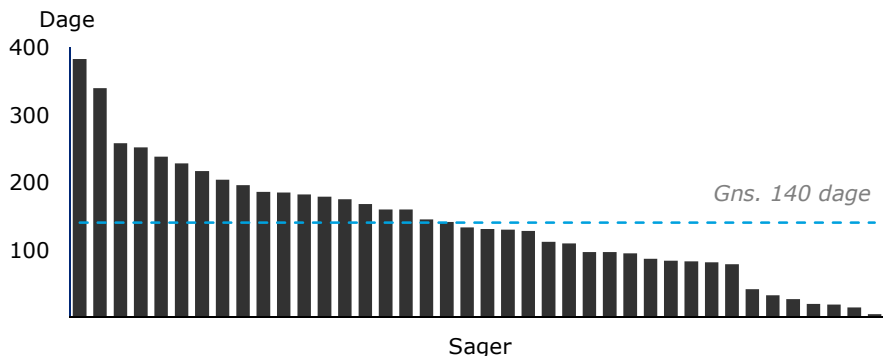
**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 239 ressourceforløbssager.

**Tidspunktet for igangsættelse af den virksomhedsrettede indsats**

I forhold til hvor hurtigt den virksomhedsrettede indsats sættes i gang, viser analysen, at i de sager, hvor der sættes en virksomhedsrettet indsats i gang efter mødet, går der i gennemsnit 140 dage, før indsatsen igangsættes.

Gennemsnittet på de 140 dage dækker over en væsentlig variation på tværs af sagerne. Som figur 35 viser, fordeler sagerne sig mellem 5 og 383 dage.

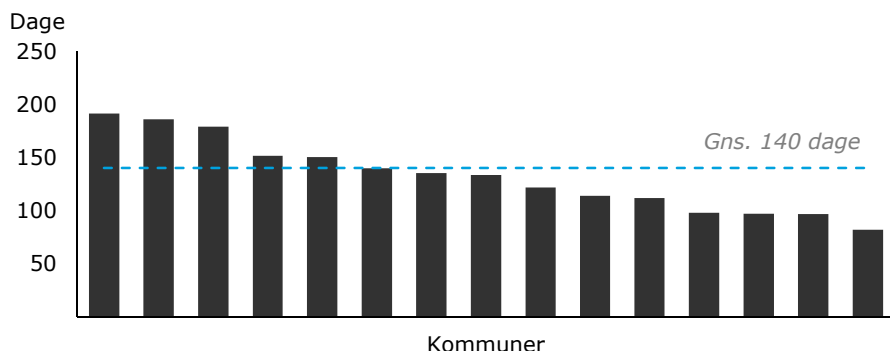
Figur 35. Tidspunkt for igangsættelse af første virksomhedsrettede indsats i ressourceforløb fordelt på sager



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 40 ressourceforløbssager, hvor der er igangsat en virksomhedsrettet indsats. **Note:** Der foreligger ikke data for 10 sager.

Den gennemsnitlige periode indtil iværksættelsen af den første virksomhedsrettede indsats varierer på tværs af kommunerne fra 82 dage til 191 dage med et gennemsnit på 140 dage, jf. figur 36.

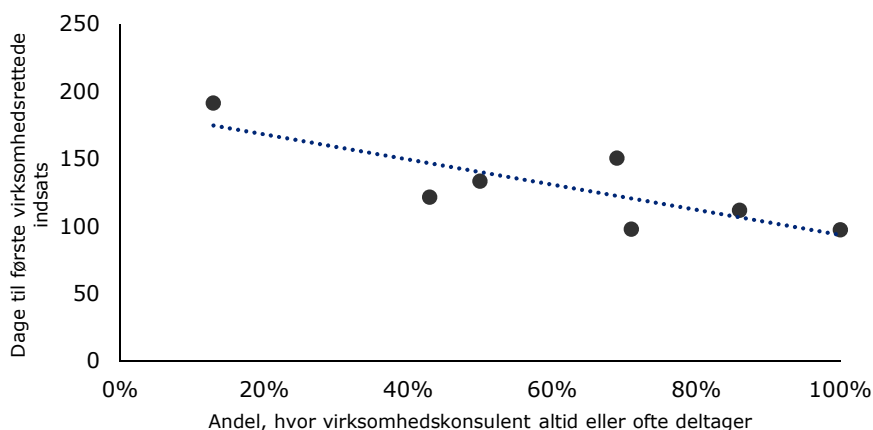
Figur 36. Gennemsnitligt tidspunkt for igangsættelse af første virksomhedsrettede indsats fordelt på kommuner



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 40 ressourceforløbssager, hvor der er igangsat en virksomhedsrettet indsats. **Note:** Der foreligger ikke data for 10 sager.

Det er blevet undersøgt, om der er en sammenhæng mellem virksomhedskonsulenternes deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet og den gennemsnitlige tid, der går, indtil den første virksomhedsrettede indsats igangsættes. Undersøgelsen indikerer en mulig sammenhæng mellem andelen af medlemmer af rehabiliteringsteamet, der tilkendegiver, at der altid eller ofte er en virksomhedskonsulent til stede på mødet og tidspunktet for den første virksomhedsrettede indsats, jf. figur 37.

Figur 37. Tidspunkt for igangsættelse af første virksomhedsrettede indsats fordelt på den andel, der har angivet, at virksomhedskonsulenten altid eller ofte deltager på mødet i rehabiliteringsteamet i kommunerne



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt kommunale medlemmer af rehabiliteringsteam og sagsgennemgang. **N:** Syv kommuner med data fra spørgeskemaundersøgelsen: 165 besvarelser og sagsgennemgang: 40 ressourceforløbssager. **Note:** I fire kommuner har ingen respondenter svaret, at der altid eller ofte er en virksomhedskonsulent på mødet. Disse er ikke medtaget. Her er der stor variation i forhold til igangsættelsen af virksomhedspraktikker (fra 82 dage til 191 dage). Det er ikke muligt at forklare variationen på tværs af disse kommuner.

Analysen peger således på, at virksomhedskonsulentens deltagelse på møderne i rehabiliteringsteamet kan medvirke til, at den virksomhedsrettede indsats sættes i gang tidligere i forløbet.

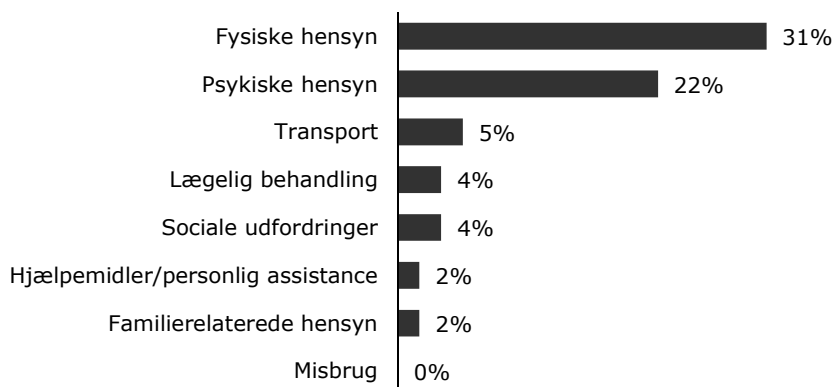
### Hensyntagen til borgerens udfordringer i tilrettelæggelsen af den virksomhedsrettede indsats

Borgere i ressourceforløb skal have en helhedsorienteret og tværfaglig indsats med et klart beskæftigelses- og uddannelsesfokus. Udover igangsættes af indsatser fra andre forvaltninger, kan den tværfaglige indsats i ressourceforløb komme til udtryk gennem hensyntagen til borgerens individuelle udfordringer i forbindelse med tilrettelæggelsen af den virksomhedsrettede indsats.

Det er i sagsgennemgangen opgjort, i hvor mange sager der beskrives konkrete hensyn til borgerens udfordringer i tilrettelæggelsen af virksomhedsrettede indsatser. I 48 procent af de sager, hvor der er iværksat en virksomhedspraktik i ressourceforløbet, er der også beskrevet behov for hensyntagen til en eller flere af borgerens udfordringer.

Af figur 38 fremgår det, at der i størst omfang tages hensyn til borgernes fysiske situation (31 procent af sagerne), mens der i omkring en fjerdedel af sagerne (22 procent) beskrives psykiske hensyn i forbindelse med etablering af virksomhedspraktik.

Figur 38. Hensyntagen til borgerens udfordringer i virksomhedsrettede indsatser



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 55 virksomhedsrettede indsatser i ressourceforløbsager.

**Note:** Uddybende forklaring af de forskellige typer af hensyn kan findes i fodnoterne.<sup>11</sup>

Ovenstående resultater stemmer i høj grad overens med resultaterne af analyserne af omfanget af hensyntagen til borgerens udfordringer i indstil-

<sup>11</sup>Fysiske hensyn: Hensyntagen til borgerens fysiske udfordringer i tilrettelæggelsen af virksomhedspraktikken.

Psykiske hensyn: Hensyntagen til borgerens psykiske udfordringer i tilrettelæggelsen af virksomhedspraktikken.

Hjælpebidler/personlig assistance: Behov for hjælpebidler eller personlig assistance i tilrettelæggelsen af virksomhedspraktikken.

Sociale udfordringer: Behov for samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til borgerens sociale udfordringer.

Transport: Hensyntagen til borgerens mulighed for at transportere sig til og fra virksomhedspraktikken.

Lægelig behandling: Behov for samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til lægelig behandling af borgeren.

Misbrugsbehandling: Behov for samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til borgerens misbrugsbehandling.

Familierelaterede hensyn: Behov for samarbejde eller koordination med andre indsatser eller aktører i relation til borgerens familiære udfordringer.

lingen og rehabiliteringsplanens indsatsdel, jf. afsnit 5.2 og 6.2. Der er således generelt overensstemmelse mellem omfanget af de tværfaglige hensyn til borgerens udfordringer, der beskrives i indstillingen, og som fremgår af rehabiliteringsplanen og de faktisk gennemførte virksomhedsrettede indsatser.

#### 7.4 Ressourceforløb uden indsatser

Som tidligere nævnt, er der i 25 procent af ressourceforløbssagerne, som alle minimum har en varighed på seks måneder, ikke igangsat en indsats. Ydermere kan der observeres en betydelig kommunal variation i andelen af sager uden indsatser, jf. afsnit 7.3. På baggrund af evalueringens kvantitative og kvalitative data, er mulige årsager til, at der ikke igangsættes indsatser i sagerne samt mulige forklaringer på den observerede kommunale variation undersøgt.

Analyserne påviser en række mulige forklaringer på, hvorfor der ikke igangsættes indsatser i ressourceforløbene. Disse analyser synes dog ikke at kunne forklare den samlede kommunale variation i andelen af ressourceforløbssager, hvor der ikke igangsættes en indsats. Ydermere fremgår det af interviewene, at sagsbehandlerne i høj grad peger på enkeltstående forklaringer eller årsager knyttet til den enkelte sag, når de skal forklare, hvorfor der ikke igangsættes indsatser.

Samlet set vurderer Deloitte på baggrund af de gennemførte analyser, at den manglende igangsættelse af indsatser og den betydelige kommunale variation i et betydeligt omfang skyldes organisatoriske, styrings- og ledelsesmæssige forskelle mellem kommunerne. Ydermere vurderes det, at det i vidt omfang er op til den enkelte sagsbehandler at tilrettelægge eksekveringen af indstillingen fra rehabiliteringsteamet, hvilket ligeledes kan medvirke til at skabe en stor variation mellem kommunerne og mellem de enkelte sager.

Med det formål at undersøge, hvad der kendetegner de sager, hvor der ikke er igangsat en indsats, er der undersøgt for sammenhæng mellem forløb uden indsatser og fire forskellige forhold:

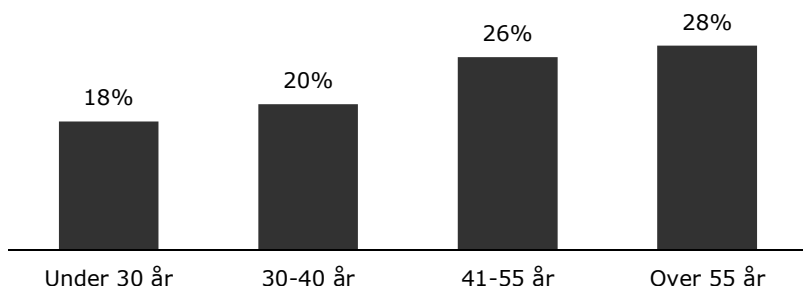
- Borgerens alder
- Den ydelse, som borgeren kommer fra
- Ressourceforløbets varighed
- Om der foreligger en indsatsplan i borgerens sag.<sup>12</sup>

For det første er det undersøgt, hvorvidt andelen af forløb uden indsatser varierer på tværs af **borgernes alder**. Sagsgennemgangen viser, at der er en vis forskel på tværs af borgernes aldersgrupper i forhold til, hvor stor en andel der ikke modtager en indsats. Som figur 39 viser, modtager 18 procent af de borgere, der er under 30 år ikke en indsats, mens samme andel er omkring 28 procent for de borgere, der over 55 år.

---

<sup>12</sup> Det er ligeledes undersøgt, om der er en sammenhæng mellem henholdsvis borgerens alder, den ydelse, som borgeren kommer fra samt ressourceforløbets varighed og andel af sager, hvor rehabiliteringsplanens indsatsdel ikke indeholder en indsats, jf. afsnit 6.2. De efterfølgende resultater præsenteret i afsnit 7.4 gælder også, hvis analyserne gennemføres for andelen af sager, hvor rehabiliteringsplanens indsatsdel ikke indeholder en indsats.

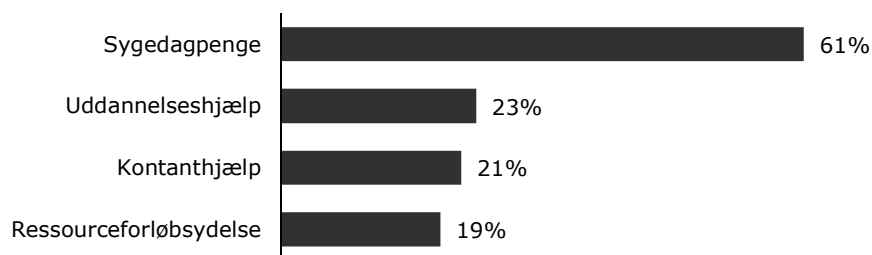
Figur 39: Andel ressourceforløb uden indsatser fordelt på alder



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 230 ressourceforløbssager. **Note:** Der foreligger ikke data for 9 sager.

For det andet er det blevet undersøgt, om der er forskel på andelen af forløb uden indsatser, afhængigt af **hvilken ydelse borgeren kommer fra** inden ressourceforløbet. Som det fremgår af figur 40, er der en betydelig højere andel af tidligere sygedagpengesager (61 procent), hvor der ikke er igangsat en indsats, sammenlignet med tidligere sager vedrørende uddannelseshjælp (23 procent), kontanthjælp (21 procent) og ressourceforløbsydelse (19 procent).

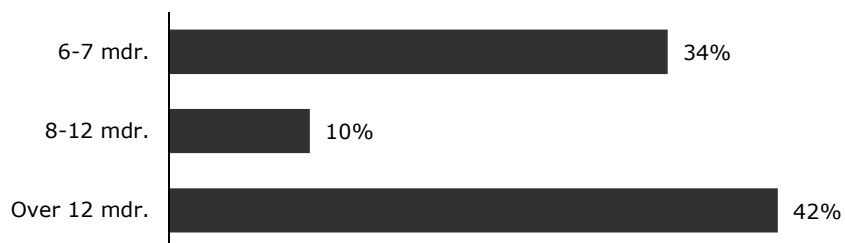
Figur 40. Andel ressourceforløb uden indsatser fordelt på den ydelse, borgeren kommer fra



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 213 ressourceforløbssager. **Note:** Der foreligger ikke data for 26 sager. Opgørelsen inkluderer både kommunale indsatser samt indsatser eller behandlingstilbud i regionalt regi, såfremt kommunerne har registreret det i sagerne.

For det tredje er der foretaget en undersøgelse af, om der er forskel på andelen af passive ressourceforløb på tværs af **forløbenes varighed**. Som det fremgår af figur 41, er der den største andel af passive forløb i sager, der har en varighed på mere end et år (42 procent). Der er den mindste andel af passive forløb i sager, som er mellem seks måneder og et år (10 procent).

Figur 41: Andel ressourceforløb uden indsatser fordelt på ressourceforløbenes varighed.



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 118 ressourceforløbssager. **Note:** Der foreligger ikke data for 121 sager.

Slutteligt er det undersøgt, om der er forskel på andelen af forløb uden indsatser afhængigt af, om der foreligger en **plan med konkret indhold**. Resultatet viser, at der er en større andel af forløb uden indsatser i sager, hvor der ikke er beskrevet indsatser i indsatsdelen (33 procent) sammenlignet med sager, hvor der er beskrevet indsatser i indsatsdelen (23 procent), jf. figur 42.

Figur 42. Andel ressourceforløb uden indsatser fordelt på, om der er beskrevet indsatser i indsatsdelen eller ej



**Kilde:** Sagsgennemgang. **N:** 239 ressourceforløbssager.

Samlet set viser analysen således følgende angående ressourceforløb, hvor der ikke igangsættes en indsats:

- Der er en tendens til, at der i mindre omfang igangsættes indsatser for ældre borgere.
- Der igangsættes i mindre grad indsatser for borgere, der kommer fra sygedagpenge.
- Der er ikke en klar sammenhæng mellem sagernes varighed og andelen af sager, hvor der igangsættes en indsats
- I de sager, hvor der er beskrevet en indsats i indsatsdelen, igangsættes der også i højere grad indsatser.

I interviewene fremhæver de koordinerende sagsbehandlere følgende årsager til, at der i nogle ressourceforløb, hvor der foreligger en konkret beskrevet plan, ikke igangsættes indsatser:

- Fem koordinerende sagsbehandlere påpeger, at borgerens psykiske, mentale eller fysiske helbred i nogle tilfælde er så udfordret, at det ikke er muligt at deltage i nogen form for tilbud eller behandling.
- Tre koordinerende sagsbehandlere beskriver manglende samarbejdsvilje fra borgerens side, eksempelvis er der borgere, der ikke møder op på de

aftalte tidspunkter, som en forhindring i forhold til at igangsætte indsatsen.

## 7.5 Delkonklusion

Analysen af den tværfaglige indsats giver anledning til følgende konklusioner:

- I 25 procent af de gennemgåede ressourceforløbsager er der ikke igangsat en indsats. Der er således tale om, at ressourceforløbene ikke har et egentligt indhold i en fjerdedel af sagerne. I de resterende 75 procent af sagerne er der indhold i ressourceforløbet, men der går i gennemsnit næsten 100 dage, før den første indsats igangsættes.
- Der er stor kommunal variation i andelen af borgere, der har et ressourceforløb med et egentligt indhold. I nogle kommuner er der indenfor det første halve år igangsat indsats for samtlige borgere, mens der i andre er igangsat indsats for 40 procent af borgerne.

Ligesom der er stor kommunal variation i forhold til, om der igangsættes indsats, er der også kommunal variation, i forhold til *hvor hurtigt* den første indsats igangsættes. Det gennemsnitlige tidspunkt for igangsættelse af første indsats varierer fra 43 til 186 dage på tværs af kommunerne.

- Det er blevet undersøgt, om der er en sammenhæng mellem antallet af sager, som den koordinerende sagsbehandler har, og tidspunktet for igangsættelsen af den første indsats på tværs af kommunerne. Der kan ikke observeres nogen sammenhæng. Dette resultat understøttes ikke af de kvalitative data. Fem af de interviewede koordinerende sagsbehandlere fremhæver, at de oplever, at et stort antal sager er en udfordring for deres arbejde med borgerne. Der er således ikke en overensstemmelse mellem sagsbehandlerens oplevelser og data fra sagsgennemgangen og spørgeskemaundersøgelsen.
- Virksomhedsrettet indsats er den type indsats, hvor der i gennemsnit går længst tid, før den igangsættes, sammenlignet med andre typer indsats. Der går i gennemsnit 140 dage, før den første virksomhedsrettede indsats igangsættes, mens der i gennemsnit går 89 dage, før den første sociale indsats igangsættes. Dette resultat kan ikke forklares ud fra de kvalitative data. Koordinerende sagsbehandlere fra 10 kommuner vurderer således, at der går længere tid, inden der kan igangsættes en indsats, for borgere, der er blevet indstillet til indsats fra andre forvaltninger. Der er dermed ikke overensstemmelse mellem sagsbehandlerens oplevelse og data fra sagsgennemgangen.
- Den mest almindelige indsats i ressourceforløb er mentorstøtte, hvilket indgår i 33 procent af de sager, hvor der er en indsats. Der er igangsat virksomhedsrettede indsats i 21 procent af de sager, hvor der er en indsats. Der er en vis tendens til, at virksomhedsrettede indsats i højere grad igangsættes for borgere under 40 år, ligesom de unge også i højere grad modtager social indsats.
- Det kan konstateres, at rehabiliteringsteamet indstiller til en virksomhedsrettet indsats i 80 procent af sagerne, og at 66 procent af de koordinerende sagsbehandlere angiver, at borgeren altid eller ofte har behov for en virksomhedsrettet indsats netop ved overgangen til ressourceforløb. Samtidig kan det konstateres, at den virksomhedsrettede indsats i



langt mindre omfang er afspejlet i planen (33 procent) og i endnu mindre grad i den igangsatte indsats (21 procent).

- Der er en betydelig kommunal variation i omfanget af virksomhedsrettede indsatser, der igangsættes. I en af kommunerne er andelen 57 procent, mens den i andre er 7 procent. Det er undersøgt, hvorvidt der er en sammenhæng mellem andelen af ressourceforløbsager med en virksomhedsrettet indsats og den samlede andel af ydelsesmodtagere, der modtager en virksomhedsrettet indsats i kommunerne. Denne analyse viser, at de fire kommuner, der har den laveste andel ressourceforløbsager med en virksomhedsrettet indsats også har en andel ydelsesmodtagere, der modtager en virksomhedsrettet indsats, der ligger under landsgennemsnittet. Omvendt har flertallet af de kommuner, der har en høj andel ressourceforløb med virksomhedsrettede indsatser, også en relativt høj andel ydelsesmodtagere, der modtager en virksomhedsrettet indsats.
- Virksomhedskonsulentens tilstedeværelse på møderne i rehabiliteringsteamet kan være medvirkende til at fremrykke tidspunktet for igangsættelse af den virksomhedsrettede indsats. Analysen viser, at jo større en andel af rehabiliteringsteamets medlemmer, der angiver, at der altid eller ofte er en virksomhedskonsulent til stede på mødet, jo kortere tid går der i gennemsnit, inden den første virksomhedsrettede indsats igangsættes.
- Der er generelt overensstemmelse mellem omfanget af de tværfaglige hensyn til borgerens udfordringer, der beskrives i indstillingen, og som fremgår af selve rehabiliteringsplanen og de faktisk gennemførte virksomhedsrettede indsatser. I omkring halvdelen (48 procent) af de sager, hvor der er igangsat en virksomhedspraktik, er det eksplicit beskrevet, hvilke hensyn der tages til borgeren på praktikstedet, og disse er generelt i overensstemmelse.
- Deloitte vurderer, at den manglende igangsættelse af indsatser og den betydelige kommunale variation skyldes organisatoriske, styrings- og ledelsesmæssige forskelle mellem kommunerne. Medarbejderne i kommunerne peger på en række mulige forklaringer på, hvorfor der i nogle tilfælde ikke igangsættes indsatser i ressourceforløbene. Dette synes dog ikke at kunne forklare den samlede kommunale variation i andelen af ressourceforløbsager, hvor der ikke igangsættes en indsats. Ydermere fremgår det af interviewene, at sagsbehandlere i høj grad peger på enkeltstående forklaringer eller årsager knyttet til den enkelte sag, når de skal forklare, hvorfor der ikke igangsættes indsatser.
- Det er undersøgt, hvad der kendetegner de sager, hvor der ikke er igangsat en indsats. Analysen har vist følgende:
  - Der er en tendens til, at der i mindre omfang igangsættes indsatser for ældre borgere.
  - Der igangsættes i mindre grad indsatser for borgere, der kommer fra sygedagpenge.
  - Der er ikke en klar sammenhæng mellem sagernes varighed og andelen af sager, hvor der igangsættes en indsats
  - I de sager, hvor der er beskrevet en indsats i indsatsdelen, igangsættes der også i højere grad indsatser.
- I interviewene fremhæver de koordinerende sagsbehandlere følgende årsager til, at der i nogle ressourceforløb, hvor der foreligger en konkret beskrevet plan, ikke igangsættes indsatser:

- Fem koordinerende sagsbehandlere påpeger, at borgerens psykiske, mentale eller fysiske helbred i nogle tilfælde er så udfordret, at det ikke er muligt at deltage i nogen form for tilbud eller behandling.
- Tre koordinerende sagsbehandlere beskriver manglende samarbejdsvilje fra borgerens side, eksempelvis er der borgere, der ikke møder op på de aftalte tidspunkter, som en forhindring i forhold til at igangsætte indsatser.

## 8 Sundhedsfaglig rådgivning

Kommunerne benytter muligheden for at få løbende sundhedsfaglig rådgivning fra sundhedskoordinatoren før mødet i rehabiliteringsteamet i 15 procent af sagerne og i 13 procent af sagerne efter mødet. Der er sket en betydelig stigning i kommunernes brug af attesten fra klinisk funktion siden 2014. Fra 2016 til 2017 ser stigningen ud til at være aftagende.

Klinisk funktion og sundhedskordinatorfunktionen er etableret med det formål at sikre kommunerne en entydig og koordineret adgang til rådgivning og vurdering i det regionale sundhedsvæsen. Sundhedskoordinatoren skal – udover at deltage på mødet i rehabiliteringsteamet – yde sundhedsfaglig rådgivning til kommunen, før og efter sagen behandles i rehabiliteringsteamet, hvis kommunen anmoder om det.

Kommunerne kan via en anmodning til klinisk funktion (LÆ 271) få en vurdering af borgerens helbredssituation i forhold til mulighederne for arbejde eller uddannelse.

Klinisk funktion afgiver vurderingen i form af en attest (LÆ 275) på baggrund af de oplysninger, klinisk funktion har modtaget fra kommunen i forbindelse med kommunens anmodning, og en konsultation med borgeren.

### 8.1 Løbende sundhedsfaglig sparring

Af bekendtgørelse om kommuners og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob, førtidspension mv. fremgår det, at sundhedskordinator skal yde sundhedsfaglig rådgivning til kommunen, før og efter sagen behandles i rehabiliteringsteamet, hvis kommunen anmoder om det.

Sundhedskoordinatorens rådgivning kan blandt andet bestå af:

1. Rådgivning om mulighederne for, at en borger kan fortsætte i et ressourceforløb eller et fleksjob.
2. En anbefaling om, at borgerens helbredsforhold i forhold til at kunne arbejde vurderes i klinisk funktion.
3. En anbefaling om, at borgeren skal opfordres til at opsøge den praktiserende læge for udredning eller behandling efter de almindelige regler i sundhedslovgivningen.

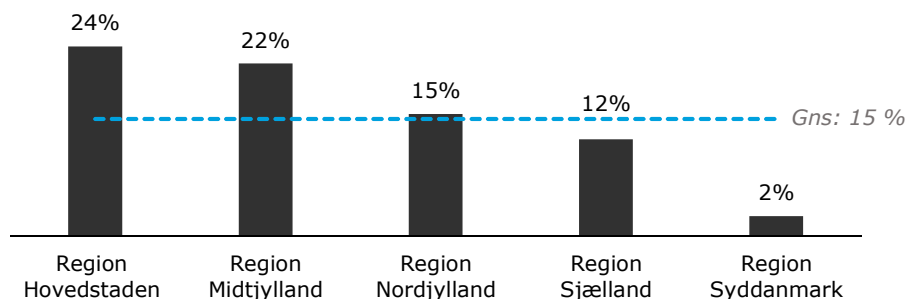
### Inden mødet i rehabiliteringsteamet

Spørgeskemaundersøgelsen blandt sundhedskordinatorerne viser, at sundhedskordinatorerne inden mødet i rehabiliteringsteamet i gennemsnit har

ydet sundhedsfaglig rådgivning i 15 procent af de sager, som de er med til at behandle på mødet.

Der er betydelig variation på tværs af regionerne, hvad angår kommunernes inddragelse af sundhedskoordinatorerne. I én af regionerne inddrages sundhedskoordinatoren gennemsnitligt i 2 procent af de sager, de behandler på mødet i rehabiliteringsteamet, mens sundhedskoordinatoren i en anden region inddrages i 24 procent af de sager, de er med til at behandle på mødet i rehabiliteringsteamet, jf. figur 43.

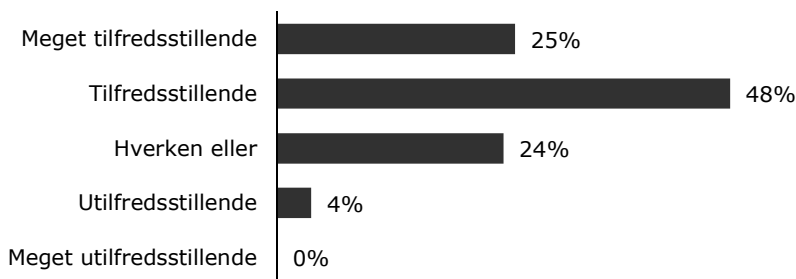
Figur 43. Sundhedskoordinatorernes gennemsnitlige inddragelse i forberedelsen af de sager, de er med til at behandle i rehabiliteringsteamet, fordelt på regioner



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt regionernes sundhedskoordinatorer. **N:** 92.

Som figur 44 viser, svarer 73 procent af de adspurgte sundhedskoordinatorer, at de oplever samarbejdet med jobcenterets sagsbehandlere i forbindelse med sagsbehandlerens forberedelse af sagerne som tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende. Overordnet vurderer sundhedskoordinatorerne således samarbejdet med sagsbehandleren, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del, som velfungerende.

Figur 44: Fordeling af tilfredshed med samarbejdet mellem sundhedskoordinator og sagsbehandler i forbindelse med sagsbehandlerens forberedelse af sagen inden mødet i rehabiliteringsteamet.



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt regionernes sundhedskoordinatorer. **N:** 92.

**Note:** Antallet af respondenter, der har svaret "ved ikke", er 7.

Der kan observeres en vis sammenhæng mellem sagsbehandlerens inddragelse af sundhedskoordinatoren og sundhedskoordinatorens vurdering af samarbejdet med kommunerne.

- I de to regioner (Region Hovedstaden og Region Midtjylland), hvor sagsbehandlerne oftest inddrager sundhedskoordinatoren, tilkendegiver henholdsvis 43 og 36 procent af sundhedskoordinatorerne, at de er meget tilfredse med samarbejdet med kommunerne.
- I Region Nordjylland og Region Sjælland, hvor sagsbehandlerne i mindre grad inddrager sundhedskoordinatoren, er henholdsvis 8 og 12 procent af sundhedskoordinatorerne meget tilfredse med samarbejdet.

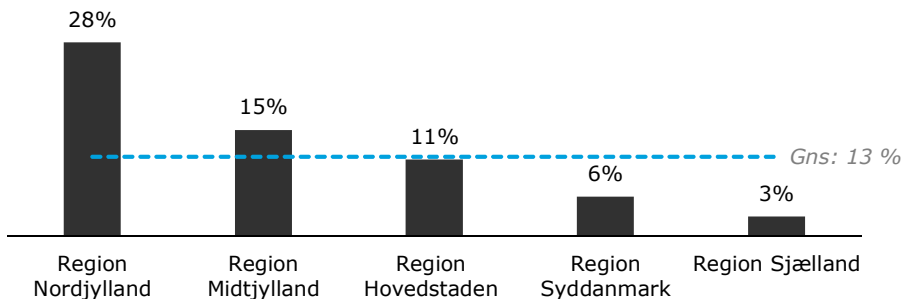
Denne sammenhæng gør sig dog ikke gældende for Region Syddanmark, hvor sagsbehandlerne inddrager sundhedskoordinatoren mindst. Her er 40 procent af sundhedskoordinatorerne meget tilfredse med samarbejdet.

### Efter mødet i rehabiliteringsteamet

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen viser, at sundhedskoordinatorerne i gennemsnit har ydet sundhedsfaglig rådgivning efter mødet i rehabiliteringsteamet i 13 procent af sagerne.

Af figur 45 fremgår det, at der er en betragtelig variation på tværs af regionerne, hvad angår de koordinerende sagsbehandlers efterspørgsel efter rådgivning fra sundhedskoordinatoren. I Region Sjælland inddrages sundhedskoordinatoren i gennemsnit i 3 procent af sagerne, mens sundhedskoordinatoren i Region Nordjylland i gennemsnit kontaktes af den koordinerende sagsbehandler i 28 procent af sagerne.

Figur 45. Fordeling af hvor stor en andel af de sager, som sundhedskoordinator er med til at behandle på mødet i rehabiliteringsteamet, hvor sundhedskoordinator kontaktes efter mødet i rehabiliteringsteamet.



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt regionernes sundhedskoordinatorer. **N:** 92.

Der er en vis sammenhæng mellem kommunernes brug af sundhedsfaglig rådgivning før og efter mødet i rehabiliteringsteamet på tværs af de fem regioner.

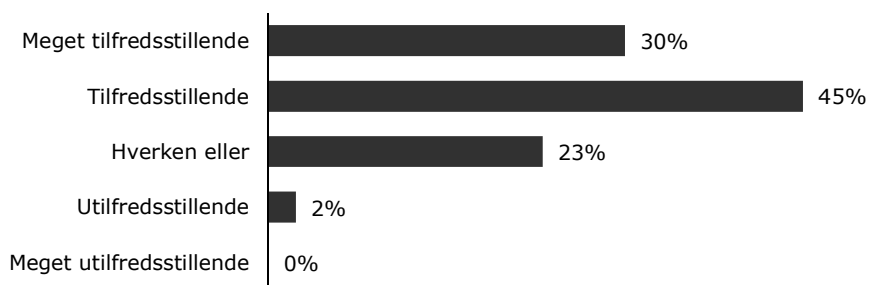
- I Region Syddanmark og Region Sjælland benytter kommunerne den løbende sundhedsfaglige rådgivning mindst – både før og efter mødet i rehabiliteringsteamet (henholdsvis 2 og 12 procent af sagerne før mødet og 6 og 3 procent efter mødet).
- I Region Nordjylland benytter kommunerne oftest sundhedsfaglig rådgivning efter mødet i rehabiliteringsteamet (15 procent af sagerne før mødet og 28 procent af sagerne efter).
- Kommunerne i Region Midtjylland og Region Hovedstaden benytter oftest sundhedsfaglig rådgivning før mødet (henholdsvis 22 og 24 procent af sagerne før mødet og 15 og 11 procent efter mødet).

De sagsbehandlere, der benytter sig af sparring med sundhedskoordina-  
 ren, fremhæver følgende situationer, hvor de særligt gør brug af sparring  
 med sundhedskoordina-toren:

1. I sager, hvor indstillingen eksplicit beskriver behov for yderligere afkla-  
 ring af borgerens helbred.
2. I forbindelse med særligt komplekse sager, hvor borgeren for eksempel  
 har flere forskellige diagnoser, der giver behov for yderligere belysning  
 af borgerens helbredstilstand.
3. I sager, hvor den koordinerende sagsbehandler er i tvivl om, hvilke be-  
 handlingsmuligheder borgeren har behov for.
4. I sager, hvor sagsbehandlerne har brug for vejledning til at forstå ind-  
 holdet i sagens lægelige dokumenter.

Figur 46 viser, at 75 procent af sundhedskoordina-torerne svarer, at de vur-  
 derer samarbejdet med jobcenterets sagsbehandlere efter mødet i rehabili-  
 teringsteamet som tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende. Tilfreds-  
 heden med samarbejdet med den koordinerende sagsbehandler er derfor på  
 samme niveau som tilfredsheden med samarbejdet med sagsbehandleren,  
 der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del (73 procent).

Figur 46: Fordeling af tilfredshed med samarbejdet mellem sundhedskordinator  
 og sagsbehandler efter mødet i rehabiliteringsteamet.



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt regionernes sundhedskoordina-torer. **N:** 92.

**Note:** Antallet af respondenter, der har svaret "ved ikke", er 5.

Sundhedskoordina-torerne har i dag ikke mulighed for at tilgå oplysningerne  
 i borgerens sygehusjournaler vedrørende behandlinger, som borgeren har  
 modtaget, til brug for den løbende sundhedsfaglige rådgivning af kommu-  
 nerne. De interviewede repræsentanter fra klinisk funktion er delte i spørgs-  
 målet om, hvorvidt en øget adgang til borgerens journaloplysninger vil for-  
 bedre sundhedskoordina-torerens arbejde.

En interviewet repræsentant fra klinisk funktion fremhæver, at manglende  
 adgang til borgerens sundhedsoplysninger fører til længere sagsbehand-  
 lingstid, da klinisk funktion skal vente på, at kommunen giver adgang til de  
 sundhedsoplysninger, der ligger på borgerens sag.

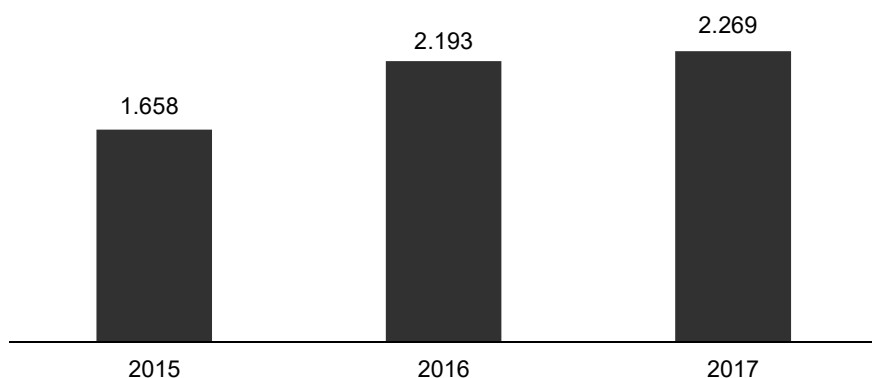
Omvendt tilkendegiver to andre repræsentanter fra klinisk funktion, at de  
 ikke ønsker øget adgang til borgerens sundhedsoplysninger. Dette begrun-  
 des med, at det vil øge arbejdsmængden for sundhedskoordina-tor, hvis  
 sundhedskoordina-tor får mulighed for at gennemse hele borgerens journal-  
 historik.

## 8.2 Indhentning af lægeattester fra klinisk funktion

Som tidligere nævnt, kan kommunerne via en anmodning til klinisk funktion (LÆ 271) få en vurdering af borgerens helbredssituation i forhold til mulighederne for arbejde eller uddannelse. Klinisk funktion afgiver vurderingen i form af en attest (LÆ 275) på baggrund af de oplysninger, som klinisk funktion har modtaget fra kommunen i forbindelse med kommunens anmodning, og en konsultation med borgeren.

I perioden fra 2015 til 2016 er der sket en stigning på 32 procent i antallet af udarbejdede attester. Niveaulet for 2017 forventes at nå nogenlunde samme niveau som i 2016, hvor der blev udarbejdet knap 2.200 attester.

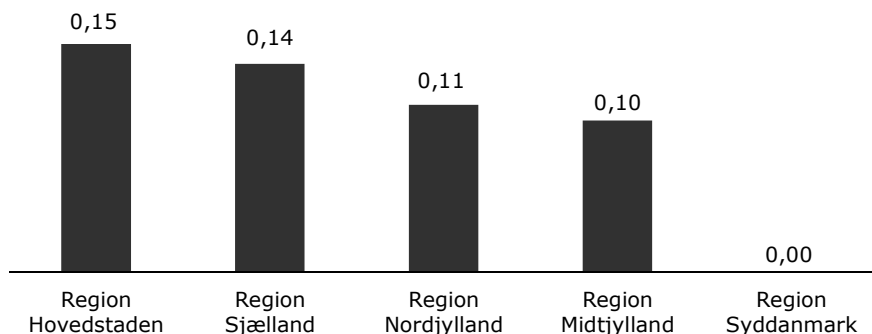
Figur 47. Fordeling af antallet af attester fra klinisk funktion (LÆ 275) i perioden 2014-2017



**Kilde:** Data fra kliniske funktioner. **Note:** Antallet af LÆ 275 i 2017 er beregnet på baggrund af en lineær fremskrivning af data fra 1. til 3. kvartal. Data fra Region Hovedstaden i 2014 er ikke tilgængelige.

Nedenstående figur viser antallet af attester fra klinisk funktion i forhold til antallet af ressourceforløb for hver af de fem regioner i 2016. I fire af regionerne (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Midtjylland) ligger antallet af attester per ressourceforløb på mellem 0,1 og 0,15. I Region Syddanmark er der udarbejdet to attester i hele 2016 – svarende til 0,4 attester per 1.000 ressourceforløb. I de første tre kvartaler af 2017 er der i alt udarbejdet 21 attester fra klinisk funktion i Region Syddanmark.

Figur 48. Andel attester fra klinisk funktion (LÆ 275) per ressourceforløb fordelt på regioner, 2016

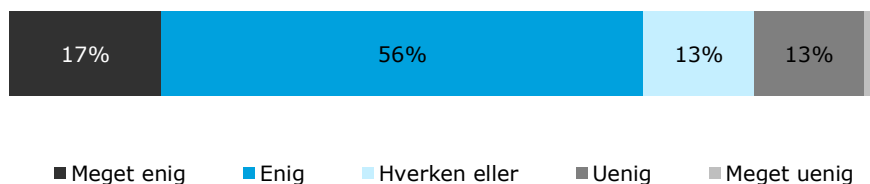


**Kilde:** Data fra kliniske funktioner og jobindsats.dk.

### Kvaliteten af attesterne fra klinisk funktion

I spørgeskemaundersøgelsen svarer 73 procent af kommunerne, at de enten er enige eller meget enige i, at attesterne opfylder det informationsbehov, som kommunerne har, jf. figur 41. Der er således generelt tilfredshed med indholdet af attesterne fra klinisk funktion.

Figur 49. Fordeling af, hvor enige kommunerne er i, at lægeattesterne fra klinisk funktion opfylder det informationsbehov, kommunerne har



**Kilde:** Spørgeskemaundersøgelse blandt kommunerne. **N:** 63.

I interviewene beskriver tre koordinerende sagsbehandlere, at der primært anmodes om attester fra klinisk funktion i de sager, hvor borgeren er udfordret af flere helbredsmæssige problemstillinger. Attesterne kan i disse sager bidrage til at danne overblik over borgerens helbredssituation og skabe tydelighed om, hvordan borgerens diagnoser påvirker hinanden.

Derudover beskriver tre interviewede koordinerende sagsbehandlere, at attesterne er særlig brugbare i sager, hvor borgerens diagnose ikke er klar. Sagsbehandlerne nævner, at attesterne fra klinisk funktion både anvendes til at præcisere eller afklare borgerens diagnose og til at opstille konkrete handlemuligheder for sagsbehandleren på baggrund af den nye diagnosticering.

### 8.3 Delkonklusion

Analysen af kommunernes brug af den sundhedsfaglige rådgivning fra klinisk funktion har givet anledning til følgende konklusioner:

- Sundhedskoordinatoren inddrages i begrænset omfang i sager, der behandles på mødet i rehabiliteringsteamet. Sundhedskoordinatoren inddrages i gennemsnit i 15 procent af de sager, som vedkommende er



med til at behandle på rehabiliteringsmødet, før mødet, mens sundhedskoordinatoren yder sundhedsfaglig rådgivning efter mødet i rehabiliteringsteamet i 13 procent af sagerne.

- Der er sket en stigning i kommunernes anvendelse af attesterne fra klinisk funktion i perioden 2015-2016 på 32 procent. I 2017 ser niveauet ud til at ligne 2016, hvor der blev udarbejdet omkring 2.200 attester på landsplan. I fire af landets regioner er omfanget af attester fra klinisk funktion relativt ens, mens antallet af attester, der udarbejdes i Region Syddanmark, er ganske begrænset.
- I spørgeskemaundersøgelsen svarer 73 procent af kommunerne, at de enten er enige eller meget enige i, at attesterne opfylder det informationsbehov, kommunerne har.

# Bilag A. Datagrundlag

Gennem metodisk triangulering sikres en evaluering, der er baseret på et solidt datagrundlag, der belyser rehabiliteringsteamet og den tværfaglige indsats fra alle relevante aktørers perspektiv.

Tabel 1. Datagrundlag for evalueringen

Datakilder	Population	Dataindsamlingsmetode	Stikprøvestørrelse
Jobcentre	94	Spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere i alle kommunale jobcentre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.565 medarbejdere<sup>1</sup>, heraf:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– 501 sagsbehandlere, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del.</li> <li>– 698 medlemmer af rehabiliteringsteam.</li> <li>– 940 koordinerende sagsbehandlere.</li> </ul> </li> <li>• Samlet set 2.308 besvarelser.</li> <li>• 76 jobcentre har deltaget – svarende til 81 procent.</li> </ul>
		Spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets jobcentre.	75 jobcentre har deltaget – svarende til 80 procent.
		Besøg i og interview med udvalgte jobcentre.	Der er gennemført 40 interview i 12 jobcentre med ledere, mødeledere, koordinerende sagsbehandlere og sagsbehandlere, der udarbejder den forberedende del.
Sundhedskoordinatorer	127	Spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets sundhedskoordinatorer.	92 sundhedskoordinatorer har deltaget – svarende til 72 procent.
		Besøg i og interview med klinisk funktion i alle landets fem regioner.	Ledere og medarbejdere i alle fem regioner.
Sager	N/A	Sagsgennemgang af uafsluttede sager, der har været behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet i 1. kvartal 2017.	Der er gennemgået 397 sager fra 17 jobcentre.
Registerdata	N/A	Data fra EG. Kommuneinformation.	Dato for afsendelse af anmodninger (LÆ 271) og modtagelse af lægeattester (LÆ 275) fra 17 jobcentre.
		Data fra klinisk funktion.	Antal afsendte anmodninger (LÆ 271) og modtagne lægeattester (LÆ 275) fra alle landets jobcentre (2014-2017).
		Data fra Jobindsats.dk.	Opgørelser over borgere, der modtager ressourceforløb.

**1)** Den samme medarbejder kan varetage mere end én funktion, hvorfor det samlede antal besvarelser er større end antallet af medarbejdere, der har deltaget i undersøgelsen.

De forskellige dataindsamlingsmetoder er beskrevet yderligere i det efterfølgende afsnit.

### Spørgeskemaundersøgelse

Der er gennemført tre spørgeskemaundersøgelser til brug for evalueringen:

1. Spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere i alle kommunale jobcentre (svarprocent blandt jobcentrene: 81).
2. Spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets jobcentre (svarprocent blandt jobcentrene: 80).
3. Spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets sundhedskoordinatorer (svarprocent blandt sundhedskoordinatorerne: 72).

Spørgeskemaerne omhandler faktuelle forhold samt respondenternes vurderinger i forhold til rehabiliteringsteamet og den tværfaglige indsats. Spørgeskemaundersøgelserne er sendt elektronisk til alle tre grupper af respondenter.

Spørgeskemaundersøgelserne har en svarprocent mellem 72 og 81, og jobcentrene fra de seks største kommuner har deltaget i begge spørgeskemaundersøgelser blandt jobcentrene. Spørgeskemaundersøgelserne betragtes dermed som et tilfredsstillende datagrundlag for evalueringen.

### Interview

Der er gennemført 40 interview i 12 jobcentre med ledere, mødeledere, koordinerende sagsbehandlere og sagsbehandlere, der udarbejder den forberedende del. Herudover er der gennemført interview med ledere og medarbejdere i klinisk funktion i alle fem regioner.

Interviewene er gennemført som personlige interview, fokusgruppeinterview eller telefoninterview. Og er afholdt som semistrukturerede interview ud fra en fast spørgeguide.

### Sagsgennemgang

Der er foretaget en sagsgennemgang af 397 sager, der har været behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet i 17 kommuner i perioden 1. kvartal 2016 til 1. kvartal 2017. 20 repræsentativt udvalgte kommuner er opfordret til at levere 25 sager hver – svarende til 500 sager i alt. 3 kommuner har ikke ønsket at deltage og to kommuner har leveret under 10 sager hver indenfor evalueringens tidsperiode. De modtagne sager er blevet gennemgået og 397 lever på til kravene for at kunne indgå i sagsgennemgangen. Ud af de 397 sager, er 239 sager indstillet til ressourceforløb, 81 indstillet til fleksjob og 77 indstillet til førtidspension.

Sagerne er gennemgået efter en på forhånd udviklet skabelon, hvori der for hver sag er noteret en række faktiske forhold vedrørende sagen, for eksempel tidspunkter for de forskellige sagsskridt samt antal og type af indsatser i henholdsvis indstillingen, rehabiliteringsplanens indsatsdel samt i ressourceforløbet. Det skal bemærkes, at der ikke er foretaget vurderinger af sagsbehandlingen i de gennemgåede sager.

### Registerdata

Der er indsamlet data fra klinisk funktion i alle fem regioner angående antal modtagne anmodning om lægeattest (LÆ271) og afsendte attester fra klinisk funktion (LÆ275) samt data fra EG. Kommuneinformation angående Afsendte anmodninger (LÆ261) og modtagne lægeattester (LÆ265). Herudover er trukket data angående borgere, der modtager ressourceforløb, på jobindsats.dk.



#### **Om Deloitte**

Deloitte leverer ydelser indenfor revision, consulting, financial advisory, risikostyring, skat og dertil knyttede ydelser til både offentlige og private kunder i en lang række brancher. Deloitte betjener fire ud af fem virksomheder på listen over verdens største selskaber, Fortune Global 500®, gennem et globalt forbundet netværk af medlemsfirmaer i over 150 lande, der leverer kompetencer og viden i verdensklasse og service af høj kvalitet til at håndtere kundernes mest komplekse forretningsmæssige udfordringer. Vil du vide mere om, hvordan Deloitte omkring 245.000 medarbejdere gør en forskel, der betyder noget, så besøg os på Facebook, LinkedIn eller Twitter.

Deloitte er en betegnelse for Deloitte Touche Tohmatsu Limited, der er et britisk selskab med begrænset ansvar, og dets netværk af medlemsfirmaer og deres tilknyttede virksomheder. Hvert medlemsfirma udgør en separat og uafhængig juridisk enhed. Vi henviser til [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about) for en udførlig beskrivelse af den juridiske struktur i Deloitte Touche Tohmatsu Limited og dets medlemsfirmaer.