



Evaluering af reform af førtidspension og fleksjob: hovedrapport

Marts 2018

Indhold

1. Indledning	5
1.1 Reformen af førtidspension og fleksjob	5
1.2 Baggrund for reformen	5
1.3 Evalueringsgrundlag	5
1.4 Rapportens struktur	6
1.5 Hovedkonklusioner	7
2. Udvikling på reformområdet	11
2.1 Baggrund for reformen af førtidspension og fleksjob	11
2.2 Opfølgning på reformøkonomien	12
2.3 Bruttomålgruppen	13
2.4 Reformgruppen	15
2.5 De enkelte ordninger	17
2.6 Reformøkonomien	20
2.7 Konklusioner og opmærksomhedspunkter	22
3. Borgeroplevelsen	24
3.1 Borgernes generelle tilfredshed	24
3.2 Borgernes tro på fremtiden og oplevelse af helbredsmestring	27
3.3 Borgernes tilfredshed og oplevelse af inddragelse i processen	31
3.4 Borgernes tilfredshed med indsatsen	33
3.5 Borgernes oplevelse af jobfokus samt plan og mål for forløbet	36
3.6 Konklusioner og opmærksomhedspunkter	38
4. Ressourceforløb	41
4.1 Hvor mange er i ressourceforløb?	41
4.2 Hvem er i ressourceforløb?	44
4.3 Hvilke indsatser modtager borgere i ressourceforløb?	50
4.4 Virksomhedsrettede indsatser	54
4.5 Social- og sundhedsindsatser	57
4.6 Ressourceforløb uden indsats	61
4.7 Konklusioner og opmærksomhedspunkter	62
5. Fleksjobordningen	65
5.1 Hvordan har udviklingen været i fleksjobordningen?	66
5.2 Hvem er de fleksjobvisiterede i den nye ordning?	67
5.3 Fleksjobbernes arbejdsmarked	71
5.4 Ledighedsydelse efter reformen	74
5.5 Fleksjob med en lav ugentligt arbejdstid	76
5.6 Progression i fleksjob	77
5.7 Fastholdelsesfleksjob efter reformen	85
5.8 Konklusioner og opmærksomhedspunkter	87
6. Førtidspension	91
6.1 Hvor mange modtager førtidspension?	91
6.2 Hvem tilkendes førtidspension efter reformen?	93
6.3 Arbejdsmarkedet for førtidspensionister	98

6.4	Tilkendelser uden ressourceforløb eller forelæggelse for rehabiliteringsteamet	98
6.5	Seniorførtidspension	100
6.6	Kommunal variation i tilkendelser til førtidspension	101
6.7	Konklusioner og opmærksomhedspunkter	105
7.	Rehabiliteringsteam	107
7.1	Trin 1. Forberedelse af sagen	108
7.2	Trin 2. Mødet i rehabiliteringsteamet	111
7.3	Trin 3. Rehabiliteringsplanens indsatsdel	118
7.4	Inddragelse af borgeren og pårørende	123
7.5	Konklusioner og opmærksomhedspunkter	126
8.	Sundhedsmodellen: Samarbejde med borgeren i centrum	129
8.1	Implementering af samarbejdsmodellen	130
8.2	Samarbejdet med de praktiserende læger	133
8.3	Konklusioner og opmærksomhedspunkter	138
9.	Datadeling til opfølgning og administration	140
9.1	Nationalt niveau: Data til statistik og opfølgning	141
9.2	Kommunalt niveau: Data til ledelsesinformation til styring og tilrettelæggelse (statistik og opfølgning)	144
9.3	Sagsbehandlerniveau: Data og information til sagsbehandling og administration	145
9.4	Konklusioner og udfordringer	148
10.	Administrative udfordringer og mulige forbedringer	150
10.1	Oplevede udfordringer	151
10.2	Forslag til forbedringer	152
	Materialeliste	154

“Førtidspension og fleksjob er centrale dele af det sociale sikkerhedsnet i Danmark.”

Aftale om en reform af førtidspension og fleksjob, juni 2012

1. Indledning

Der er gennemført en omfattende evaluering af reformen af førtidspension og fleksjob. Denne rapport beskriver de samlede resultater af de gennemførte analyser og giver et grundigt overblik over udviklingen indenfor reformområdet og implementeringen af reformens hovedelementer.

1.1 Reformen af førtidspension og fleksjob

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

Reformen er baseret på følgende principper:

- Flest muligt skal i arbejde og forsørge sig selv.
- Udviklingen på området skal vendes, så flere får tilknytning til arbejdsmarkedet og dermed adgang til at forsørge sig selv, og færrest muligt ender på varig passiv forsørgelse.
- Flest muligt skal ansættes i ordinær beskæftigelse.
- Der skal være større fokus på den enkelte borgers ressourcer og på at udvikle borgerens arbejdsevne.
- Fleksjobordningen målrettes, og tilskuddet omlægges, så også personer med lille arbejdsevne kan komme ind i ordningen.
- Adgangen til førtidspension begrænses, og der indføres ressourceforløb, der skal sikre en tidligere, tværfaglig og sammenhængende indsats.

1.2 Baggrund for reformen

Da aftalen om reformen af førtidspension og fleksjob blev indgået i 2012, skete det som konsekvens af, at forudsætningerne for den reform af området, der blev aftalt i 2000 med en efterfølgende justering af fleksjob i 2006, viste sig ikke at holde.

Baggrunden for aftalen i 2012 var dermed, at forventningerne til reformen fra 2000 ikke var blevet indfriet. I 2012 var der 313.000 personer på førtidspension, i fleksjob eller på ledighedsydelse, hvilket samlet set var 55.000 flere end forudsat, og udgifterne til de tre ordninger var cirka 9 mia. kr. højere end forventet.

1.3 Evalueringsgrundlag

Ved indgåelse af aftalen om reformen af førtidspension og fleksjob aftalte forligspartierne, at der skulle følges op på reformen løbende, og senest i 2017 skulle der udarbejdes en gennemgående evaluering af hele reformen. Derfor har Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) gennemført en evaluering af reformen af førtidspension og fleksjob i løbet af 2017.

Evalueringen består af et stort antal selvstændige analyser og delevalueringer, der alle er færdiggjort med udgangen af 2017 eller i starten af 2018. Analyserne og delevalueringerne er udarbejdet af Beskæftigelsesministeriet og eksterne leverandører. I bilag findes en materialeoversigt med en oversigt over de gennemførte analyser og delevalueringer. De væsentligste resultater af de gennemførte analyser og delevalueringer er samlet i denne rapport, der er udarbejdet af Deloitte.

Rapporten har følgende overordnede formål:

1. At belyse den realiserede udvikling på reformområdet og afdække, om forudsætninger i reformen ser ud til at blive indfriet.
2. At beskrive borgernes oplevelse af indsats, tilfredshed og progression.
3. At beskrive implementeringen af reformens hovedelementer.

1.4 Rapportens struktur

For at opfylde de tre overordnede formål er rapporten struktureret i tre dele:

Del 1. Udvikling på reformområdet og borgeroplevelse

Del 2. Reformens tre borgerspor

Del 3. Implementering af reformens hovedelementer

Udvikling på reformområdet og borgeroplevelse er hovedrapportens første del. Denne del giver et samlet overblik over, hvordan udviklingen har været i reformperioden blandt de grupper, der er berørt af reformen, og hvordan de offentlige udgifter og aktiviteten på reformområdet har udviklet sig i forhold til det forudsatte. Herudover belyser rapportens første del borgernes oplevelse af og tilfredshed med reformen.

Der indgår to kapitler i hovedrapportens første del:

1. Udvikling på reformområdet (kapitel 2)
2. Borgeroplevelsen (kapitel 3).

I rapportens anden del, *Reformens tre borgerspor*, præsenteres hovedresultater fra analyser og delevalueringer vedrørende målgrupper og indsatser indenfor hver af reformens tre ydelsesområder: ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. Udfordringer og centrale opmærksomhedspunkter indenfor de tre ordninger analyseres ligeledes i rapportens del 2.

Der indgår tre kapitler i rapportens anden del. Disse tre kapitler er:

1. Ressourceforløb (kapitel 4)
2. Fleksjobordningen (kapitel 5)
3. Førtidspension (kapitel 6).

Tredje del, *Implementering af reformens hovedelementer*, omfatter analyser af kommunernes implementering af specifikke dele af reformen af førtidspension og fleksjob. I denne del af rapporten er fokus på, hvordan kommuner har tilrettelagt, organiseret og implementeret udvalgte centrale reformelementer i henhold til intentionerne.

Rapportens sidste del udgøres af fire kapitler:

1. Rehabiliteringsteam (kapitel 7)
2. Sundhedsmodellen: samarbejde med borgeren i centrum (kapitel 8)
3. Datadeling til opfølgning og administration (kapitel 9)
4. Administrative udfordringer og mulige forbedringer (kapitel 10).

For en nærmere beskrivelse af hver af disse analyser og en yderligere redegørelse for datagrundlaget for de præsenterede resultater henvises til de enkelte analyser og devalueringer.

I bilag findes en materialeliste, der indeholder en oversigt over baggrundsanalyser og devalueringer anvendt i nærværende rapport.

1.5 Hovedkonklusioner

Den samlede evaluering af reformen af førtidspension og fleksjob peger på følgende hovedkonklusioner:

Flere i ordninger med en vis tilknytning til arbejdsmarkedet

Siden reformen trådte i kraft i 2013, har den samlede aktivitet på reformområdet ligget stabilt. Udviklingen dækker over, at aktiviteten i ressourceforløb og førtidspension har været lavere end forudsat, mens aktiviteten i fleksjobordningen ligger over det forudsatte i reformen.

Det kan konstateres, at der efter reformen samlet set er færre i varig passiv forsørgelse på førtidspension og flere i ordninger med en vis tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket også var intentionen med reformen.

Borgertilfredsheden er forholdsvis høj

Evalueringen viser, at størstedelen af borgerne er tilfredse med deres forløb og tilkendelse af ydelse. Især er borgere i fleksjobordningen og på førtidspension tilfredse, og stort set ingen på disse to ordninger er utilfredse med deres forløb eller ydelse.

Blandt borgere i ressourceforløb er tilfredsheden mindre – her er omkring halvdelen tilfredse. Det er de unge og personer med psykisk sygdom, der er mest tilfredse med deres ressourceforløb.

Aktiviteten i fleksjobordningen er større end ventet

Fleksjobordningen rummer i dag en stor gruppe borgere, der er ansat med en lav ugentlig arbejdstid, og der er generelt stor tilfredshed med fleksjobordningen blandt både borgere, virksomheder og kommuner.

Fra reformens start og til i dag er der oprettet mere end 25.000 fleksjob med en arbejdstid på 10 timer eller mindre – det er mere end forventet. Dertil har der siden reformen været en faldende arbejdstid i ordningen. Før reformen var det ikke attraktivt at oprette fleksjob med en lav ugentlig arbejdstid, men i dag er der relativt mange borgere, der er i støttet beskæftigelse i fleksjobordningen med en lav ugentlig arbejdstid. Før reformen ville en stor del af disse borgere med stor sandsynlighed have været på førtidspension eller ledighedsydelse.

På trods af, at der er oprettet et stort antal fleksjob med en lav ugentlig arbejdstid, er det kun i begrænset omfang lykkedes at skabe progression i den ugentlige arbejdstid i fleksjobbene. Dette udgør en udfordring, da det er hensigten, at den ugentlige arbejdstid i fleksjobbet skal tilpasses i takt

med, at den enkeltes arbejdsevne udvikles i ansættelsen. Evalueringen indikerer, at der er et potentiale for at øge timerne i fleksjob.

I reformperioden er ledigheden i fleksjobordningen faldet, men der er en gruppe af borgere (omkring 3.000), der har mere end to års anciennitet på ledighedsydelse. Dette udgør en udfordring, da ledighedsydelse ikke er tiltænkt som en langvarig forsørgelsesordning.

Med reformen blev der indført krav om dokumentation i forbindelse med fastholdelsesfleksjob. Kommunerne og virksomhederne oplever, at kravene om dokumentation ikke fungerer.

Ressourceforløbene er ikke fuldt implementeret

Ordningen om ressourceforløb er taget i brug i alle landets kommuner, og i dag er der mere end 20.000 igangværende ressourceforløb. Implementeringen af ressourceforløbene er foregået langsommere end forventet og er fortsat i gang. Evalueringen viser, at der er udfordringer med at iværksætte beskæftigelsesrettede indsatser, herunder særligt de virksomhedsrettede indsatser i ressourceforløbene. Det fremgår, at:

- 38 procent af borgerne i ressourceforløb ikke modtager en beskæftigelsesrettet indsats i løbet af det første år i ressourceforløbet.
- Alene 21 procent af borgerne i ressourceforløb modtager en virksomhedsrettet indsats i løbet af det første år i ressourceforløbet.

Både i det tværfaglige rehabiliteringsteam og blandt de koordinerende sagsbehandlere er der enighed om, at der er brug for virksomhedsrettede indsatser i langt størstedelen af forløbene. Men når sagen overgår til den koordinerende sagsbehandler, og rehabiliteringsteamets indstilling skal udmøntes i forløbet, kan det konstateres, at der opstår en udfordring med eksekveringen. I forhold til de sociale indsatser i ressourceforløbene er det en udfordring, at der hverken lokalt til administrativt brug eller lokalt til analytisk brug findes dækkende socialdata, der kan belyse dette i tilstrækkeligt omfang.

Der er desuden en række udfordringer, der knytter sig til borgere på 40 år og derover i ressourceforløb. Det fremgår, at der er flere i denne gruppe, der ønsker førtidspension, og der er færre i gruppen, der er tilfredse med deres ressourceforløb sammenlignet med borgere under 40 år. Det er endnu for tidligt at drage endelige konklusioner om blandt andet varigheden og afgang fra ressourceforløb, men på nuværende tidspunkt ses det, at den gennemsnitlige varighed af ressourceforløb for borgere på 40 år og derover er længere end forventet. Derudover er afgang til beskæftigelse, fleksjobordningen og andre ordninger med en vis arbejdsmarkedstilknytning lavere for borgere på 40 år og derover end for borgere under 40 år.

Rehabiliteringsteam og sundhedsmodellen er succesfuldt implementeret

Rehabiliteringsteam arbejder tværfagligt med inddragelse af borgeren, og langt hovedparten af borgerne er tilfredse med processen før, under og efter mødet med rehabiliteringsteamet og oplever at blive inddraget heri.

Rehabiliteringsteamet indstiller til og koordinerer såvel beskæftigelsesindsatser og indsatser på social- og sundhedsområdet. Der ses dog at være potentiale for et øget jobrettet fokus fx ved øget inddragelse af virksomhedskonsulenter.

Sundhedsmodellen er implementeret og understøtter et systematisk samarbejde på tværs af sundhedsområdet. Kommunerne har taget modellen med regionale sundhedskoordinatorer til sig.

Der er et potentiale for forenkling af processer og rammer i reformkomplekset

Der kan peges på en række reguleringer, der med fordel kan justeres eller bortfalde til gavn for såvel kommunernes administration og borgernes oplevelse af mening, retning og fremdrift i egen sag.

Del 1

Udvikling på
reformområdet og
borgeroplevelse

2. Udvikling på reformområdet

Det overordnede formål med reformen af førtidspension og fleksjob fra 2012 var at vende udviklingen på reformområdet, så flere ville få tilknytning til arbejdsmarkedet. Færrest muligt skulle ende på varig, passiv forsørgelse.

2.1 Baggrund for reformen af førtidspension og fleksjob

Aftalen om reformen af førtidspension og fleksjob fra 2012 blev indgået som opfølgning på en tidligere reform af området fra 2000, hvor reformforudsætningerne om, at flere med nedsat arbejdsevne blev på arbejdsmarkedet, ikke var opfyldt.

Da aftalen om reform af førtidspension og fleksjob blev indgået i 2012, var situationen følgende:

- Der var i alt 313.000 fuldtidspersoner på førtidspension eller i fleksjobordningen.
- Der var 55.000 flere på førtidspension eller i fleksjobordningen end forudsat i 2000-reformen.
- De offentlige udgifter var i størrelsesordenen 9 mia. kr. større end forudsat i 2000-reformen.
- Alene på førtidspensionsområdet var der i 2012 248.000 personer omfattet af ordningen, og de offentlige udgifter til førtidspension udgjorde i alt 45,2 mia. kr. (17-P/L).

Det helt overordnede mål med aftalen om reformen af førtidspension og fleksjob fra 2012 var derfor at vende udviklingen på området til gavn for borgerne og samfundet. For at nå dette mål blev der gennemført en række ændringer af ordningerne målrettet borgere med begrænsninger i arbejdsevnen. Således blev fleksjobordningen målrettet de personer, der havde størst behov, så personer med meget lille arbejdsevne fik bedre vilkår for at komme ind i ordningen. Samtidig blev fleksjobtilskuddet ændret, så det højeste tilskud ydes til fleksjobansatte med mindst arbejdsevne.

Ressourceforløb blev indført som en ny ordning, der skulle sikre en tidligere, tværfaglig og sammenhængende indsats med større fokus på den enkeltes ressourcer og på at udvikle den enkeltes arbejdsevne. Reglerne for ressourceforløb varierer i forhold til alder, så personer under 40 år som udgangspunkt skal i ressourceforløb i stedet for på førtidspension, mens personer over 40 år som udgangspunkt skal have ét ressourceforløb, inden de kan tilkendes førtidspension.

Med aftalen om reformen blev der truffet beslutning om grundlæggende ændringer af ordningerne på området, der ville påvirke et stort antal personer på reformområdet. Ændringerne af ordningerne forventedes ifølge aftalen at medføre en forbedring af de offentlige finanser på 2,1 mia. kr. i 2020 og 3,9 mia. kr. på lang sigt.

Der var især tre hoveddrivere, der forventedes at skulle generere disse forbedringer af de offentlige finanser:

1. *Omlægningen af tilskuddet på fleksjobområdet* forventedes at medføre et fald i det gennemsnitlige offentlige tilskud fra 193.600 kr. (17-PL) til cirka 162.900 kr. (17-PL), svarende til en forbedring af de offentlige finanser på cirka 1,5 mia. kr. (17-PL).
2. *Målretning af fastholdelsesfleksjob*, hvor kravet om 12 måneders forudgående ansættelse ved hjælp af overenskomstens sociale kapitler eller på særlige vilkår blev indført, forventedes at give anledning til færre personer i fastholdelsesfleksjob. Ved fuld indfasning i 2023 er ændringen forudsat at indebære godt 3.000 færre personer i fleksjob og en forbedring af de offentlige finanser på godt 0,6 mia. kr. (17-PL).
3. *Afgang fra ressourceforløb og forskydninger mellem ydelser*. I forbindelse med reformen var der gjort antagelser om, at der årligt ville være en afgang fra bestanden af ressourceforløb på cirka 1 procent til ordinær fuldtidsbeskæftigelse og cirka 1 procent til fleksjob. Samlet set forventedes afgang og forskydninger mellem ydelser på lang sigt at medføre en forbedring af de offentlige finanser på cirka 0,9 mia. kr. netto (17-PL).

2.2 Opfølgning på reformøkonomien

Af aftalen fra 2012 fremgik det, at der skulle gennemføres årlig økonomisk opfølgning på reformen. Men i årene efter 2013, hvor reformen af førtidspension og fleksjob trådte i kraft, blev der gennemført en række reformer på områder, der ligger tæt op ad førtidspensions- og fleksjobområdet. For eksempel blev sygedagpengereformen vedtaget i 2013. Det tætte samspil mellem reformen af førtidspension og fleksjob og andre reformer på nærtliggende områder betyder, at udviklingen på førtidspension-, fleksjob- og ressourceforløbsområdet kan have været påvirket af ændringer fra senere reformer på nærtliggende områder. Derudover har der siden 2012 været en gunstig udvikling i konjunkturerne, hvilket også har betydning for udviklingen i ordningerne omfattet af reformen (Beskæftigelsesministeriet, 2018).

Af disse grunde er det ikke muligt at foretage en præcis og isoleret opgørelse af de direkte konsekvenser af reformen af førtidspension og fleksjob i forhold til aktiviteten og økonomien på reformområdet. Det er således heller ikke muligt at komme med en klar konklusion om, om de forudsætninger, der blev opstillet, da reformen blev vedtaget, er opfyldt. Efterfølgende har det vist sig, at med hensyn til tilkendelser af førtidspension, har der ligget en overvurdering af målgruppen for reformen i forudsætningerne, da antallet af tilkendelser begyndte at falde allerede i 2010, hvilket ikke er afspejlet fuldt ud i reformforudsætningerne. Dette vanskeliggør konklusioner angående hvorvidt reformforudsætningerne er opfyldt (Beskæftigelsesministeriet, 2018).

Ovennævnte samspil med andre reformer var derfor den væsentligste grund til, at det på et forligskredsmøde i efteråret 2014 blev besluttet ikke at foretage årlig økonomisk opfølgning på reformen. I stedet skulle der løbende følges op på udgifter og aktivitetsmæssige nøgletal for udviklingen i ressourceforløb, fleksjob, ledighedsydelse og førtidspension (Beskæftigelsesministeriet, 2018).

I forbindelse med nærværende evaluering af reformen af førtidspension og fleksjob blev der derfor som alternativ til en egentlig økonomisk effektanalyse udarbejdet en analyse, der belyser aktivitets- og udgiftsudviklingen på de reformberørte områder via udvalgte centrale nedslagspunkter. Nedslagspunkterne indfanger de centrale bevægelser, der var forudsat i reformen af førtidspension og fleksjob. Nedslagspunkterne fokuserer derfor på, om forudsætningerne om tilgang, afgang og varighed i de enkelte ordninger såvel som om overgange mellem ordningerne ser ud til at være realiseret. Dette undersøges ved at sammenholde de forventede forudsætninger med den faktiske udvikling på de udvalgte områder.

Der er foretaget nedslag på tre niveauer:

1. *Bruttomålgruppen*

Bruttomålgruppen for reformen er i denne evaluering defineret som personer, der modtager kontanthjælp mv. og sygedagpenge (inklusive jobafklaringsforløb) og personer i revalidering og forrevalidering, i fleksjobordning, i ressourceforløb og på førtidspension¹. De berørte ydelser af førtidspension og fleksjobreformen er en del af det område, som bruttomålgruppen dækker, og ordningerne til personer i bruttomålgruppen er tæt forbundne. Da reformen af førtidspension og fleksjob kan have afsmittende effekt på næsten alle ordningerne på bruttomålgruppeområdet og omvendt, er det centralt at undersøge, om der er sket forskydninger på hele området efter reformen.

2. *Reformgruppen*

Reformgruppen består af de ordninger, der er direkte berørt af reformen: førtidspensionister, personer i fleksjobordningen og personer i ressourceforløb. I reformen var der både gjort antagelser om udviklingen i antallet af fuldtidspersoner på reformområdet under ét og om relativt store bevægelser til, fra og imellem ordningerne i den samlede reformgruppe. Derfor ses der på udviklingen i aktiviteten og på, om der efter reformen er sket en forskydning fra varig passiv forsørgelse til ordninger tættere på arbejdsmarkedet.

3. *De enkelte ordninger i reformen*

Endelig analyseres udviklingen indenfor de enkelte ordninger, der er direkte påvirket af reformen. Formålet er at belyse, om udviklingen på disse områder svarer til forudsætningerne i reformen.

I det følgende belyses udviklingen inden for de tre nedslagsområdet og de tre hoveddrivere.

2.3 Bruttomålgruppen

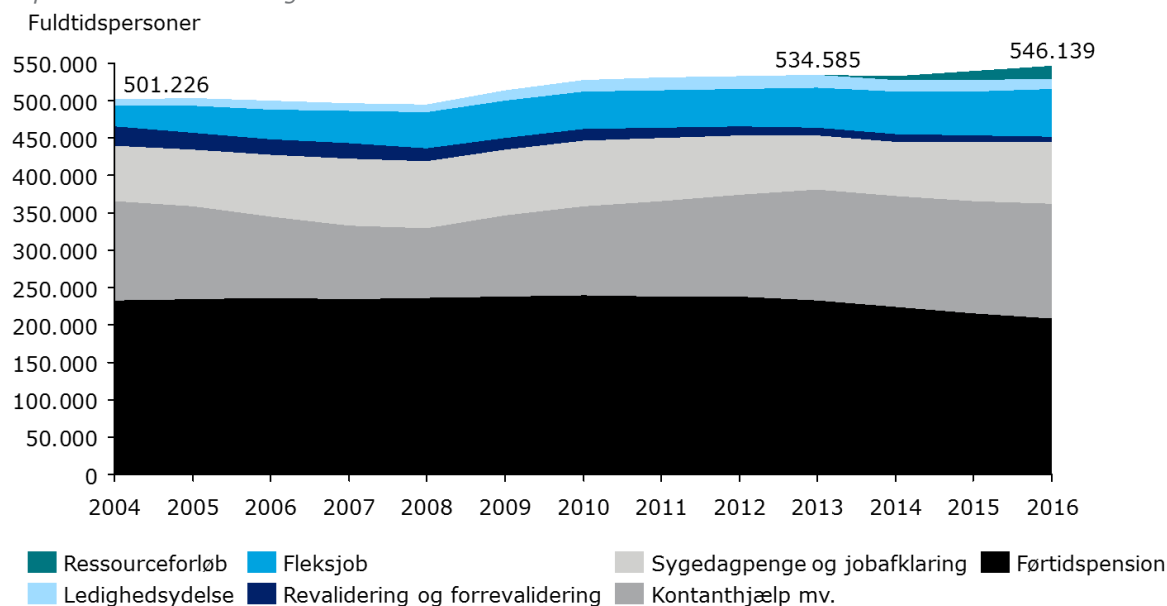
Bruttomålgruppen omfatter personer, der er i risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, eller som modtager ydelser ved begrænsning i arbejdsevnen. Som nævnt består bruttomålgruppen af personer på kontanthjælp mv. og sygedagpenge (inklusive jobafklaringsforløb) og personer i revalidering og forrevalidering, i fleksjobordning, i ressourceforløb og på førtidspension.

¹ Der er personer på andre områder end de nævnte, der er i risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, herunder selvforsørgede, dagpengemodtagere og beskæftigede.

De berørte ordninger i reformen er en del af det samlede område, som bruttomålgruppen dækker. Ordningerne for bruttomålgruppen er tæt forbundet, og det betyder, at en reduktion i antallet af borgere i én gruppe ofte modsvares af vækst i antallet af borgere i en anden gruppe. Der ses derfor dels på, om antallet af personer i bruttomålgruppen har ændret sig under ét, og om bruttomålgruppens andel af befolkningen i den arbejdsdygtige alder har ændret sig.

Udviklingen i antallet af fuldtidspersoner i bruttomålgruppen i årene 2004 til 2016 fremgår af figuren nedenfor.

Figur 1. Udviklingen i antallet af personer i bruttomålgruppen, 2004-2016, fuldtidspersoner mellem 18 og 64 år



Kilde: Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob, Beskæftigelsesministeriet (2018).

Figuren viser, at der i 2004 var lige omkring 500.000 fuldtidspersoner i bruttomålgruppen. I 2013, hvor reformen trådte i kraft, var antallet af personer i bruttomålgruppen steget med knap 35.000 til cirka 534.600 fuldtidspersoner. I perioden fra 2013 til 2016 er der sket en lille stigning i gruppen til cirka 546.100 fuldtidspersoner.

I tabellen nedenfor er antallet af personer i bruttomålgruppen og bruttomålgruppens andel af arbejdsstyrken vist for perioden 2004-2016.

Tabel 1. Antal personer i bruttomålgruppen (18-65 år) og andel af befolkningen, udvalgte år

	2004	2013	2016
Kontanthjælp mv.	132.606	146.989	154.145
- herunder uddannelseshjælp	-	-	39.839
- herunder integrationsydelse	-	-	16.179
Sygedagpenge og jobafklaring	74.867	73.750	82.536
Revalidering og forrevalidering	24.966	10.500	6.862
Ressourceforløb	-	727	16.906
Ledighedsydelse	7.508	16.753	14.341
Fleksjob	28.615	52.554	63.302
Førtidspension	232.664	233.312	208.047
<i>I alt antal</i>	<i>501.226</i>	<i>534.585</i>	<i>546.139</i>
<i>I alt andel af befolkningen (18-65 år) procent</i>	<i>14,8</i>	<i>15,7</i>	<i>15,8</i>

Kilde: Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob, Beskæftigelsesministeriet (2018).

Det fremgår af tabellen, at bruttomålgruppen i 2004 udgjorde 14,8 procent af arbejdsstyrken. Frem til reformens start i 2013 steg denne andel til 15,7 procent. I 2016 udgjorde bruttomålgruppens andel af arbejdsstyrken 15,8 procent.

Der har således fra 2004 til reformens første år i 2013 været en stigning i bruttomålgruppens andel af befolkningen på cirka 1 procentpoint. Efter reformens ikrafttræden kan der konstateres en ændring af denne udvikling. I perioden 2013 til 2016 ligger bruttomålgruppens andel af befolkningen på samme niveau som ved reformens ikrafttræden. Efter reformen er der således sket en stabilisering i gruppens andel af arbejdsstyrken.

2.4 Reformgruppen

Reformgruppen består af personer i de ordninger, der er direkte berørt af reformen: førtidspensionister, personer i fleksjobordningen og personer i ressourceforløb. I reformforudsætningerne var der gjort antagelser om udviklingen i antallet af fuldtidspersoner på reformområdet under ét, ligesom der var gjort antagelser om relativt store bevægelser til, fra og imellem ordningerne i den samlede reformgruppe.

Der ses derfor på, hvordan udviklingen i aktiviteten på det samlede reformområde har været – både samlet set og mellem de enkelte ordninger. Desuden ses der på, om der efter reformen er sket en forskydning fra varig passiv forsøgelse til ordninger, hvor borgeren er tættere på arbejdsmarkedet.

Tabel 2 nedenfor viser forskellen mellem den forudsatte og den realiserede aktivitet for den samlede reformgruppe.

Tabel 2. Samlet årlig aktivitet i reformgruppen 2011-2016 (fuldtidspersoner)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Relativ fordeling 2016
Forudsat i reformen i alt			318.700	325.500	332.600	339.100	100,0%
- Ressourceforløb			6.200	16.600	23.300	27.700	8%
- Fleksjob, inkl. ledighedsydelse			68.500	69.400	71.400	73.100	22%
- Førtidspension			244.000	239.500	237.900	238.300	70%
Realiseret i alt	312.900	311.700	310.300	307.200	308.700	309.300	100,0%
- Ressourceforløb			700	5.100	12.200	16.900	5%
- Fleksjob, inkl. ledighedsydelse	67.000	67.400	69.800	72.300	75.000	78.300	25%
- Førtidspension	245.900	244.300	239.800	229.800	221.500	214.100	69%
							Afvigelse (forudsat – realiseret)
Forskel	-	-	-8.400	-18.300	-23.900	-29.800	
Ressourceforløb			-5.500	-11.500	-11.100	-10.800	-3 %-point
Fleksjob, inkl. ledighedsydelse			1.300	2.900	3.600	5.200	3 %-point
Førtidspension			-4.200	-9.700	-16.400	-24.200	-1%-point

Kilde: Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob, Beskæftigelsesministeriet(2018) samt Deloitte's egne beregninger.

Tabel 3. Reformgruppens samlede andel af befolkningen, 2011-2016 (18-65 år)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Andel (procent)	8,9	8,9	8,9	8,8	8,8	8,7

Kilde: Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob, Beskæftigelsesministeriet(2018).

Mens der har været en svag stigning i antallet af personer i bruttomålgruppen i perioden 2013-2016, har antallet af fuldtidspersoner i reformgruppen været stabilt i årene efter reformen (omkring 310.000). Det svarer til, at reformgruppen i 2016 udgør 8,7 procent af befolkningen i samme aldersgruppe, hvilket er 0,2 procentpoint lavere end i 2013.

Det kan således konstateres, at der ikke er sket den forudsatte vækst i reformgruppen. I reformen var der forudsat en stigning i den samlede reformgruppe fra 318.700 fuldtidspersoner i 2013 til 339.100 fuldtidspersoner i 2016. Den realiserede aktivitet i reformgruppen viser, at der i reformperioden har været en del forskydninger mellem ydelserne:

- Antallet af personer på førtidspension er faldet i reformperioden, og faldet har været væsentligt kraftigere end antaget i aftalen om reformen. I 2016 var antallet af fuldtidspersoner på det samlede førtidspensionsområde 24.200 lavere end forudsat. Antallet af personer på førtidspension udgør dermed 69 procent af reformgruppen. Faldet i antallet af personer på førtidspension skal bl.a. ses i lyset af indførelsen af ressourceforløb.
- Antallet af personer i fleksjobordningen ligger over det forudsatte i aftalen om reformen. I 2016 var antallet af personer i fleksjobordningen 5.200 højere end forudsat. Det svarer til, at personer i fleks-

jobordningen udgør 25 procent af den samlede reformgruppe. Samtidig er timetallet i fleksjobbene dog lavere end forudsat.

- Aktiviteten i ressourceforløb ligger under det forudsatte i aftalen om reformen. I 2016 var antallet af personer i ressourceforløb 10.800 lavere end forudsat. Det svarer til, at personer i ressourceforløb udgør 5 procent af den samlede reformgruppe.

Samlet set viser den realiserede aktivitetsudvikling, at den samlede reformgruppe har ligget stabilt i hele reformens levetid, og der kan konstateres en relativ forskydning fra førtidspension til ressourceforløb og fleksjobordningen.

Der er således sket et skift fra varig passiv forsørgelse på førtidspension til ordninger med en vis tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket var hovedintentionen med reformen. Udviklingen har været kraftigere end forudsat: For det første er der færre på førtidspension, og for det andet er der flere i fleksjobordningen end forudsat.

2.5 De enkelte ordninger

I de følgende afsnit belyses det, i hvilket omfang aktivitetsudviklingen indenfor de tre ordninger svarer til forudsætningerne i reformen.

2.5.1 Ressourceforløb

For så vidt angår ressourceforløb, viser evalueringen følgende om den realiserede og forudsatte udvikling.

Antallet af fuldtidspersoner i ressourceforløb

- Der er i alt 16.900 fuldtidspersoner i ressourceforløb i 2016. Antallet af fuldtidspersoner i ressourceforløb ligger væsentlig under det forudsatte i reformen. Aktiviteten for borgere over 40 år ligger lige over reformforudsætningerne som følge af væsentlig længere varighed end forudsat i reformen.

Tilgangen til ressourceforløb

- Det nuværende tilgang til ressourceforløb er cirka 800 personer per måned. Tilgangen til ressourceforløb har gennem hele reformperioden været væsentlig lavere end forudsat; især i det første år i reformperioden (2013) var tilgangen meget lavere end forudsat.

Varigheden af ressourceforløbene

- Det er endnu for tidligt at konkludere om varigheden af ressourceforløbene bliver som forudsat. For borgere under 40 år indikerer de første, foreløbige tal, at ressourceforløbene har den varighed, der var forudsat i reformen. For borgere på 40 år og derover indikerer tallene foreløbigt, at den gennemsnitlige varighed kommer til at ligge betydeligt over det forudsatte i reformen. Det var i reformen forudsat, at den gennemsnitlige varighed for de under 40 årige var 5 år og 1,2 år for de over 40 årige.

Afgangen fra ressourceforløb til ordinær beskæftigelse og fleksjob

- Af de afsluttede ressourceforløb i 2016 har knap 50 procent af borgerne under 40 år et forsørgelsesgrundlag med en vis tilknytning til arbejdsmarkedet. For borgere over 40 år gælder det cirka 27 procent. Langt hovedparten af afgang fra ressourceforløb til arbejdsmarkedet sker via fleksjobordningen. Andelen i ressourceforløb (bestanden), der opnår tilknytning til arbejdsmarkedet, efter

ressourceforløbet er afsluttet, følger foreløbigt på dette tidlige tidspunkt overordnet set reformforudsætningerne. Der er dog endnu kun tale om et begrænset antal afsluttede forløb, og derfor er det for tidligt endeligt at konkludere, om reformforudsætningen vedrørende tilknytning til arbejdsmarkedet er opfyldt.

Afgangen fra ressourceforløb til førtidspension

- Hvor afgang til førtidspension for borgere under 40 år ligger på niveau med reformforventningerne, ligger den faktiske afgang til førtidspension for borgere over 40 år kun på cirka en tredjedel af det forventede. Dette skal blandt andet ses i lyset af, at borgere over 40 år er længere tid i ressourceforløb end forudsat.

Antallet af ressourceforløb

- Kun 2,7 procent af borgerne over 40 år bliver revisiteret til et ressourceforløb. Dette indikerer, at reformens mål om, at borgere over 40 år som udgangspunkt kun skal have ét ressourceforløb, før de kan blive indstillet til førtidspension, foreløbigt synes at være opfyldt.

Aktiveringsgraden

- Den gennemsnitlige aktiveringsgrad er på cirka en fjerdedel af året i modsætning til reformforventningen om aktivering halvdelen af året. Den realiserede aktiveringsgrad i forhold til den aktive beskæftigelsesindsats er således lavere end forudsat. Mentorbistand anvendes i højere grad end forventet i reformen.

Aktiviteten og den aktive indsats i ressourceforløb er yderligere beskrevet i kapitel 4.

2.5.2 Fleksjobordningen

I forhold til fleksjobordningen viser evalueringen følgende om den realiserede og forudsatte udvikling.

Antallet af fuldtidspersoner i fleksjob

- Som forudsat i reformen er antallet af personer i fleksjob steget, efter reformen er trådt i kraft. I januar 2013 var der 69.600 fuldtidspersoner i fleksjobordningen – i september 2017 er dette tal steget til 84.200 fuldtidspersoner. Stigningen har været større end forudsat i reformen, og således er der cirka 5.800 flere fuldtidspersoner i fleksjobordningen i 2016 end forudsat i reformen.

Tilgangen til fleksjobordningen

- Hver måned er der cirka 700 personer, der tilgår fleksjobordningen. Tilgangen til fleksjobordningen har været større end forudsat. Stigningen i tilgangen vedrører både borgere over og under 40 år.

Arbejdstiden i fleksjob

- I 2015 var den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid i fleksjob 11,7 timer pr. uge, og den gennemsnitlige arbejdstid er dermed faldet fra 13 timer i 2013. Det gennemsnitlige fleksløntilskud har været højere end forudsat i reformen. Denne udvikling afspejler, at den gennemsnitlige arbejdstid i den nye fleksjobordning ligger under det forudsatte i reformen. Dette betyder, at virksomhedernes betaling for den udførte arbejdstid falder, og at tilskuddet dermed udgør en større andel af fleksjoblønnen end antaget i reformen.

Ledigheden i fleksjobordningen

- Ledigheden i fleksjobordningen er faldet i reformperioden. Efter reformen er ledighedsydelsesmodtagernes andel af personer i fleksjobordningen faldet fra 20,5 procent til 18,3 procent i 2016. Endvidere var der cirka 600 fuldtidspersoner færre på ledighedsydelse end antaget i reformen. Forudsætningen i reformen om, at antallet af personer på ledighedsydelse skulle falde, og ledighedsydelsesmodtagernes andel af personer i fleksjobordningen skulle falde, synes opfyldt.

Varigheden på ledighedsydelse

- Den gennemsnitlige varighed på ledighedsydelse er faldet med over fem uger efter reformen.

Tilkendelsesniveau vedrørende fastholdelsesfleksjob

- Opgørelsen over visitationer til fleksjob, hvor den enkelte person forinden har haft løn i samme virksomhed indikerer, at det realiserede tilkendelsesniveau til fastholdelsesfleksjob i 2016 er lidt højere end det forudsatte niveau i reformen. Det vil kræve tal for flere år, før denne indikator kan bruges som en pejling på om forudsætningen i reformen om godt 3.000 færre personer i fleksjob synes opfyldt.

Aktiviteten i fleksjobordningen er yderligere beskrevet i kapitel 5.

2.5.3 Førtidspension

I forhold til førtidspension viser evalueringen følgende om den realiserede og forudsatte udvikling.

Antallet af fuldtidspersoner på førtidspension

- Som forudsat i reformen er antallet af fuldtidspersoner på førtidspension faldet. I 2016 var der omkring 214.000 personer på førtidspension. Dermed er der i 2016 24.200 færre personer på førtidspension end forudsat, hvoraf 12.400 fuldtidspersoner skyldes mindre tilgang til førtidspension end forudsat og kan henføres til reformen. Faldet i antallet på førtidspension, som kan henføres til reformen, skal ses i lyset af indførelsen af ordningen om ressourceforløb, hvor varigheden samtidig har været længere end antaget, samt at der er kommet flere i fleksjobordningen end antaget. Endvidere skal afvigelsen i forhold til det forudsatte niveaus ses i lyset af, at tilkendelsesniveauet vedr. førtidspension kan have været overvurderet og ikke fuldt ud afspejler det fald i tilkendelser, der skete allerede fra 2010 og frem mod reformaftalen blev indgået medio 2012 (Beskæftigelsesministeriet, 2018).

Tilgangen til førtidspension

- Tilgangen til førtidspension har været lavere end forventet. I 2013 lå tilgangen på niveau med det forudsatte i reformen, men i 2014-2016 har tilgangen været lavere end forudsat i reformen. Den samlede tilgang er faldet for borgere både under og over 40 år.

Tilkendelsesniveauet vedrørende førtidspension

- Det månedlige tilkendelsesniveau ligger aktuelt på cirka halvdelen af, hvad det var før reformen. Faldet har frem til nu været størst for borgere under 40 år, hvilket er i tråd med hensigten i reformen om,

at ressourceforløb som udgangspunkt erstatter førtidspension for borgere under 40 år. For borgere over 40 år er tilkendelsesniveauet også betydelig lavere end forudsat med over 4.000 færre fuldtids-personer i tilgang til førtidspension i både 2015 og 2016. Tilkendelsesniveauet er endnu ikke stabiliseret.

Aktiviteten vedrørende førtidspension er yderligere beskrevet i kapitel 6.

2.6 Reformøkonomien

I aftalen om reformen i 2012 blev det forudsat, at ændringerne ville medføre en forbedring af de offentlige finanser på 2,0 mia. kr. (17-PL) i 2020 med en forventet langsigtet en forbedring af de offentlige finanser på 3,9 mia. kr. (17-PL).

2.6.1 Forudsætninger om tre hoveddrivere

Det var især ændringerne af reglerne på fleksjobområdet og indførelsen af ressourceforløb, der forventedes at generere forbedringer af de offentlige finanser i reformen.

De samlede forbedringer af de offentlige finanser i reformen vedrører både større og mindre bevægelser i reformforudsætningerne, men der var især tre hoveddrivere, der tilsammen skulle generere hovedparten af de forventede forbedringer af de offentlige finanser.

De tre hoveddrivere er beskrevet i oversigten nedenfor.

Tabel 4. Oversigt over de hoveddrivere, der var forudsat at skulle medføre forbedring af de offentlige finanser i aftalen om reformen af førtidspension og fleksjob

Hovedbevægelser	Indhold	Provenu (på lang sigt)
Ny tilskudsmodel for fleksjob efter reformen	Tidligere fik arbejdsgiveren halvdelen eller to tredjedele af den fulde løn til den fleksjobansatte. Efter de nye regler skal arbejdsgiveren betale løn for den arbejdsindsats, den fleksjobansatte reelt yder, mens kommunen supplerer med et tilskud, der reguleres på baggrund af lønindtægten.	I reformen var det forudsat, at omlægningen ville medføre et fald i det gennemsnitlige offentlige tilskud fra 193.600 kr. (17-PL) til cirka 162.900 kr. (17-PL), svarende til en forbedring af de offentlige finanser på cirka 1,5 mia. kr. (17-PL).
Målretning af fastholdelsesfleksjob	Arbejdsmarkedets parter skal bidrage til at skabe større rummelighed på arbejdsmarkedet, herunder ved brug af overenskomstens sociale kapitler eller på særlige vilkår. En person kan derfor først blive ansat i et fleksjob på sin hidtidige arbejdsplads (fastholdelsesfleksjob), når vedkommende har været ansat på arbejdspladsen i mindst 12 måneder under overenskomstens sociale kapitler.	I reformen blev det forudsat, at kravet om 12 måneders forudgående ansættelse på skånevilkår ville give anledning til færre personer i fastholdelsesfleksjob. Ved fuld indfasning i 2023 er ændringen forudsat at ville indebære godt 3.000 færre personer i fleksjob med et gennemsnitligt offentligt tilskud på 193.600 kr. og en forbedring af de offentlige finanser på godt 0,6 mia. kr. (17-PL).
Afgang fra ressourceforløb og forskydninger i forsørgelsesudgifterne fra kontanthjælp, førtidspension m.m. til ressourceforløbsydelse	I forbindelse med reformen blev det antaget, at der årligt vil være en afgang fra bestanden af ressourceforløb på cirka 1 procent til ordinær fuldtidsbeskæftigelse og cirka 1 procent til fleksjob. Derudover var der gjort antagelser om forskydninger i forsørgelsesudgifterne fra kontanthjælp og førtidspension til ressourceforløb.	I reformen var det forudsat, at afgang og forskydningen på lang sigt ville medføre en forbedring af de offentlige finanser på cirka 0,9 mia. kr. netto* (17-PL).

Kilde: Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob, Beskæftigelsesministeriet(2018).

Note: *Tallet er et nettotal, der er udtryk for den samlede forskel mellem forbedring af de offentlige finanser til ydelser mv. fratrukket merudgifter til en aktiv indsats mm.

2.6.2 Realisering af de forventede forbedringer af de offentlige finanser fra de tre hoveddrivere

Som beskrevet ovenfor var det forudsat, at tre hoveddrivere tilsammen skulle realisere hovedparten af de forventede forbedringer af de offentlige finanser.

Selvom det endnu er meget tidligt i reformperioden, og området er påvirket af andre reformer, tyder analysen af de tre hoveddrivere overordnet set foreløbigt på, at de er på vej til at blive realiseret.

Hoveddriver 1. Ny tilskudsmodel for fleksjob

Det var forudsat, at den nye tilskudsmodel for fleksjob efter reformen ville medføre et fald i det gennemsnitlige tilskud fra 193.600 kr. (17-PL) til cirka 162.900 kr. (17-PL) årligt, svarende til en forbedring af de offentlige finanser på 1,5 mia. kr. (17-PL). Imidlertid lå det gennemsnitli-

ge tilskud under det forventede i 2013, men har ligget over det forventede i perioden 2014-2016 med en stigende tendens. Det gennemsnitlige tilskud lå i 2016 15.300 kr. under niveauet før reformen, hvor det var forudsat at ville ligge 30.700 under det gennemsnitlige tilskud fra før reformen. Udviklingen afspejler, at den gennemsnitlige arbejdstid i den nye fleksjobordning ligger under det forudsatte i reformen, og at tilskuddet dermed udgør en større andel af fleksjoblønningen end antaget i aftalen om reformen. Den forventede forbedring af de offentlige financer er dermed, når man ser på fleksjobområdet isoleret set, foreløbigt ikke fuldt, men delvist, indfriet.

Hoveddriver 2. Målretning af fastholdelsesfleksjob

I reformen blev det forudsat, at kravet om 12 måneders forudgående ansættelse på skånevilkår ville føre til færre personer i fastholdelsesfleksjob. Ved fuld indfasning i 2023 forudsættes ændringen at indebære godt 3.000 færre personer i fleksjob og en forbedring af de offentlige financer på godt 0,6 mia. kr. (17-PL).

Der kan ikke følges direkte op på udviklingen i antallet af fastholdelsesfleksjob. Det skyldes, at fastholdelsesfleksjob ikke registreres særskilt, og at virksomhedernes eventuelle skånehensyn i ansættelsen ikke registreres. I stedet ses der – som en indikator for, om målet med færre i fastholdelsesfleksjob er realiseret – på en opgørelse over fleksjobansættelser, hvor den enkelte person forinden har haft løn i samme virksomhed. Den gennemsnitlige månedlige tilgang i 2009-2010 var på 115 personer, mens den gennemsnitlige månedlige tilgang i 2016 var på 85, svarende til et fald på ca. 30 procent. Dette svarer omtrent til det forudsatte i reformen som var et fald på cirka 35 procent. Hvis tilgangen fortsætter på det nuværende niveau, flugter udviklingen i vid udstrækning med det forventede, men det er dog fortsat for tidligt at sige.

Hoveddriver 3. Afgang fra ressourceforløb og forskydning mellem ydelser

I forbindelse med reformen var det forudsat, at 1 procent af bestanden af personer i ressourceforløb årligt ville afgå til ordinær fuldtidsbeskæftigelse, og at 1 procent ville afgå til ansættelse i fleksjob. På lang sigt forventedes disse ændringer at medføre en forbedring af de offentlige financer på cirka 0,9 mia. kr. (17-PL).

Det er endnu for tidligt at drage en endelig konklusion om, hvorvidt afgang fra ressourceforløb afspejler reformforudsætningerne, idet der endnu kun er afsluttet relativt få ressourceforløb. De foreløbige tal tyder dog på, at forudsætningerne i reformen om den andel, der afgår til ordinær lønmodtagerbeskæftigelse og ansættelse i fleksjob, svarer omtrent til den faktiske udvikling.

Udover de tre hoveddrivere kan det konstateres, at aktiviteten for den samlede reformgruppe ligger cirka 30.000 fuldtidspersoner under det forudsatte i reformen. Dette udgør i sig selv ikke en forbedring af de offentlige financer, idet hovedparten af disse personer må antages at befinde sig i andre ordninger på området for bruttomålgruppen.

2.7 Konklusioner og opmærksomhedspunkter

Analysen af udviklingen i aktiviteten og økonomien i de reformberørte ordninger giver anledning til følgende konklusioner:

- I 2016 var der cirka 546.100 personer i bruttomålgruppen. Selvom der i reformperioden har der været en svag stigning i antallet af fuldtidspersoner i bruttomålgruppen, så er der sket en opbremsning i gruppens andel af de 18-65 årige, efter at andelen er steget med 1 procentpoint i perioden 2004-2013. Bruttomålgruppen fylder således samlet set mindre nu af befolkningen i den arbejdsduelige alder end i årene før reformen.
- I hele reformperioden har antallet af personer i reformgruppen været konstant (omkring 310.000 personer). I aftalen om reformen var der forudsat en stigning i bestanden af personer i reformgruppen, men denne stigning er ikke realiseret.
- I aftalen om reformen var der forudsat væsentlige forskydninger indenfor ordningerne på reformområdet. Efter reformen kan der konstateres betydelige forskydninger fra førtidspension til fleksjob og ressourceforløb samtidig med, at det samlede aktivitetsniveau er lavere end forudsat:

- Antallet af personer på førtidspension ligger under det forudsatte i reformperioden svarende til 24.200 færre fuldtidspersoner i 2016. Heraf kan 12.400 henføres til mindre tilgang i reformperioden.
- Antallet af personer i fleksjobordningen ligger over det forudsatte i reformen svarende til 5.200 flere fuldtidspersoner i 2016.
- Aktiviteten i ressourceforløb ligger under det forudsatte i reformen svarende til 10.800 færre fuldtidspersoner i 2016.

Der er således sket et skift fra varig passiv forsørgelse på førtidspension til ordninger med en vis tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket var hovedintentionen med reformen.

- Det blev i aftalen om reformen forudsat, at ændringerne af ordningerne på reformområdet ville medføre en forbedring af de offentlige finanser. Det blev forudsat, at der ville være tre hoveddrivere herfor:
 - Omlægningen af tilskuddet til fleksjobordningen skulle føre til en forbedring af de offentlige finanser på 1,5 mia. kr. i 2020.
 - Målretning af fastholdelsesfleksjob forventedes at føre til færre personer i fastholdelsesfleksjob og en forbedring af de offentlige finanser på 0,6 mia. kr. i 2020.
 - Afgangen fra ressourceforløb forventedes at føre til en forbedring af de offentlige finanser på 0,9 mia. kr. i 2020.

Det er ikke muligt at isolere den direkte økonomiske konsekvens af reformen eller at afgøre, om de forudsætninger, der blev opstillet, da reformen blev vedtaget, er opfyldt.

3. Borgeroplevelsen

Med reformen af førtidspension og fleksjob er det intentionen, at borgeren kommer i centrum af egen sag.

For at afdække borgernes oplevelser med reformen er der i efteråret 2017 gennemført en landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere, der er direkte berørt af reformen; dette omfatter borgere, som er førtidspensionister; i gang med et ressourceforløb eller for nyligt har afsluttet et ressourceforløb, eller som er ansat i fleksjob eller modtager ledighedsydelse. I alt har 7.318 borgere medvirket i undersøgelsen, hvilket er tilstrækkelig mange til, at undersøgelsens resultater er landsdækkende og repræsentative. Derudover er der suppleret med registeroplysninger fra Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, for eksempel køn, alder, forudgående ydelse og varighed af offentlig forsørgelse. Undersøgelsen har også anvendt jobindsats.dk, herunder ugentlig arbejdstid ved fleksjobbets påbegyndelse² og udvikling i arbejdstid.

Brugerundersøgelsen belyser en række temaer, der tilsammen giver et indblik i blandt andet, hvem borgerne er, hvor tilfredse de er med deres forløb, hvor meget de oplever at blive inddraget, og hvordan de oplever samarbejdet med sagsbehandleren. Det følgende afsnit består af udvalgte svarfordelinger fra undersøgelsen. Svarfordelingerne er udvalgt, så der på den ene side fremhæves de positive resultater af brugerundersøgelsen, og der på den anden side sættes fokus på udfordringer i reformen set fra borgerens perspektiv.

3.1 Borgernes generelle tilfredshed

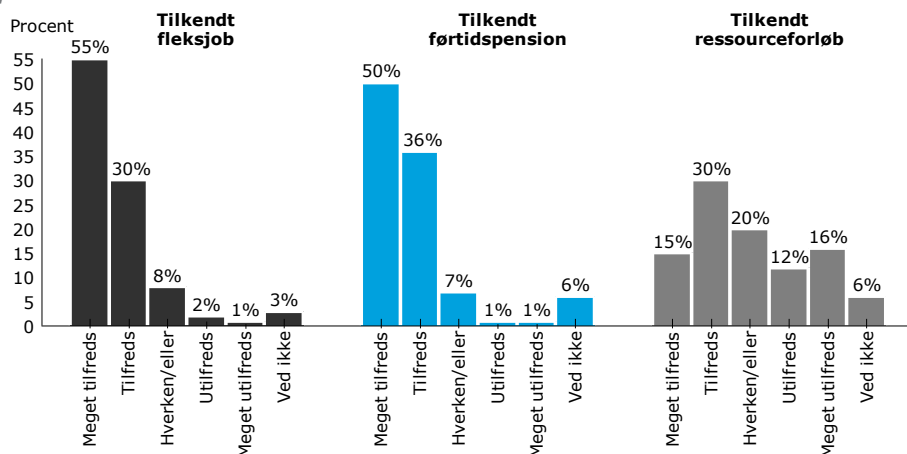
Det overordnede billede er, at der generelt er tilfredshed blandt de borgere, der er berørt af reformen.

Især er borgere i fleksjob og på førtidspension tilfredse, og stort set ingen på disse to ordninger er utilfredse med tilkendelsen, jf. *figur 2*. 85 procent af de borgere, der er tilkendt fleksjob, er tilfredse eller meget tilfredse med tilkendelsen, og 86 procent af de borgere, der er tilkendt førtidspension, er tilfredse eller meget tilfredse med tilkendelsen.

Blandt borgere i ressourceforløb er der ligeledes flere tilfredse end utilfredse borgere, men tilfredsheden er lavere sammenlignet med de to andre grupper. 45 procent af borgerne er tilfredse eller meget tilfredse med deres ressourceforløb, mens 28 procent er utilfredse eller meget utilfredse med deres ressourceforløb.

² Denne er fastsat på baggrund af oplysninger om indberettede løntimer fra eIndkomst-registret.

Figur 2. Andel borgere, der har angivet tilfredshed generelt set med deres ressourceforløb eller med at være blevet tilkendt henholdsvis fleksjob eller førtidspension



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018)

Note: n = 2.978 for fleksjob, n = 1.571 for førtidspension og n = 2.769 for ressourceforløb.

3.1.1 Tilfredshed og ønsker til ordning

Der er en betydelig sammenhæng mellem tilfredsheden af den ydelse, der er tilkendt, og det ønske, borgerne havde til ydelsen inden mødet på rehabiliteringsteamet.

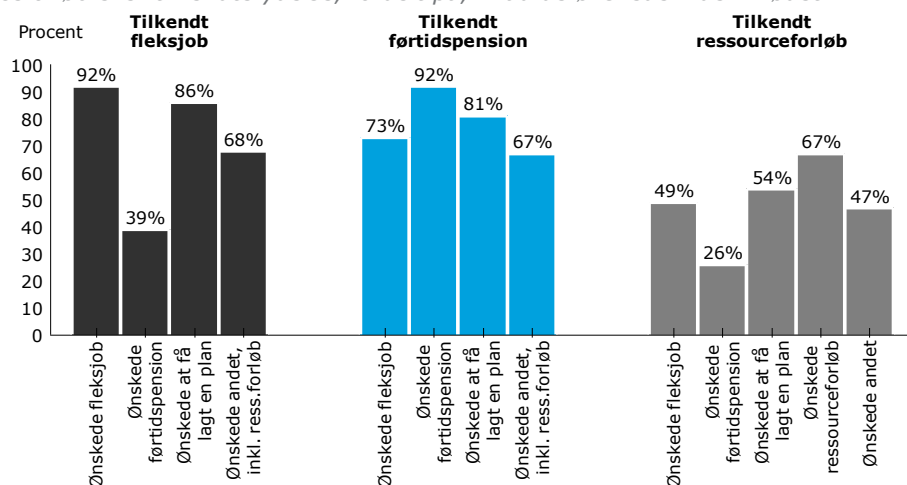
Før mødet i rehabiliteringsteamet ønsker langt de fleste borgere et fleksjob eller førtidspension, og de fleste tilkendes også efter mødet en af disse ordninger. Det fremgår af figur 3, at 92 procent af de borgere, der inden mødet ønskede og fik enten fleksjob eller førtidspension, er tilfredse eller meget tilfredse med tilkendelsen

At der er færre borgere, der er tilfredse med tilkendelsen af deres ressourceforløb, end borgere, der er tilfredse med tilkendelse af førtidspension eller fleksjob, skal ses i lyset af, at mange har ønsket at komme ind i en anden ordning end ressourceforløb før rehabiliteringsteammødet.

Kun 19 procent af borgerne i ressourceforløb ønskede et ressourceforløb, hvilket er væsentligt lavere end andelen af ønsker til fleksjob og førtidspension. 80 procent af borgerne i fleksjob ønskede fleksjob, og 72 procent af borgerne på førtidspension ønskede førtidspension (Mploy og Kantar Gallup, 2018). Selvom få borgere ønskede ressourceforløb før mødet i rehabiliteringsteamet, er 45 procent efterfølgende tilfredse eller meget tilfredse med deres forløb generelt set. Blandt de borgere, der ønskede ressourceforløb, er 67 tilfredse eller meget tilfredse med deres ressourceforløb.

Omkring halvdelen af de borgere, der er tilkendt et ressourceforløb, ønskede førtidspension eller fleksjob før mødet i rehabiliteringsteamet. Tilfredsheden med ressourceforløb er lavere blandt disse grupper. Eksempelvis er 26 procent af dem, der ønskede førtidspension, tilfredse eller meget tilfredse med deres ressourceforløb, jf. figur 3.

Figur 3. Andel borgere, der er tilfredse eller meget tilfredse med deres ressourceforløb eller tilkendte ydelse, fordelt på, hvad de ønskede inden mødet



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 2.978 for tilkendt fleksjob, n = 1.571 for tilkendt førtidspension og n = 2.769 for tilkendt ressourceforløb.

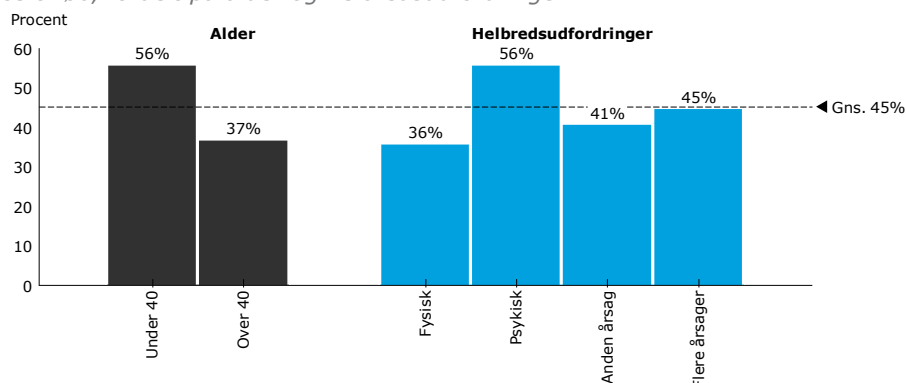
3.1.2 Tilfredshed med ressourceforløb blandt personer under 40 år og personer med psykiske helbredsproblemer

Ressourceforløb blev blandt andet indført som følge af, at det i årene op til reformen var en udfordring, at tilgangen til førtidspension var steget og fortsat var stigende blandt borgere under 40 år og blandt borgere med psykiske helbredsproblemer.

Brugerundersøgelsen viser, at borgere under 40 år og borgere med psykiske helbredsproblemer er mest tilfredse med deres ressourceforløb. Således er andelen af tilfredse borgere under 40 år markant højere end andelen af tilfredse borgere over 40 år. 56 procent af borgerne under 40 år er tilfredse eller meget tilfredse med deres ressourceforløb, jf. figur 4. Blandt borgere over 40 år er 37 procent tilfredse eller meget tilfredse med ressourceforløbet.

Borgere med psykiske helbredsudfordringer er desuden den gruppe, der er mest tilfredse med ressourceforløbet i forhold til borgere med andre helbredsudfordringer. Det fremgår af figur 4, at 56 procent af borgerne med psykiske helbredsudfordringer er tilfredse med deres ressourceforløb, jf. figur 4.

Figur 4. Andel borgere, der er tilfredse eller meget tilfredse med deres ressourceforløb, fordelt på alder og helbredsudfordringer



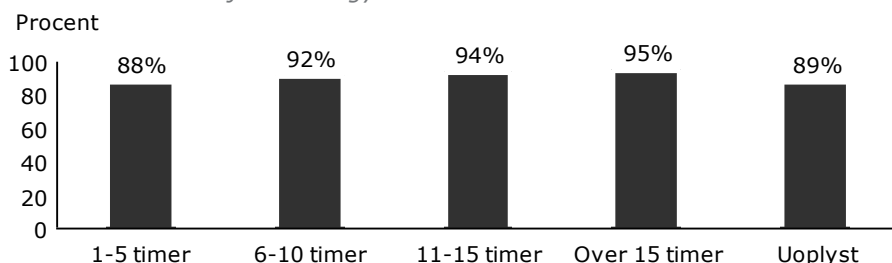
Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 2.769. Tilfredshed udgøres af andelen, der har svaret enten *tilfreds* eller *meget tilfreds* med deres ressourceforløb.

3.1.3 Tilfredshed med fleksjob i forhold til arbejdstimer

Blandt borgere, der har været ansat i fleksjob i længere tid³, er der generelt høj tilfredshed med at være tilkendt fleksjob. Andelen af tilfredse borgere stiger en smule med antallet af timer ved fleksjobbets påbegyndelse. Blandt borgere, der ved fleksjobbets påbegyndelse arbejdede 1-5 timer ugentligt, er 88 procent tilfredse eller meget tilfredse med at være tilkendt fleksjob, mens andelen er 95 procent blandt borgere med over 15 timer, jf. Figur 5.

Figur 5. Andel borgere, der er tilfredse eller meget tilfredse med at være tilkendt fleksjob (blandt borgere der har været ansat i fleksjob i længere tid) fordelt på antal timer ved fleksjobbets begyndelse



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 1.897. Forskellene er signifikante (5 procent signifikansniveau (kovariansanalyse)). Med deltaget i ressourceforløb i længere tid forstås borgere, der har været i ressourceforløb i mindst 12 uger.

3.2 Borgernes tro på fremtiden og oplevelse af helbredsmestring

Borgernes tro på egne evner og vurderingen af eget helbred er faktorer, der dels har en statistisk sammenhæng med sandsynligheden for, at borgeren kommer i job eller uddannelse, og dels kan påvirkes af indsats og udvikle sig over tid (Væksthusets Forskningscenter, 2017). Derfor er det vigtigt, at borgerne tror på en fremtid på arbejdsmarkedet, og at indsatser til udsatte borgere understøtter deres tro på egne evner.

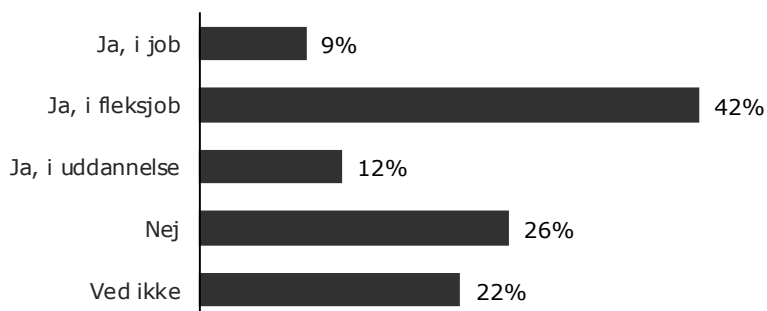
3.2.1 Tro på en fremtid på arbejdsmarkedet

For borgere, der netop har påbegyndt et ressourceforløb, har mere end 6 ud 10 borgere en forventning om i fremtiden enten at komme i almindeligt

³ Dette omfatter borgere, som har været mindst 12 uger i fleksjob i 2. kvartal 2017.

job, fleksjob eller begynde på en uddannelse, jf. figur 6. Størstedelen har således positive forventninger til fremtiden på arbejdsmarkedet, og det skal ses i lyset af, at borgere i ressourceforløb er en gruppe, der er kendetegnet af komplekse og sammensatte problemer.

Figur 6. Andel borgere, der netop har påbegyndt ressourceforløb, som forventer at komme i job, fleksjob eller uddannelse i fremtiden

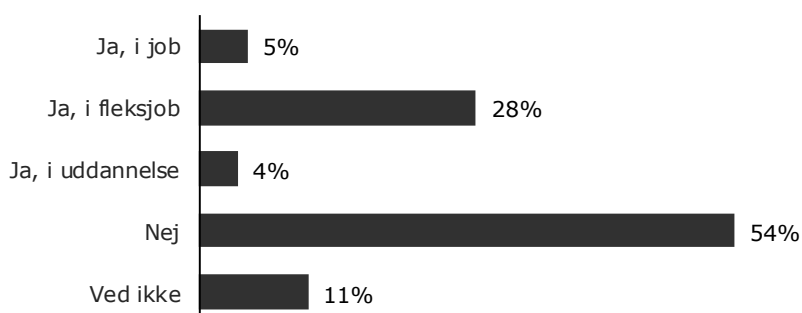


Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018)

Note: n = 416.

Blandt de borgere, der har været længere tid i ressourceforløb eller netop har afsluttet et forløb, har næsten 4 ud af 10 borgere, fået en større tro på, at de vil komme i almindeligt job, fleksjob eller begynde på en uddannelse, jf. figur 7. En gruppe af borgere i ressourceforløbet har således fået mere tro på en fremtid på arbejdsmarkedet i løbet af ressourceforløbet, mens dette ikke er tilfældet for knap halvdelen af borgerne (54 procent).

Figur 7. Andel borgere, der har været i ressourceforløb i længere tid eller netop har afsluttet ressourceforløb, der har fået større tro på at komme i job, fleksjob eller uddannelse



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 2.353.

Brugerundersøgelsen viser, at det især er borgere under 40 år i ressourceforløb, der har positive forventninger til fremtiden, jf. tabel 5. For borgere under 40 år, der netop har påbegyndt et ressourceforløb, forventer mere end 6 ud af 10, at de vil komme i job eller uddannelse. Næsten halvdelen af borgerne under 40 år, der enten er i gang med eller netop har afsluttet et ressourceforløb, oplever, at de har fået en større tro på at komme i job i løbet af deres ressourceforløb. Dette gælder kun for 26 procent af borgerne over 40 år.

Tabel 5. Andel borgere i ressourceforløb, der har positive forventninger til fremtiden, fordelt på alder

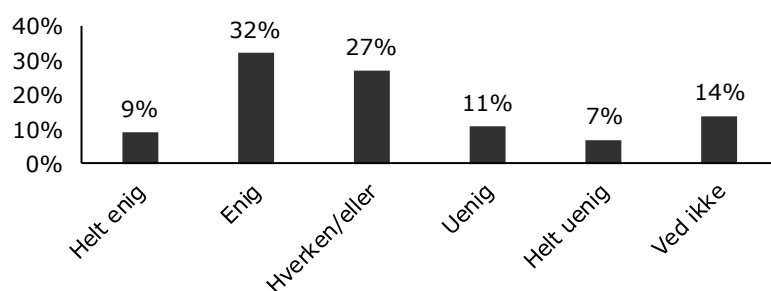
Alder	Borgere, der netop påbegyndt ressourceforløb: Andel, der forventer at komme i job, fleksjob eller uddannelse i fremtiden	Borgere, der er i gang med eller har afsluttet ressourceforløb: Andel der har fået større tro på at komme i job eller uddannelse
Under 40 år	62%	44%
Over 40 år	42%	26%

Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 2.353 for borgere, der er i gang med eller har afsluttet deres ressourceforløb, og n = 416 for borgere, der netop har påbegyndt deres ressourceforløb.

For borgere, der er ansat i et fleksjob, er det mere end 4 ud af 10, der har positive forventninger til fremtiden på arbejdsmarkedet. Således oplever 41 procent, at de har fået et bedre indtryk af deres muligheder på arbejdsmarkedet mens de har været ansat i et fleksjob, jf. figur 8.

Figur 8. Andel borgere, der er tilkendt fleksjob og oplever, at de har fået et bedre billede af deres muligheder som ansat i et fleksjob



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 2.709.

For borgere på ledighedsydelse er det ligeledes vigtigt, at der er en tro på en fremtid i fleksjob, og at fleksjobordningen understøtter borgernes tro på muligheden for en fremtid på arbejdsmarkedet. For ledighedsydelsesmodtagere viser brugerundersøgelsen, at cirka halvdelen tror på, at de enten på kort eller længere sigt vil blive ansat i et fleksjob, jf. figur 9. 21 procent tror dog ikke, at de kan komme i job. Yderligere peger 29 procent, at de ikke ved om de kan komme i job.

At omkring hver femte ikke tror, at de kan komme i job, og lidt mere end hver fjerde ikke ved, om de kan komme i job kan både dække over, at de ikke tror på egne evner eller ikke ved om de har evnerne til at komme i job. Det kan også dække over, at de ikke tror eller ikke ved, om der er en plads til dem på arbejdsmarkedet.

Figur 9. Andel ledighedsydelsesmodtagere, der vurderer, om de i fremtiden kommer i job

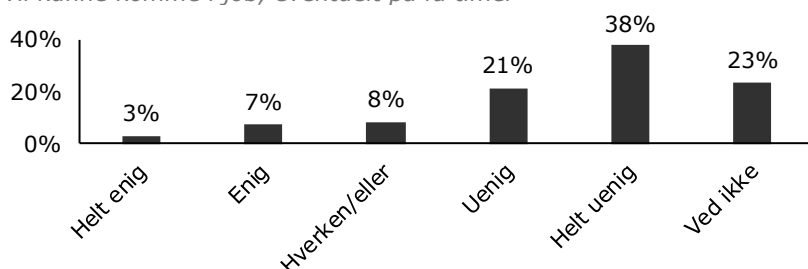


Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 792.

Borgere på førtidspension har en varigt nedsat arbejdsevne, hvor muligheden for at udvikle arbejdsevnen er udtømt. På trods af dette er 10 procent af borgerne på førtidspension enige i, at de på sigt vil kunne komme i ordinær beskæftigelse, eventuelt på få timer, jf. figur 10.

Figur 10. Andel borgere på førtidspension, der vurderer, om de på et tidspunkt vil kunne komme i job, eventuelt på få timer



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 1.571.

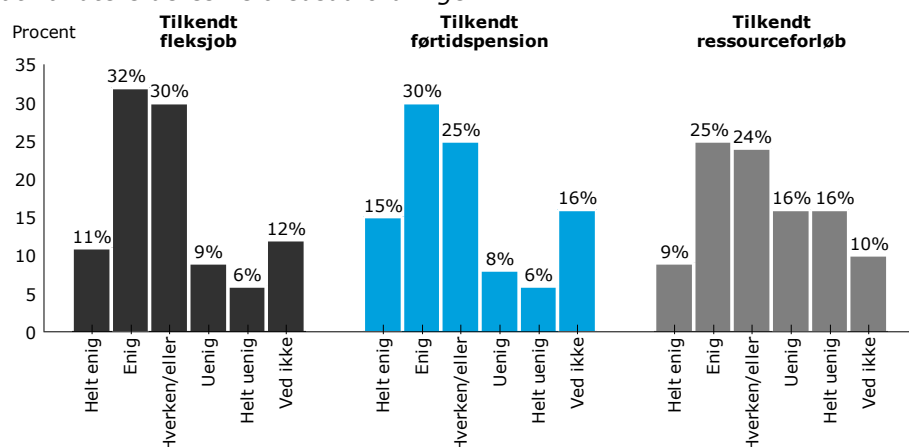
Brugerundersøgelsen peger således på, at en betragtelig andel af borgerne har en tro på en fremtid på arbejdsmarkedet, og at både fleksjobordningen og ressourceforløbsordningen bidrager positivt til udviklingen af troen på egne evner hos udsatte borgere.

3.2.2 Håndtering af helbredsudfordringer

43 procent af borgerne i fleksjob, 34 procent af borgerne i ressourceforløb og 45 procent af borgerne på førtidspension oplever, at de i deres forløb er blevet bedre til at håndtere deres helbredsmæssige udfordringer, jf. figur 11.

Brugerundersøgelsen peger således på, at den helbredsmæssige barriere, som for mange borgere er en betydelig barriere for at opnå fodfæste på arbejdsmarkedet, er blevet mindre i løbet af deres forløb. Borgerens oplevelse af eget helbred er en central progressionsfaktor. Således er der en klar sammenhæng mellem en fremdrift i borgerens helbredsmestring og borgerens sandsynlighed for at opnå arbejdsmarkedstilknudning (Væksthuset Forskningscenter (2017), STAR (2018d)). Resultaterne tyder derfor på, at flere rykker tættere på arbejdsmarkedet i kraft af den indsats, de modtager.

Figur 11. Andel borgere, der er enige eller uenige i, at de er blevet bedre til at håndtere deres helbredsudfordringer



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 2.709 for fleksjob, n = 1.571 for førtidspension og n = 2.353 for ressourceforløb. Kategorien *Tilkendt fleksjob* inkluderer ledighedsydelsesmodtagere.

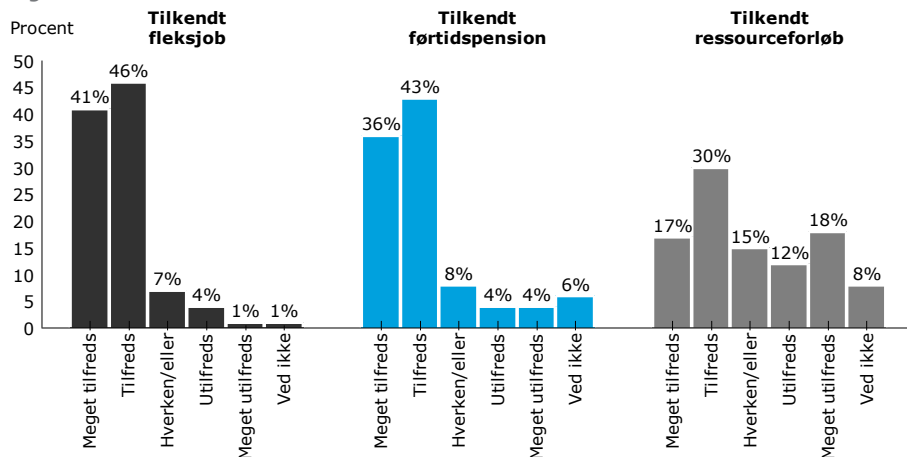
Det er især borgere med psykiske helbredsudfordringer, der er blevet bedre til at håndtere deres helbredsudfordringer. 50 procent af borgerne med psykiske udfordringer er blevet bedre til at håndtere deres helbredsudfordringer, mens det er tilfældet for 42 procent af dem, der har fysiske udfordringer (Mploy og Kantar Gallup, 2018).

3.3 Borgernes tilfredshed og oplevelse af inddragelse i processen

Studier peger på, at det er afgørende for borgernes oplevelse af ejerskab og mening med deres forløb, at borgeren oplever at være inddraget i processen før, under og efter mødet i rehabiliteringsteamet (Deloitte, 2017b og Væksthusets Forskningscenter, 2017).

Det fremgår af figur 12, at i alt 87 procent af borgerne i fleksjob, 79 procent af borgerne på førtidspension og 47 procent af borgerne i ressourceforløb er tilfredse eller meget tilfredse med mødet i rehabiliteringsteamet.

Figur 12. Andel borgere, der samlet set er tilfredse med selve mødet i rehabiliteringsteamet



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 269 for fleksjob, n = 1.252 for førtidspension og n = 2.769 for ressourceforløb.

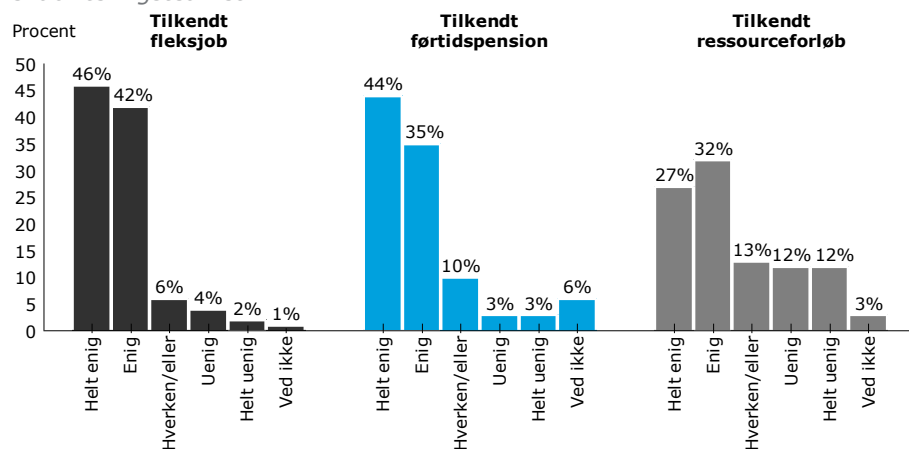
Størstedelen af borgerne er altså tilfredse med mødet i rehabiliteringsteamet, hvor de oplever at blive hørt og lyttet til.

For borgere i ressourceforløb viser brugerundersøgelsen, at det især er personer under 40 år, der er tilfredse eller meget tilfredse med mødet i rehabiliteringsteamet (59 procent), sammenlignet med borgere over 40 år (38 procent).

At en betydeligt del af borgerne er tilfredse med mødet i rehabiliteringsteamet kan hænge sammen med, 1) at en stor andel oplever at blive hørt og lyttet til under mødet i teamet, og 2) at mange borgere oplever at være inddraget i forberedelsen af deres sag.

Det fremgår, at 88 procent af alle borgere, der er tilkendt et fleksjob, oplever at blive inddraget under mødet i rehabiliteringsteamet. Det samme gør sig gældende for 79 procent af alle borgere på førtidspension, mens 59 procent af borgerne i ressourceforløb oplever, at de er blevet hørt og lyttet til, jf. figur 13.

Figur 13. Andel borgere, der har oplevet at blive hørt og lyttet til under mødet i rehabiliteringsteamet

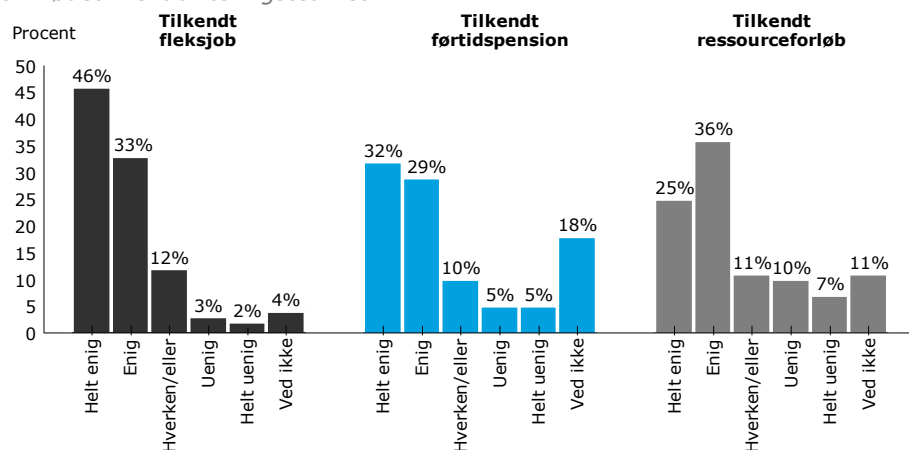


Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 269 for fleksjob (netop påbegyndt), n = 1.252 for førtidspension og n = 416 for ressourceforløb (netop påbegyndt).

Desuden oplever en betydelig andel af borgerne, at de er blevet inddraget i forberedelsen af deres sag. Det fremgår af figur 14, at 79 procent af borgere, der er tilkendt fleksjob, har en oplevelse af at være blevet inddraget forud for mødet i rehabiliteringsteamet. Der er en lavere andel blandt borgere på henholdsvis førtidspension og i ressourceforløb (61 procent for begge grupper), der deler denne oplevelse.

Figur 14. Andel borgere, der oplevede at blive inddraget i forberedelsen af sagen til mødet i rehabiliteringsteamet



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 269 for fleksjob (netop påbegyndt), n = 1.571 for førtidspension og n = 416 for ressourceforløb (netop påbegyndt).

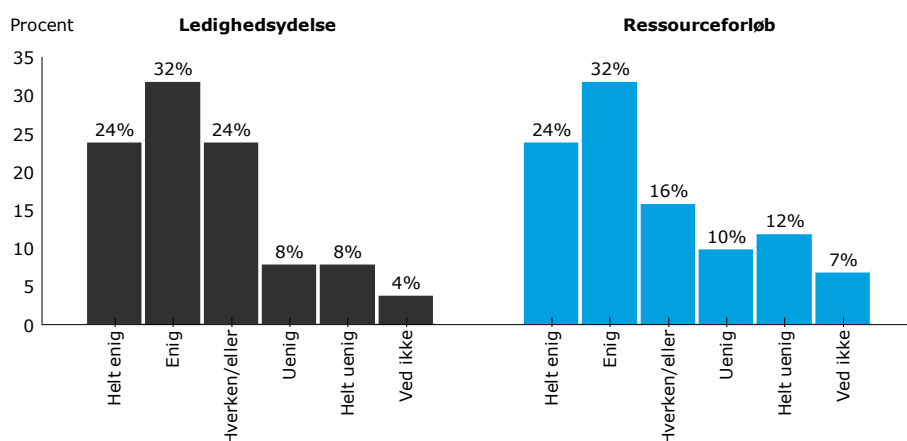
3.4 Borgernes tilfredshed med indsatsen

Den indsats, som borgerne får i deres forløb, skal understøtte progression mod arbejdsmarkedet. To af de indsatser, som rehabiliteringsteamet ofte indstiller til, er mentorstøtte og virksomhedsrettet indsats. Samtidig varetager sagsbehandleren en nøglefunktion i forløbet, og studier indikerer, at en tillidsfuld relation til sagsbehandleren er vigtig for borgerens oplevelse af sit forløb og progression imod arbejdsmarkedet (Deloitte, 2017b og Væksthushets Forskningscenter, 2017).

3.4.1 Borgernes oplevelse af relationen til deres sagsbehandler

Overordnet set oplever 56 procent af borgerne i ressourceforløb og på ledighedsydelse at have en god og tillidsfuld relation til deres sagsbehandler, jf. *Figur 15*. For borgere på ledighedsydelse oplever 16 procent, at de ikke har en god og tillidsfuld relation til deres sagsbehandler. Dette gælder for 22 procent af borgerne i ressourceforløb.

Figur 15. Andel borgere på ledighedsydelse og i ressourceforløb, der vurderer, om de har en god og tillidsfuld relation til deres sagsbehandler



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 792 for ledighedsydelse og n = 2.769 for ressourceforløb.

Et af kendetegnene ved den tillidsfulde relation er, at borgeren oplever, at sagsbehandleren er tilgængelig (Deloitte, 2017b). Tilgængelighed er vigtigt for, at borgeren oplever at kunne få den nødvendige støtte fra jobcentret. Lige omkring halvdelen (56 procent) af borgerne i ressourceforløb angiver at kunne få fat i deres sagsbehandler, når der er behov for det (Mploy og Kantar Gallup, 2018).

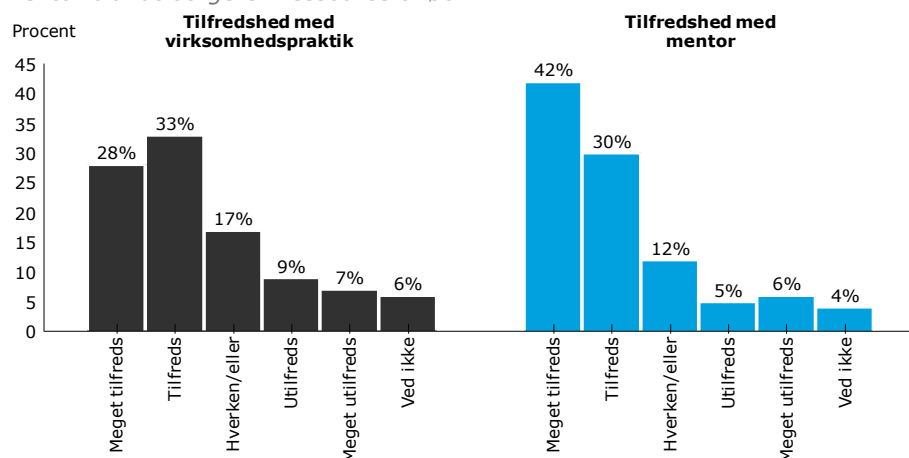
3.4.2 Borgere i ressourceforløbs tilfredshed med virksomhedspraktik og mentor

De fleste borgere i ressourceforløb, der har været i virksomhedspraktik og/eller haft mentor, er tilfredse med praktikken og deres mentor.

61 procent af borgerne i ressourceforløb er tilfredse eller meget tilfredse med deres virksomhedspraktik, jf. *figur 16*. Til sammenligning er 16 procent utilfredse eller meget utilfredse med virksomhedspraktikken.

72 procent af borgerne i ressourceforløb er tilfredse eller meget tilfredse med samarbejdet med deres mentor, mens 11 procent utilfredse eller meget utilfredse.

Figur 16. Tilfredshed med iværksat virksomhedspraktik og samarbejdet med mentor blandt borgere i ressourceforløb

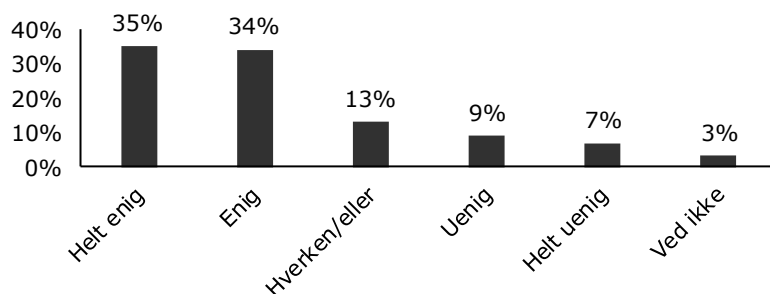


Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 1.101 for virksomhedspraktik og n = 1.134 for mentor.

Andelen af borgerne, der er tilfredse med virksomhedspraktik, skal ses i sammenhæng med, at næsten 7 ud af 10 oplever, at der er blevet taget hensyn til deres helbredsmæssige udfordringer i virksomhedspraktikken, jf. figur 17.

Figur 17. Oplevelse af, hvorvidt der bliver taget hensyn til helbredsmæssige udfordringer i virksomhedspraktik for borgere i ressourceforløb

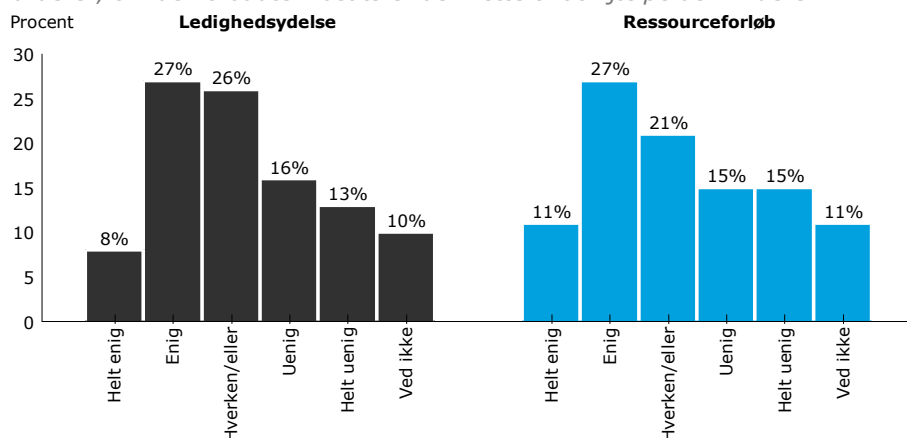


Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 1.101.

Brugerundersøgelsen peger imidlertid også på, at nogle borgere oplever, at de indsatser, som de tilbydes, ikke er passende i forhold til deres situation. Nogle borgere oplever ikke, at indsatsen er den rette til at hjælpe dem videre frem mod arbejdsmarkedet, og andre borgere oplever, at de enten har fået for meget eller for lidt indsats. Det fremgår, at blandt borgere i ressourceforløb og på ledighedsydelse er det således næsten 3 ud af 10, der oplever, at de tilbudte indsatser *ikke* har været de rette til at hjælpe dem videre, jf. figur 18.

Figur 18. Andel ledighedsydelsesmodtagere og borgere i ressourceforløb, der vurderer, om den tilbudte indsats er den rette til at hjælpe dem videre

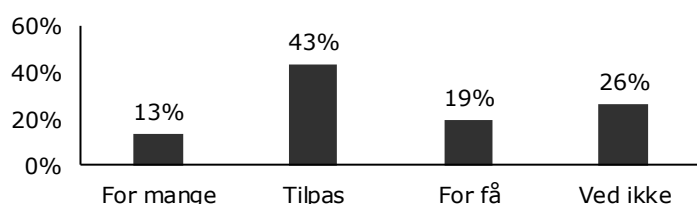


Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 711 for ledighedsydelse og n = 2.353 for ressourceforløb.

At der generelt er en blandet vurdering af, om indsatsen er den rette, afspejles desuden i, at 19 procent efterspørger mere indsats i deres ressourceforløb, og 13 procent mener, at de har fået for mange indsatser, jf. figur 19.

Figur 19. Andel borgere i ressourceforløb, der vurderer, om antallet af indsatser i deres forløb er tilpas, for få eller for mange



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 2.353.

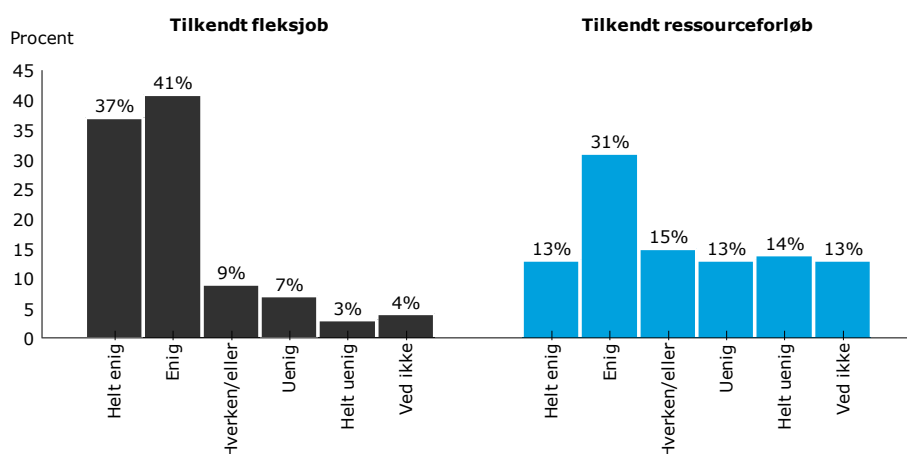
3.5 Borgernes oplevelse af jobfokus samt plan og mål for forløbet

Det er et opmærksomhedspunkt, at borgernes forløb ofte mangler jobfokus og en klar plan.

Som tidligere fremhævet er en vigtig faktor for borgerens progression mod job eller uddannelse, at borgeren oplever en klar mening og retning i indsatsen. Det handler både om, hvorvidt borgeren er afklaret om egne mål og ønsker, og om borgeren oplever at have en meningsfuld plan i forhold til at komme i gang med job eller uddannelse (Væksthusets Forskningscenter, 2017).

Det er derfor afgørende for borgernes progression mod job og uddannelse, at borgerne oplever, at der er fokus på job helt fra starten. Dog oplever mere end hver fjerde af borgerne i ressourceforløb (27 procent) ikke, at der på mødet i rehabiliteringsteamet er et jobfokus, jf. figur 20. For borgere, der er tilkendt fleksjob, oplever langt de fleste (78 procent), at der er jobfokus på mødet i rehabiliteringsteamet.

Figur 20. Andel borgere, der er tilkendt henholdsvis fleksjob og ressourceforløb, som oplevede, at der var fokus på job på mødet i rehabiliteringsteamet

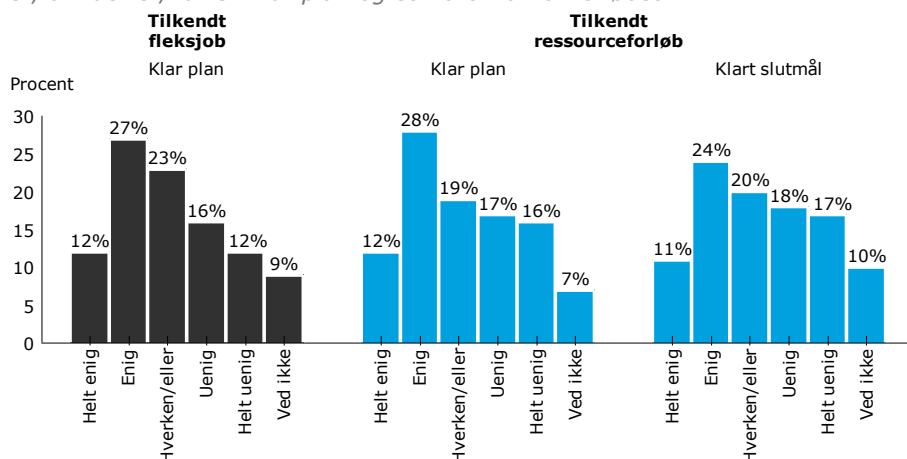


Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 269 for fleksjob (netop påbegyndt) og n = 416 for ressourceforløb (netop påbegyndt).

Hver tredje borger i ressourceforløb (33 procent) oplever ikke at have en klar plan for deres forløb. Tilsvarende er det godt hver tredje af borgerne i ressourceforløb (35 procent), der ikke oplever at have et klart mål for deres forløb, jf. figur 21.

Figur 21. Andel borgere, der er tilkendt fleksjob og ressourceforløb, som vurderer, om der er/var en klar plan og et klart mål for forløbet



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 2.241 for fleksjob og n = 2.769 for ressourceforløb.

For borgere, der er tilkendt fleksjob, er det desuden næsten 3 ud af 10 (28 procent), der ikke oplever at have en klar plan for deres jobsøgning efter fleksjob, jf. figur 21.

Således peger evalueringen overordnet set på, at der er en udfordring med at sikre fokus på job og uddannelse i indsatsen, og at det ligeledes er en udfordring, at borgerne ikke oplever, at der er en klar plan og et klart mål for deres indsats. Dette gælder både i fleksjobordningen og i ressourceforløb.

3.6 Konklusioner og opmærksomhedspunkter

Brugerundersøgelsen af borgernes oplevelser og tilfredshed med deres forløb og udbytte af reformens indsatser giver anledning til følgende konklusioner:

- Tilfredsheden er generelt stor blandt borgerne i reformgruppen. Samlet set er langt størstedelen af borgerne tilfredse med deres forløb og tilkendelse af ydelse efter reformen. Blandt borgere i fleksjob og førtidspension er næsten 9 ud af 10 tilfredse med deres tilkendelse af ydelse.
- Der er generelt en høj tilfredshed blandt alle borgere i fleksjob. Blandt borgere, der ved fleksjobbets begyndelse arbejdede 1-5 timer ugentligt, er 88 procent tilfredse eller meget tilfredse med at være tilkendt fleksjob, mens andelen er 95 procent blandt borgere med over 15 timer.
- Mange borgere i ressourceforløb er tilfredse, men færre end i de to andre ordninger. I alt er 45 procent af borgerne tilfredse med deres ressourceforløb. I ressourceforløb er det især borgere under 40 år og borgere med psykiske helbredsudfordringer, der er tilfredse med deres forløb. 56 procent af borgerne under 40 år er tilfredse med deres ressourceforløb, og 56 procent af borgerne med psykiske helbredsudfordringer er tilfredse med deres ressourceforløb.
- Mange borgere, der er berørt af reformen, har positive forventninger til deres fremtid på arbejdsmarkedet og oplever at være blevet bedre til at mestre deres helbredsudfordringer.
 - For borgere i ressourceforløb forventer flere end 6 ud af 10 at komme i job eller uddannelse, og næsten lige så mange oplever, at deres tro på job vokser yderligere i løbet af deres ressourceforløb. I ressourceforløb er det især borgere under 40 år, der har positive forventninger til deres fremtid på arbejdsmarkedet.
 - Cirka halvdelen af borgerne på ledighedsydelse forventer at blive ansat i fleksjob på kort eller længere sigt.
 - Blandt førtidspensionisterne, som jo har en arbejdsevne, der er varigt nedsat i en sådan grad, at borgeren ikke kan arbejde eller forsørge sig selv, så er det alligevel hver tiende, der forventer at kunne komme tilbage i job, eventuelt på få timer.
- Hovedparten af borgerne i reformgruppen er tilfredse med processen før og under mødet med rehabiliteringsteamet og deres inddragelse heri. De fleste borgere er tilfredse med selve mødet i teamet, og de oplever samtidig, at de bliver hørt og lyttet til under mødet, og at de er blevet inddraget i forberedelsen af sagen inden mødet i teamet.
- Generelt er der høj tilfredshed blandt ledighedsydelsesmodtagerne med deres forløb (88 procent) mens færre er tilfredse med deres ressourceforløb (45 procent). På tværs af de to ordninger er det dog over halvdelen af borgerne i ressourceforløb og på ledighedsydelse (56 procent) oplever at have en god og tillidsfuld relation til deres sagsbehandler.
- Endvidere kan det fremhæves, at i ressourceforløb er de fleste af dem, der får en virksomhedsrettet indsats, tilfredse. Flere end 6 ud af 10 borgere i ressourceforløb er tilfredse eller meget tilfredse med deres virksomhedspraktik. 72 procent er tilfredse eller meget tilfredse med samarbejdet med deres mentor.

Brugerundersøgelsen af borgernes oplevelser og tilfredshed peger på tre væsentlige opmærksomhedspunkter.

Lavere tilfredshed blandt borgere over 40 år

Det er et opmærksomhedspunkt, at borgere over 40 år er mere utilfredse med deres forløb og ydelser. Det er især borgere over 40 år, der har fået ressourceforløb, men som på forhånd ønskede førtidspension eller fleksjob, der er utilfredse. Det er kendetegnende for denne gruppe, at de har mindre tro på fremtiden, i mindre grad oplever at blive bedre til at håndtere deres helbredsudfordringer, og at de er mindre tilfredse med den indsats, som de har modtaget. I alt er 37 procent af borgere over 40 år i ressourceforløb tilfredse med forløbet, mens 56 procent af de under 40-årige er tilfredse med ressourceforløbet.

Behov for fokus og en afstemt indsats

Det er et opmærksomhedspunkt, om borgerne i ressourceforløbene og på ledighedsydelse får den rigtige indsats. Næsten hver tredje borger i ressourceforløb (30 procent) oplever, at de ikke har fået den rette indsats til at komme videre. Det samme gælder for borgere på ledighedsydelse. Hver femte borger i ressourceforløb oplever, at der ikke er tilstrækkelig indsats i deres forløb, mens næsten lige så mange oplever, at de har fået for meget indsats. Således peger brugerundersøgelsen på, at indholdet i forløbene ikke altid er afstemt.

Behov for mere jobfokus og en mere fokuseret indsats

Det er et opmærksomhedspunkt at sikre, at borgerne oplever, at der er fokus på job fra starten og i løbet af deres forløb. Det er omkring hver fjerde borger (27 procent) i ressourceforløb, der *ikke* oplever, at der fokuseres på jobmuligheder under mødet i teamet. Derudover oplever hver tredje (33 procent) *ikke* at have en klar plan eller et mål for deres forløb. Således oplever borgerne ikke, at der er jobfokus, hverken forud for eller i selve ressourceforløbet.

Del 2

Reformens tre borgerspor

4. Ressourceforløb

Med reformen af førtidspension og fleksjob er ressourceforløb indført som en ny ordning til borgere, der har tværgående og komplekse problemer.

Formålet med ressourceforløb er at give borgerne en tværfaglig og sammenhængende indsats, der kan hjælpe dem tættere på arbejdsmarkedet eller i uddannelse, så de undgår at ende på førtidspension. Reformen af førtidspension og fleksjob indeholder følgende elementer vedrørende ressourceforløb:

- Borgere under 40 år skal altid tilbydes ressourceforløb, og tilkendelse af førtidspension vil som udgangspunkt ikke være muligt.
- Borgere over 40 år skal tilbydes et ressourceforløb, inden der kan tages stilling til eventuel førtidspension.
- I sager, hvor det er åbenlyst, at arbejdsevnen er permanent nedsat og ikke kan forbedres ved deltagelse i et ressourceforløb eller andre foranstaltninger, kan der dog påbegyndes en sag om førtidspension, uden at arbejdsevnen har været forsøgt udviklet i et ressourceforløb.
- Ressourceforløb skal sikre en tidligere, tværfaglig og sammenhængende indsats.
- Indsatsen skal have et beskæftigelses- og uddannelsesfokus og skal medvirke til, at borgeren på sigt kan komme i arbejde eller i gang med en uddannelse.
- Indsatsen skal 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 på opfølgningsmøder med borgeren mindst seks gange om året.

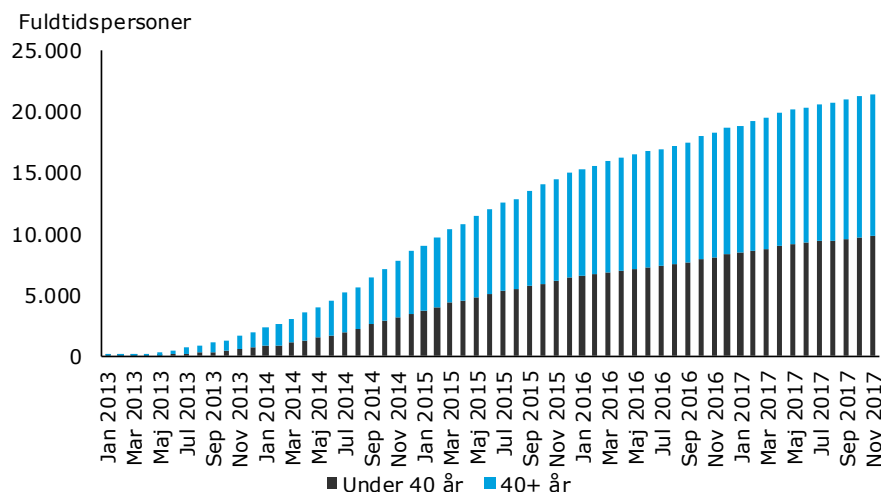
Der er således tale om en ny ordning i den aktive beskæftigelsesindsats, hvor kommunerne har skullet etablere og igangsætte ressourceforløb, der indeholder en tværgående helhedsorienteret indsats. Ressourceforløb skal sikre fokus på at udvikle borgerens arbejdsevne, og indsatsen i ressourceforløb skal i videst muligt omfang medvirke til, at borgeren får fodfæste på arbejdsmarkedet. Derfor er den beskæftigelsesrettede indsats central i ressourceforløbet.

4.1 Hvor mange er i ressourceforløb?

I november 2017 var der 21.400 fuldtidspersoner i ressourceforløb, jf. figur 22. Tilgangen til ordningen var meget lav i 2013, men har været stigende siden 2013. Den lave tilgang i 2013 skal ses i lyset af tilrettelæggelsen og implementeringen af ordningen i kommunerne.

54 procent af borgerne i ressourceforløb er over 40 år. I november 2017 var der således 11.600 fuldtidspersoner over 40 år i ressourceforløb og 9.800 fuldtidspersoner under 40 år.

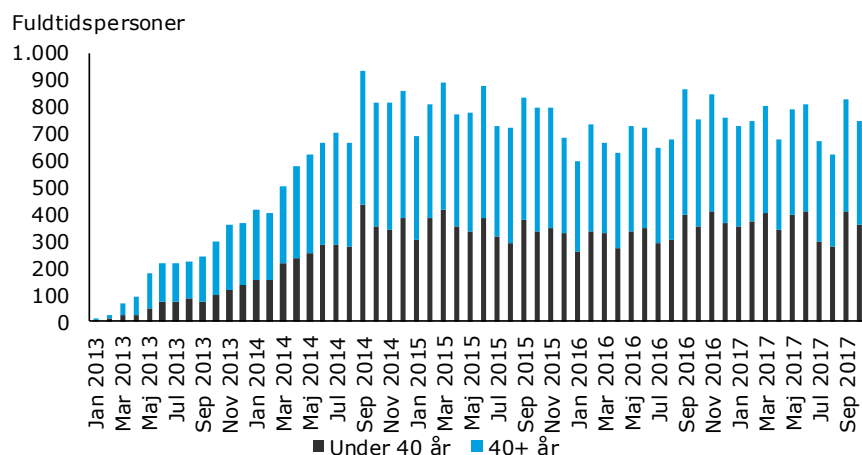
Figur 22. Bestanden af fuldtidspersoner i ressourceforløb, januar 2013 til november 2017



Kilde: Supplerende opgørelser til brug for evalueringen af FØP/FLEKS, STAR (2018c).

Den månedlige tilgang til ressourceforløb har været stigende, fra reformen trådte i kraft i januar 2013 og frem til midten af 2014. Fra midten af 2014 har tilgangen til ressourceforløb været mere stabil, jf. figur 23. I 2016 påbegyndte i gennemsnit cirka 700 personer et ressourceforløb hver måned.

Figur 23. Tilgangen af fuldtidspersoner til ressourceforløb, januar 2013 til oktober 2017



Kilde: Centrale figurer for reformen af førtidspension og fleksjob (november 2017), STAR (2017n).

4.1.1 Varigheden af ressourceforløb

Ressourceforløb kan tilkendes med en varighed på mellem 1 og 5 år. Det er endnu for tidligt at opgøre præcist, hvad den gennemsnitlige varighed af ressourceforløb er, fordi der endnu ikke er en hel årgang, hvor alle, der har påbegyndt ressourceforløb, også har afsluttet forløbet. Det betyder, at den gennemsnitlige varighed vil ændre sig i takt med, at hele årgange fra de første år i reformperioden afslutter deres forløb.

Ser man udelukkende på de afsluttede forløb, viser evalueringen, at varigheden for borgere over såvel som under 40 år i ressourceforløb ligner hinanden, jf. tabellen nedenfor.

For ressourceforløb påbegyndt i 2013 er den foreløbige gennemsnitlige varighed 1,9 år for borgere under 40 år og 1,7 for borgere over 40 år. Af tabellen fremgår det endvidere, at der er relativt flest blandt de under 40-årige, der fortsat er i gang med deres ressourceforløb, hvorfor den gennemsnitlige varighed vil øges i takt med at flere forløb afsluttes. For ressourceforløb påbegyndt i 2013 er 44 procent af de påbegyndte forløb for borgere under 40 år nu afsluttet, mens 75 procent af forløbene for borgere over 40 år nu er afsluttet. Samlet set er 66 procent af de forløb, der er påbegyndt i 2013, endnu ikke afsluttet og har på opgørelsestidspunktet en igangværende varighed på 3,7 år.

Tabel 6. Den foreløbige gennemsnitlig varighed i år for afsluttede ressourceforløb, der er påbegyndt i 2013-2016, og andelen af påbegyndte forløb, der er afsluttet (opgjort ultimo februar 2017)

Ressourceforløb påbegyndt i:	2013	2014	2015	2016
Foreløbig gennemsnitlig varighed, under 40 år (år)	1,9	1,6	1,0	0,4
Antal afsluttede forløb, under 40 år	371	985	546	117
Andel afsluttede forløb, under 40 år	44%	32%	15%	4%
Foreløbig gennemsnitlig varighed, over 40 (år)	1,7	1,6	1,0	0,4
Antal afsluttede forløb, over 40 år	1.081	2.248	1.093	173
Andel afsluttede forløb, over 40 år	75%	53%	23%	5%

Kilde: Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob, Beskæftigelsesministeriets analyseenheder (2018).

Note: Afsluttet ressourceforløb er defineret som fire sammenhængende uger uden ydelsen.

4.1.2 Afgang fra ressourceforløb

Da ressourceforløbet skal hjælpe borgere tættere på arbejdsmarkedet eller i uddannelse, er det centralt at undersøge om ressourceforløb har en beskæftigelseseffekt. Der er dog ikke gennemført en selvstændig analyse af beskæftigelseseffekten af ressourceforløbet som led i evalueringen. Årsagen er, at der som følge af indfasningen af ordningen i 2013 på tidspunktet for evalueringens udarbejdelse kun er afsluttet meget få 4-5-årige forløb. Der er således en skævhed i datagrundlaget, som vurderes at medføre en risiko for usikre konklusioner. Det metodiske grundlag for en effektanalyse vil styrkes i takt med, at antallet af afsluttede forløb øges. Dertil kommer, at den planlagte styrkelse af datagrundlaget på social- og sundhedsområdet fremadrettet vil gøre en effektanalyse mere robust.

I stedet ses der på afgang fra ressourceforløbet – det vil sige, at der ses på, hvilket forsørgelsesgrundlag disse borgere har efter endt ressourceforløb. Eftersom der endnu kun er afsluttet relativt få lange ressourceforløb, vil fordelingen af, hvilket forsørgelsesgrundlag borgere der har afsluttet deres ressourceforløb, med stor sandsynlighed ændre sig.

I 2016 afsluttede cirka 3.500 personer et ressourceforløb. I tabellen nedenfor er forsørgelsesgrundlaget opgjort tre måneder efter, ressourceforløbsmodtageren er ophørt med at modtage ydelsen. Der er således tale om et foreløbigt overblik over afgang fra ressourceforløb. Det er således for tidligt endnu at konkludere, hvor stor en andel der kommer tættere på arbejdsmarkedet eller i uddannelse efter at have været i ressourceforløb.

Tabel 7. Forsørgelsesgrundlag for personer 3 måneder efter afsluttet ressourceforløb i 2016

2016	Under 40 år		Over 40 år	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Lønmodtagerbeskæftigelse	55	5,4	48	2,0
Uddannelse	50	4,9	7	0,3
Fleksjob	177	17,3	274	11,2
Ledighedsydelse	175	17,1	308	12,6
A-dagpenge	0	0,0	9	0,4
Revalidering/forrevalidering	32	3,1	9	0,4
I alt	489	47,8	655	26,9
Selvforsørgelse	58	5,7	107	4,4
Kontanthjælp	51	5,0	204	8,4
Uddannelseshjælp	39	3,8	-	-
Ressourceforløb	47	4,6	67	2,7
Sygedagpenge/jobafklaringsforløb	18	1,8	28	1,1
Førtidspension	299	29,3	1.324	54,2
Andet	20	2,0	58	2,4
I alt	532	52,2	1788	73,2
I alt for alle afsluttede forløb	1.021	100,0	2.443	100,0

Kilde: Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob, Beskæftigelsesministeriet (2018).

Tabellen viser, at efter endt ressourceforløb har cirka halvdelen (cirka 48 procent) af borgerne under 40 år et forsørgelsesgrundlag med en vis tilknytning til arbejdsmarkedet. Det samme gør sig gældende for cirka 27 procent af borgerne over 40 år. Størstedelen af disse opnår tilknytning til arbejdsmarkedet via fleksjobordningen, mens en lille andel overgår til ordinær beskæftigelse.

Derudover viser tabellen, at af dem, der afslutter ressourceforløbet og overgår til en ordningen uden tilknytning til arbejdsmarkedet, overgår de fleste til førtidspension. Det fremgår, at 54,2 procent af borgerne over 40 år og 29,3 procent af borgerne under 40 år overgår til førtidspension.

Det kan dog foreløbigt konstateres, at en stor del af de borgere, der i dag afslutter ressourceforløbet, og for hvem passiv forsørgelse før reformen var en reel risiko, overgår til et forsørgelsesgrundlag tæt på arbejdsmarkedet.

4.2 Hvem er i ressourceforløb?

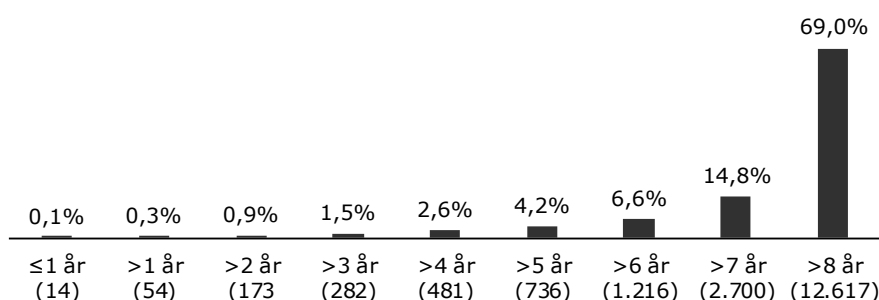
Målgruppen for ressourceforløb er borgere, der er langt fra arbejdsmarkedet, og som har komplekse og tværgående udfordringer. Ressourceforløb er for borgere, der før reformen var i målgruppen for førtidspension, det vil

sige borgere, der i fravær af en særlig indsats var i risiko for at ende på førtidspension.

4.2.1 Tidligere forsørgelse

Borgernes forsørgelsehistorik er en indikator for, hvor langt borgerne er fra arbejdsmarkedet. I 2016 havde 69 procent af borgerne i ressourceforløb været uden beskæftigelse i mere end 8 år, jf. figur 24. Kun 10 procent af borgerne havde været i beskæftigelse indenfor de seneste 6 år.

Figur 24. Andel borgere i ressourceforløb fordelt på antal år siden seneste beskæftigelse ved nedslag i uge 46, 2016, antal borgere (n) fremgår i parentes



Kilde: Supplerende opgørelse til brug for evalueringen af FØP/FLEKS, STAR (2018c).

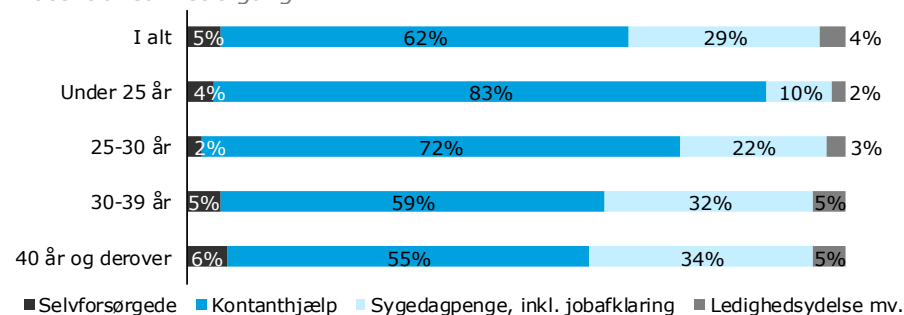
Note: Beskæftigelse er her opgjort ved fire sammenhængende uger i beskæftigelse. I parentesen under søjlerne fremgår antallet af borgere (n), som procenterne er beregnet på baggrund af. De unge, der indgår i opgørelsen, kan have været under uddannelse eller ikke været over 18 år i alle 8 år.

Ovenstående vidner om, at borgere i ressourceforløb generelt har en lang historik på offentlig forsørgelse og er en udsat gruppe uden stærk tilknytning til arbejdsmarkedet.

9 ud af 10 borgere i ressourceforløb kommer enten fra kontanthjælps- eller sygedagpengesystemet. I alt kommer 62 procent af de borgere, der er i ressourceforløb, fra kontanthjælp, mens 29 procent kommer fra sygedagpenge eller jobafklaringsforløb, jf. figur 25.

Der er en tendens til, at de yngre borgere i højere grad kommer fra kontanthjælp, når de overgår til ressourceforløb, jf. figur 25. Blandt borgere, der er under 25 år, kommer 83 procent således fra kontanthjælp, mens 10 procent kommer fra sygedagpenge. 55 procent af de borgere, der er 40 år eller derover, kommer fra kontanthjælp, og 34 procent kommer fra sygedagpenge.

Figur 25. Ydelsesbaggrund for personer, der påbegynder ressourceforløb, 2016. Procent af samlet tilgang



Kilde: Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob, Beskæftigelsesministeriet (2018).

Note: Selvforsørgelse angiver her personer, der ikke er offentligt forsørgede. Kon-

tanthjælp dækker kontanthjælpssystemet. Ledighedsydelse mv. er også inklusive andre ydelser.

4.2.2 Gennemsnitlige karakteristika for borgere i ressourceforløb

Overordnet set er borgere i ressourceforløb langt fra arbejdsmarkedet. Udover ledighed er det kendetegnende for borgere i ressourceforløb, at der er flere kvinder, at de ikke har uddannelse, at lever alene, og de har betydelige sociale og sundhedsmæssige udfordringer (STAR, 2017a).

I *tabel 8* på næste side er ovenstående karakteristika vist og sammenlignet med den gennemsnitlige danske befolkning.

Tabel 8. Borgere i ressourceforløb sammenlignet med den danske befolkning, 18-65 år, uge 46, 2016

		Den danske befolkning, 18-65 år	Borgere i ressourceforløb
Civilstand	Alder (gennemsnit)	41 år	41 år
	Mænd	50%	37%
	Er af anden etnisk baggrund	15%	22%
	Enlig	35%	56%
	Enlig forælder	14%	29%
	Antal børn (gennemsnit)	1,3	1,5
	Antal hjemmeboende børn i husstanden (gennemsnit)	1,1	0,8
	Har en erhvervskompetencegivende uddannelse	61%	38%
Sociale forhold	Har været anbragt som barn	3%	12%
	Har eller har haft anbragte børn/børn med forebyggende foranstaltninger	6%	22%
	Har siddet i fængsel indenfor de seneste fem år	1%	2%
	Har været anholdt indenfor de seneste fem år	2%	6%
Sundhedsforhold	Har været indlagt på hospital indenfor de seneste fem år*	15%	29%
	Antal lægebesøg det seneste år (gennemsnit)	6,3	13,5
	Antal besøg hos privat fysioterapeut eller kiropraktiker indenfor det seneste år (gennemsnit)	1,6	1,8
	Har haft kontakt til privat psykiater indenfor de seneste fem år	3%	26%
	Har haft kontakt til privat psykolog indenfor de seneste fem år	7%	18%
Forsørgelses-historik	Uden beskæftigelse siden 2008	13%	40%
	Har modtaget sygedagpenge**	53%	67%
	Gennemsnitlig ydelsesanciennitet i det offentlige system, 10 år fra nedslagsugen, målt i antal år	-	5,9 år
	Kommer fra kontanthjælpssystemet	-	60%
Antal borgere		3.531.761	18.283

Kilde: Grupper af ressourceforløbsmodtagere, STAR (2017a) (nedslag i DREAM uge 46, 2016, og Danmarks Statistiks befolkningsdata, familiedata, sundhedsdata, kriminalstatistik og data vedrørende børns og unges anbringelser og forebyggende foranstaltninger).

Note: Modtagere af ressourceforløb er opgjort ved nedslag i uge 46, 2016. Den danske befolkning er opgjort for 1. januar 2016. For alle registre, hvor andet ikke er angivet, er det senest tilgængelige år anvendt. Alder er målt ved henholdsvis 1. januar 2016 for den danske befolkning og nedslagsugen ved borgere i ressourceforløb. Ydelsesanciennitet dækker ikke SU eller andet relateret til uddannelse og barselsdagpenge. * På somatiske afdelinger, hvor vedkommende har overnattet. ** Inklusive jobafklaringsforløb.

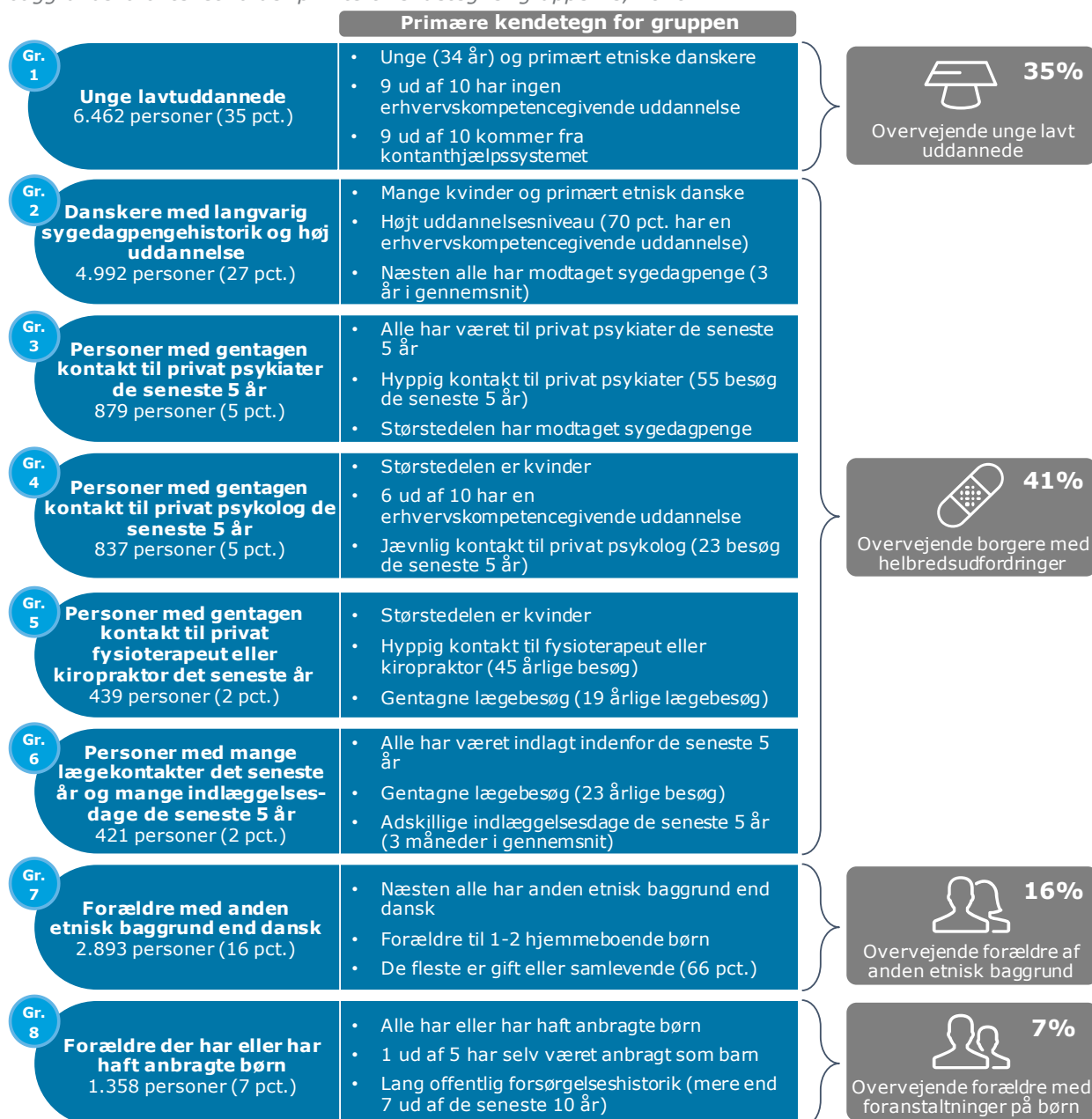
4.2.3 Grupper af borgere i ressourceforløb

Bag de gennemsnitsbetragtninger, der fremgår i forrige afsnit, gemmer der sig et billede af, at borgere i ressourceforløb ikke er en homogen gruppe. Med afsæt i registerdata kan borgere i ressourceforløb ved brug af en statistisk klyngeanalyse⁴ inddeles i otte grupper, der samler sig under fire overordnede kategorier, jf. *figur 26*.

Klyngeanalysen giver viden om borgere i ressourceforløb, men kan ikke forklare, hvorfor borgerne er kommet i ressourceforløb.

⁴ Klyngeanalyse er en statistisk metode til brug for gruppering af observationer på baggrund af registerdata og spørgeskemadata. Ved anvendelse af metoden sker der en mekanisk inddeling af observationerne (personer) ud fra afstandene mellem dem baseret på anvendte baggrundsvariable. Klyngeanalysen fordeler borgerne således, at borgere, der mest ligner hinanden, vil falde i samme gruppe. Hver borger kan kun tilhøre én af de otte grupper, og der vil derfor i hver gruppe være borgere, der ikke helt passer ind i den gruppe, som de er placeret i. De er placeret i gruppen, fordi de alligevel er mest ens med de borgere i den pågældende gruppe sammenlignet med øvrige grupper. Derfor kan man ikke slutte, at alle borgere i samme gruppe er kendetegnet ved alle de parametre, som kendetegner gruppen samlet set.

Figur 26 . Overordnet gruppering af borgere i ressourceforløb fordelt på, hvilke baggrundskarakteristika der primært kendetegner grupperne, 2016



Kilde: STAR (2017a) Grupper af ressourceforløbsmodtagere (nedslag i DREAM uge 46, 2016).

Note: Analysen er baseret på 18.300 borgere i ressourceforløb på nedslagstidspunktet. Sundhedsdata fra distriktpsychiatrien, psykiatrisk skadestue eller indlæggelser på psykiatriske hospitalsafdelinger er ikke medtaget. Tal angivet i parentes er gennemsnitstal.

Som det fremgår af figuren ovenfor, samler de otte grupper sig i de fire nedenstående kategorier af borgere i ressourceforløb (STAR, 2017a):

1. *Unge etnisk danske borgere med et lavt uddannelsesniveau (35 procent)*

En stor kategori af borgere i ressourceforløb er unge uden en erhvervskompetencegivende uddannelse. Denne kategori udgør 35 procent af gruppen i ressourceforløb. Kategorien er kendetegnet ved, at borgerne primært er unge etnisk danske borgere med en lav gennemsnitsalder på 34 år. 90 pro-

cent er ufaglærte, hvilket er væsentlig lavere end de øvrige grupper. Omkring 90 procent kommer fra kontanthjælpssystemet og er ufaglærte, hvilket er væsentlig flere end i de øvrige kategorier. Mange af dem har været anbragt som børn og har, deres unge alder til trods, allerede en længere ydelseshistorik i det offentlige system end den gennemsnitlige ressourceforløbsborger.

Borgere i denne kategori har færre helbredsmæssige udfordringer end borgere i andre kategorier, både i form af færre indlæggelser (22 procent har været indlagt fra 2011 til 2015), mindre kontakt til fysioterapeut (0,5 kontakter i 2015) og færre lægekontakter (10,5 kontakter i gennemsnit).

2. Etniske danskere overvejende kendetegnet ved helbredsudfordringer (41 procent)

En anden stor kategori af borgere i ressourceforløb er overvejende kendetegnet ved at have sundhedsmæssige udfordringer. Denne kategori udgør 41 procent af alle ressourceforløb, og indenfor kategorien er den største gruppe overvejende kendetegnet ved at være kvinder, der i overvejende grad har en erhvervskompetencegivende uddannelse (70 procent). De har ligeledes en lang sygedagpengehistorik (3 år i gennemsnit). Denne gruppe udgør 27 procent af alle borgere i ressourceforløb.

Derudover er der i kategorien af borgere i ressourceforløb med sundhedsudfordringer en række mindre grupper, der overvejende er kendetegnet ved hyppig kontakt til forskellige dele af sundhedssystemet:

- En gruppe, der har hyppig kontakt med privat psykiater med gennemsnitligt 55 besøg de seneste 5 år (5 procent af borgerne i ressourceforløb).
- En gruppe med gentagen kontakt med privat psykolog med gennemsnitligt 23 besøg de seneste 5 år (5 procent af borgerne i ressourceforløb).
- En gruppe med gentagen kontakt med private fysioterapeuter eller kiropraktorer med gennemsnitligt 45 årlige besøg. Herudover har gruppen gennemsnitligt 19 årlige lægebesøg (2 procent af borgerne i ressourceforløb).
- En gruppe med mange lægebesøg og indlæggelser. Gruppen har gennemsnitligt 23 årlige lægebesøg og 3 måneders indlæggelse i gennemsnit de seneste 5 år (2 procent af borgerne i ressourceforløb).

Sammenlignes borgerne i denne kategori med borgerne i de andre kategorier, ses det, at borgerne i denne kategori har forskellige baggrundskarakteristika, men deler, at de har helbredsmæssige udfordringer af den ene eller anden art.

3. Forældre med anden etnisk herkomst end dansk (16 procent)

Den tredje kategori af borgere i ressourceforløb er forældre af anden etnisk herkomst end dansk. Denne kategori er kendetegnet ved, at de har 1-2 hjemmeboende børn, hvilket er dobbelt så mange som alle borgere i ressourceforløb. Samtidig er der ingen af borgerne, der har eller har haft anbragte børn. Kategorien er også kendetegnet ved, at 2 ud af 3 af borgerne er samlevende eller gift, hvilket er væsentlig flere end for borgerne i de andre kategorier. Sammenlignet med de andre kategorier, har borgerne i denne kategori et relativt godt fysisk og psykisk helbred. Kategorien skiller sig ikke ud i forhold til arbejdsmarkedstilknytning.

4. Forældre, der har eller har haft anbragte børn (7 procent)

Den fjerde kategori er kendetegnet ved, at alle har eller har haft anbragte børn. Endvidere har hver femte i denne kategori selv tidligere være anbragt. Gennemsnitligt har borgere været på offentlig forsørgelse i mere end 7 af de seneste 10 år, og mange kommer fra kontanthjælpssystemet (75 procent). Mere end halvdelen af borgerne i denne kategori har ikke været i beskæftigelse siden 2008. Denne kategori er altså kendetegnet ved, at borgerne længe har været væk fra arbejdsmarkedet og er længere væk end borgerne i de andre kategorier. Derudover har få af borgerne en erhvervs-kompetencegivende uddannelse (30 procent). Borgerne i denne kategori har ikke større helbredsudfordringer end borgerne i de andre kategorier.

4.3 Hvilke indsatser modtager borgere i ressourceforløb?

Der lægges i det forberedende arbejde til rehabiliteringsteamet en stor indsats i sammen med borgeren at få afdækket borgerens muligheder og ønsker i forhold til arbejdsmarkedet og efterfølgende på rehabiliteringsmødet at få udarbejdet en indstilling om indsatsen, jf. også kapitel 8 om arbejdet i rehabiliteringsteamet. Det er derfor centralt, at der igangsættes en indsats for borgeren, og at den store gruppe, der har social- og eller sundhedsindsatser, når de starter i ressourceforløbet, får disse koordineret og tilpasset i forløbet. Dette er nødvendigt for, at borgeren oplever at få den tværfaglige hjælp og støtte, der er aftalt.

I ressourceforløbet kan indsatsen mere konkret bestå af beskæftigelsesrettede, uddannelsesrettede, sociale og sundhedsmæssige tilbud, og målet med ressourceforløbet er altid, at borgeren gennem en helhedsorienteret indsats får fodfæste på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessystemet. Derfor står den beskæftigelsesrettede indsats centralt i ressourceforløbet.

4.3.1 Beskæftigelsesrettet indsats i ressourceforløb

Beskæftigelsesrettede indsatser omfatter vejledning og opkvalificering samt virksomhedsrettede indsatser. Da ressourceforløbene blev indført i 2013 var videns- og erfaringsgrundlaget, om hvilke beskæftigelsesrettede indsatser der kan hjælpe udsatte grupper tættere på arbejdsmarkedet, mere begrænset end i dag. Studier af indsatsen for udsatte borgere har sidenhen vist, at en aktiv beskæftigelsesrettet indsats for udsatte borgere har en positiv indvirkning på progression. Der er indikationer for, at virksomhedsrettede indsatser er blandt de redskaber, der potentielt kan skabe progression i forhold til at få udsatte borgere i tættere på arbejdsmarkedet. (STAR, 2018d).

4.3.1.1 Hvor mange modtager en aktiv beskæftigelsesrettet indsats det første år?

I løbet af det første år af ressourceforløbet får 62 procent af borgerne en aktiv beskæftigelsesrettet indsats, mens 38 procent ikke får en aktiv beskæftigelsesrettet indsats, jf. *tabel 9*. 13 procent af borgerne i ressourceforløb har fået mentor som eneste indsats indenfor det første år⁵.

⁵ Af de borgere, der påbegyndte et forløb i 2015, modtog knap 100 i løbet af det første år hverken en aktiv indsats, mentorstøtte eller en samtale med en sagsbehandler (STAR, 2017b).

Tabel 9. Andel borgere i ressourceforløb, der har modtaget en aktiv beskæftigelsesrettet indsats indenfor det første år (for ressourceforløb påbegyndt i 2015)

	Antal	Andel
Aktiv beskæftigelsesrettet indsats det første år	4.816	62%
Uden beskæftigelsesrettet indsats det første år	1.998	38%
- Heraf mentorstøtte som eneste indsats	971	13%
I alt	7.785	100%

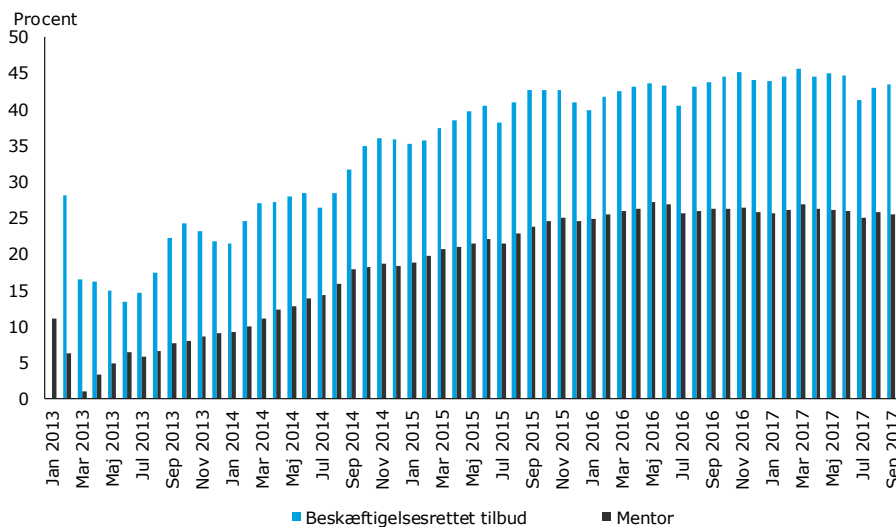
Kilde: Indsatser for borgere i ressourceforløb, STAR (2017b).

Note: Hvis der for de samme personer er registreret to ressourceforløb med mindre end fem uger imellem dem, er disse forløb lagt sammen til ét forløb. Hvis der i et ressourceforløb blot er givet en uges aktiv beskæftigelsesrettet indsats, fremgår det af opgørelsen. Ressourceforløb, der er blevet afsluttet indenfor det første år, vil ikke fremgå af opgørelsen. Mentor som eneste indsats, dækker over, at det er eneste indsats i beskæftigelsessystemet. Borger kan godt have modtaget indsats i andre forvaltninger.

4.3.1.2 Hvor mange modtager aktuelt en aktiv beskæftigelsesrettet indsats?

Aktuelt modtager knap halvdelen af borgerne i ressourceforløb en aktiv beskæftigelsesrettet indsats. I september 2017 modtog 45 procent af borgere i ressourceforløb en beskæftigelsesrettet indsats, og cirka en fjerdedel af borgere i ressourceforløb havde en mentor, jf. figur 27.

Figur 27. Andel borgere i ressourceforløb, der modtager beskæftigelsesrettede tilbud, og andel, der har en mentor, januar 2013 til september 2017



Kilde: Supplerende opgørelser til brug for evalueringen af FØP/FLEKS, STAR (2018c).

Note: Mentorstøtte regnes ikke for værende et aktivt beskæftigelsesrettet tilbud.

Figur 27 viser, at andelen af borgere i ressourceforløb, der modtager en beskæftigelsesrettet indsats, har været stigende fra 2013, hvor ressourceforløbene blev indført, til 2015. Herefter har andelen af borgere, der har modtaget en beskæftigelsesrettet indsats, været mere stabil.

Overordnet set gives der en aktiv beskæftigelsesrettet indsats til mange borgere i ressourceforløb, men der er også en betydelig andel, der ikke modtager en aktiv beskæftigelsesrettet indsats.

4.3.2 Tidspunkt for tilbud om aktiv beskæftigelsesrettet indsats

Der er stor spredning på tværs af sager, når man ser på, hvor længe der går, før borgerne modtager en aktiv beskæftigelsesindsats. For dem, der modtager en beskæftigelsesrettet indsats, går der i gennemsnit 15 uger, fra borgeren er startet i ressourceforløb, til den første aktive beskæftigelsesrettede indsats går i gang. Samlet ses der dog en stor forskel på, hvornår indsatsen igangsættes, jf. *tabel 10*. Af tabellen fremgår det, at:

- En tredjedel af borgerene i ressourceforløb får et aktivt tilbud indenfor de første 3 måneder.
- For 16 procent af borgerne i ressourceforløb går der mere end 6 måneder før de modtager et tilbud.
- 38 procent ikke modtager en aktiv beskæftigelsesrettet indsats i deres ressourceforløb indenfor det første år (mentor indgår ikke som aktivt tilbud).

Tabel 10. Tidspunkt for første aktive tilbud i sager, hvor der er givet en indsats indenfor det første år, for nye borgere i ressourceforløb påbegyndt i 2015

	2015
Indenfor 1 uge	17,4%
]0,25-3] måneder	17,1%
]3-6] måneder	11,2%
]6-9] måneder	9,0%
]9-12] måneder	7,1%
Ingen aktiv beskæftigelsesrettet indsats indenfor første år	38,1%
I alt	100,0%
Antal forløb	7.785
Gennemsnit for de borgere, der modtager en indsats	15,3 uger

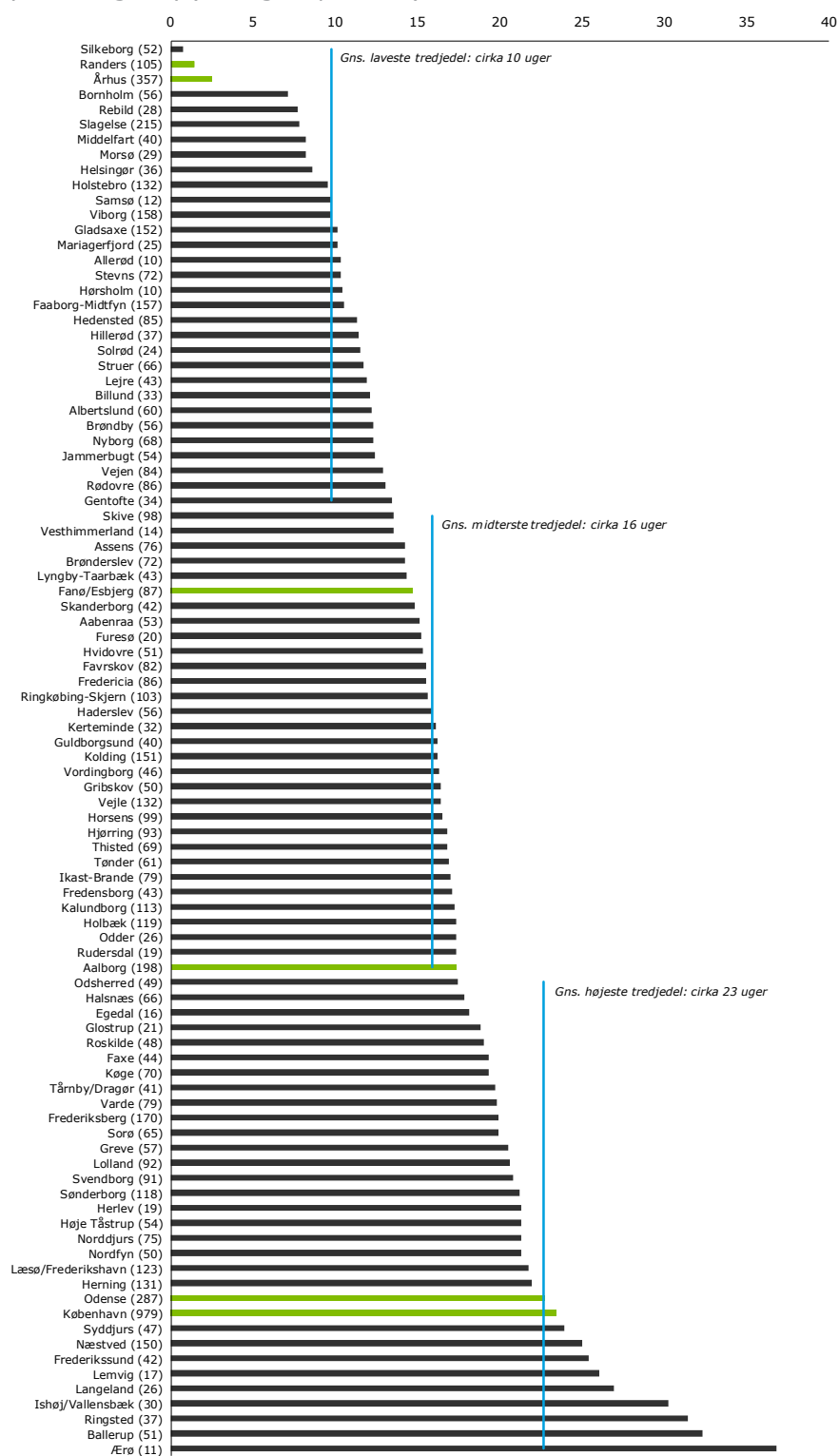
Kilde: Indsatser for borgere i ressourceforløb, STAR (2017b).

Note: Mentorstøtte regnes ikke for et aktivt tilbud og fremgår derfor ikke af ovenstående. Metodik for fordeling af ressourceforløb er angivet i STARs indsatsanalyse.

Der er kommunal variation i, hvornår det første tilbud om aktiv beskæftigelsesrettet indsats gives efter overgang til ressourceforløb, jf. *figur 28*. I den tredjedel af kommunerne, hvor der går kortest tid, går der i gennemsnit 10 uger, mens der i den tredjedel af kommunerne, hvor der går længst tid, går 23 uger i gennemsnit. I de kommuner, der gør det allerhurtigst, igangsættes indsatsen i gennemsnit indenfor den første måned. Dermed er der i nogle kommuner etableret en proces, hvor der går forholdsvis kort tid, fra ressourceforløbet påbegyndes, til indsatsen starter.

Ser man på landets seks største kommuner (København, Aarhus, Aalborg, Odense, Esbjerg og Randers), viser evalueringen, at disse kommuner placerer sig forskelligt i fordelingen af kommuner. Der er to kommuner i hver tredjedel af opgørelsen: højeste, midterste og laveste tredjedel, jf. *figur 28*.

Figur 28. Gennemsnitlig tid i antal uger for første aktive tilbud, hvor der er givet tilbud indenfor det første år, for borgere i ressourceforløb påbegyndt i 2015 (antal borgere (n) fremgår i parentes)



Kilde: Indsatser for borgere i ressourceforløb, STAR (2017b).

Note: Hvis samme person er registreret med to ressourceforløb med mindre end 5 uger imellem dem, er disse forløb lagt sammen til ét forløb. Hvis der i et ressourceforløb blot er blevet givet en uges aktiv indsats, fremgår det af opgørelsen. Ressourceforløb, der er blevet afsluttet indenfor det første år, vil ikke fremgå af opgørelsen. De seks største kommuner er markeret med grøn i opgørelsen.

4.4 Virksomhedsrettede indsatser

Virksomhedsrettede indsatser er et centralt redskab i den beskæftigelsesrettede indsats. Erfaring fra praksis viser, at den virksomhedsrettede indsats enten kan iværksættes alene eller med de nødvendige sociale og helbredsmaessige hensyn. Hvis borgerens situation kræver yderligere støtte, kan den virksomhedsrettede indsats suppleres med og understøttes af mentorstøtte.

4.4.1 Virksomhedsrettede indsatser det første år

I 21 procent af alle 7.800 påbegyndte ressourceforløb i 2015 er der givet en virksomhedsrettet indsats indenfor det første år, jf. *tabel 11*. Tabellen viser desuden tidspunktet for den første virksomhedsrettede indsats.

Tabel 11. Tidspunkt for første virksomhedsrettede tilbud givet indenfor det første år for nye borgere i ressourceforløb påbegyndt i 2015.

	2015
Indenfor 1 uge	3,6%
]0,25-3] måneder	3,0%
]3-6] måneder	4,2%
]6-9] måneder	4,7%
]9-12] måneder	5,3%
Ingen tilbud i denne kategori indenfor det første år	79,1%
I alt	100,0%
Antal forløb	7.785
Gennemsnit for de borgere, der modtager en indsats	24,2 uger

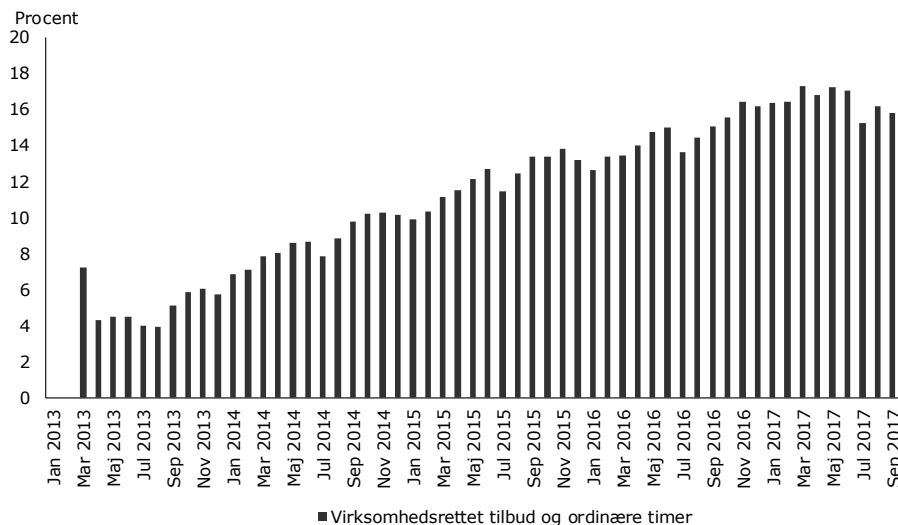
Kilde: Indsatser for borgere i ressourceforløb, STAR (2017b).

Note: Virksomhedsrettede tilbud omfatter virksomhedspraktik og løntilskud. I få forløb er der givet løntilskud; de resterende forløb er virksomhedspraktik.

4.4.2 Aktuelt niveau for virksomhedsrettede indsatser

I september 2017 modtog cirka 15 procent af andelen af borgere i ressourceforløb en virksomhedsrettet indsats, jf. *figur 29*.

Figur 29. Andel borgere i ressourceforløb, der modtager virksomhedsrettet tilbud og/eller ordinære timer, januar 2013 til september 2017

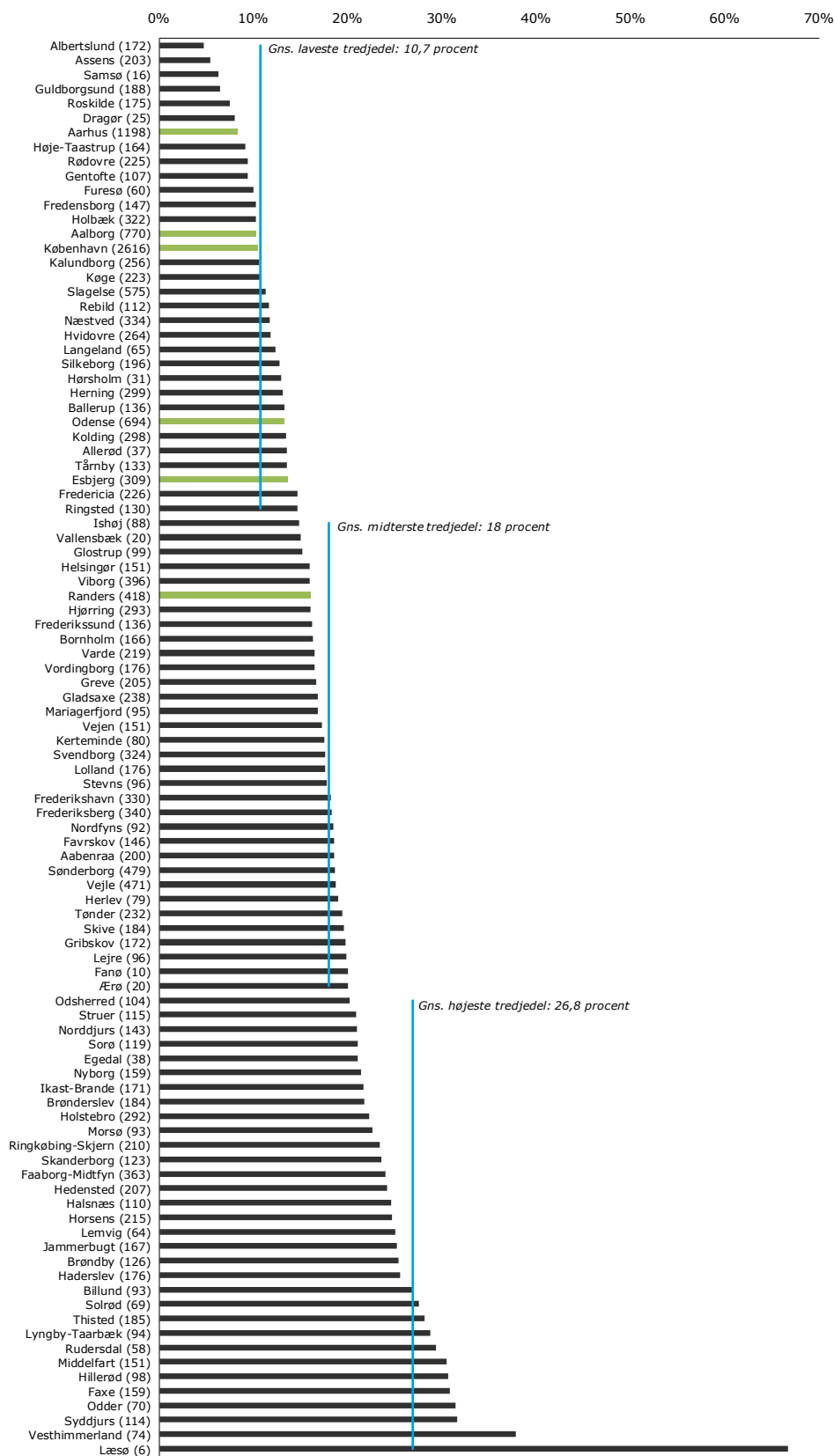


Kilde: Supplerende opgørelser til brug for evalueringen af FØP/FLEKS, STAR (2018c).

Det gennemsnitlige niveau for den virksomhedsrettede indsats dækker dog en betydelig kommunal variation i andelen af borgere i ressourceforløb, der modtager en virksomhedsrettet indsats, jf. figur 30. Blandt den tredjedel af kommuner, hvor den laveste andel af borgere i ressourceforløb modtager en virksomhedsrettet indsats, modtager 10,7 procent en virksomhedsrettet indsats. I den tredjedel af kommunerne, hvor flest modtager en virksomhedsrettet indsats, modtager 26,8 procent en virksomhedsrettet indsats.

Ses der særskilt på de seks største kommuner (København, Aarhus, Aalborg, Odense, Esbjerg og Randers) fremgår det, at de alle er i den halvdel af kommunerne, hvor den laveste andel af borgere i ressourceforløb modtager virksomhedsrettede indsatser. Desuden befinder fem af de seks kommuner sig i den laveste tredjedel (Randers er i midterste tredjedel), jf. figur 30.

Figur 30. Andel borgere i ressourceforløb i virksomhedsrettede tilbud og ordinære timer fordelt på kommuner, oktober 2017 (antal (n) fremgår i parentes)



Kilde: Centrale figurer for reformen af førtidspension og fleksjob (november 2017), STAR (2017n).

Note: De seks største kommuner er markeret med grøn i opgørelsen.

4.4.3 Borgere i virksomhedsrettede tilbud

En tredjedel af alle virksomhedsrettede forløb, der er givet til borgere indenfor det første år af deres ressourceforløb, er foregået på offentlige arbejdspladser, herunder primært i kommuner, mens to tredjedele er foregået på private arbejdspladser (STAR, 2017b). De virksomhedsrettede forløb flugter altså med det ordinære arbejdsmarked, hvor 68 procent af alle beskæftigede i 2015 er ansat i private virksomheder.

Ses der på statistiske data om civilstand og uddannelse, social- og sundhedsdata og data om tilknytning til arbejdsmarkedet, kan det konstateres, at borgere i ressourceforløb, der modtager en virksomhedsrettet indsats indenfor det første år, adskiller sig fra borgere i ressourceforløb, der ikke modtager en virksomhedsrettet indsats, på to parametre (STAR, 2017b):

1. En markant højere andel af personer med dansk baggrund. 12 procent af gruppen af borgere, der har modtaget en virksomhedsrettet indsats indenfor det første år, har en anden etnisk baggrund end dansk, mens dette gælder for 25 procent af de borgere, der ikke har modtaget en virksomhedsrettet indsats indenfor det første år.
2. En stærkere tilknytning til arbejdsmarkedet. 31 procent har ikke været i job siden 2008. Til sammenligning har 42 procent af borgerne i gruppen uden virksomhedsrettet indsats ikke været i job siden 2008.

Derudover er der ikke indikationer af, at personer, der modtager virksomhedsrettede indsatser, er anderledes end personer, der ikke har modtaget virksomhedsrettede indsatser.

4.5 Social- og sundhedsindsatser

Det er centralt i reformen af førtidspension og fleksjob, at ressourceforløb tilrettelægges med en tværfaglig, koordineret og helhedsorienteret indsats på tværs af beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet.

Det er af datamæssige årsager ikke muligt at belyse, hvad der helt konkret er igangsat i ressourceforløbene på social- og sundhedsområdet, jf. også kapitel 9 om datadeling. Baseret på det tilgængelige datagrundlag indikerer evalueringen, at mange borgere i ressourceforløb modtager sociale indsatser, der er etableret allerede inden, borgerne kommer i ressourceforløb. Borgerne i ressourceforløb har også meget kontakt til det regionale sundhedsvæsen. Det er derfor vigtigt, at der i tilrettelæggelsen af ressourceforløb tages hensyn til og koordineres med de igangværende indsatser og den kontakt, borgeren har med sundhedsvæsenet.

4.5.1 Hvilke sundhedsindsatser modtager borgere i ressourceforløb?

Borgere i ressourceforløb er generelt mere i kontakt med sundhedsvæsenet end andre grupper. Derfor er det også centralt at sikre, at ressourceforløbet koordineres med disse kontakter og/eller behandlinger.

Borgere i ressourceforløb er mere i kontakt med sundhedsvæsenet i forbindelse med både fysiske og psykiske helbredsudfordringer sammenlignet med den danske befolkning, jf. *tabel 12*. Andelen af borgere, der har kontakt med privat psykiater, er 10 gange højere for borgere i ressourceforløb (10 procent) sammenlignet med den danske befolkning (1 procent). Desuden har borgere i ressourceforløb betydelig flere hospitalsindlæggelser.

Tabel 12. Borgernes kontakt med sundhedssystemet i det seneste år, 2016

	Ressourceforløb		Den danske befolkning	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Gennemsnitligt antal lægekontakter	13,3	-	6,5	-
Borgere med kontakt til privat psykiater	906	10%	20.052	1%
Borgere med kontakt til privat psykolog	428	5%	38.762	2%
Borgere med kontakt til fysioterapeut/kiropraktor	1.287	14%	303.372	17%
Borgere med indlæggelse på somatisk hospitalsafdeling	1.590	17%	163.710	9%
Borgere med ambulant behandling på somatisk afdeling (2015)	4.451	48%	521.501	28%

Kilde: Socialindsatser og sundhedskontakter, STAR (2018a)

Note: Populationen er udtrukket ved nedslag i uge 46 (november) 2016 fra 55 kommuner. Populationen udgør 9.300 for borgere i ressourceforløb og 1.837.371 for den danske befolkning.

Registerdata fra 55 kommuner, som vist i tabellen ovenfor, viser således, at borgere i ressourceforløb har en betydelig kontakt med det regionale sundhedssystem.

En gennemgang af ressourceforløbssager viser, at rehabiliteringsteamet i 41 procent af sagerne indstiller til kommunale sundhedsindsatser, ligesom der i 41 procent af sagerne indstilles til regionale sundhedsindsatser (Deloitte, 2018). Dermed viser sagsgennemgangen af ressourceforløbssager, at kommunernes rehabiliteringsteam forholder sig til de regionale og kommunale sundhedsindsatser, der allerede er i gang, eller som skal sættes i gang som led i ressourceforløbet.

I forlængelse heraf viser sagsgennemgangen, at der er igangsat kommunale sundhedsindsatser i 22 procent af ressourceforløbene. De kommunale sundhedsindsatser omfatter hovedsageligt trænings- eller genoptrænings-tilbud, herunder fysioterapeut eller ergoterapeut (49 procent).

4.5.2 Hvilke sociale indsatser modtager borgere i ressourceforløb?

En række borgere i ressourceforløb har tidligere haft sociale udfordringer og modtaget indsatser i form af støtte til dem selv eller deres børn. Det er vigtigt, at der tages højde for disse indsatser i ressourceforløbet.

Registerdata fra 55 kommuner viser, at 33 procent af borgerne i ressourceforløb havde en eller flere socialsager i socialforvaltningen i 2016, jf. tabel 13. Dette er markant højere end for den danske befolkning, hvor 5 procent i 2016 havde en socialsag.

Tabel 13. Andel borgere, der har en socialsag, 2016

	Antal	Andel
Borgere i ressourceforløb	3.107	33%
Den danske befolkning	95.209	5%

Kilde: Socialindsatser og sundhedskontakter, STAR (2018a).

Note: Populationen er udtrukket ved nedslag i uge 46 (november) 2016 fra de 55 kommuner, for hvilke der findes data. n = 9.300 borgere.

Ses der nærmere på, hvilke typer socialsager der er tale om, drejer det sig i 22 procent af ressourceforløbsagerne om en voksenhandicapsag, og i 15 procent af ressourceforløbsagerne drejer det sig om en socialsag, hvor der er indsatser rettet mod pågældendes børn, jf. tabel 14.

Tabel 14. Type socialsager for borgere i ressourceforløb, 2016

	Ressourceforløb		Den danske befolkning	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Modtager indsats selv	2.086	22%	46.867	3%
- Voksenhandicap	2.028	22%	39.285	2%
- Efterværn for unge	118	1%	8.571	0%
Modtager indsatser vedrørende børn	1.366	15%	52.166	3%
- Har anbragte børn	412	4%	12.452	1%
- Forebyggende foranstaltninger vedrørende børn	1.256	14%	47.721	3%
I alt med socialsag	3.107	33%	95.209	5%

Kilde: Socialindsatser og sundhedskontakter, STAR (2018a).

Note: Populationen er udtrukket ved nedslag i uge 46 (november) 2016 fra 55 kommuner. n = 9.300 borgere.

For borgere, der har en voksenhandicapsag, er der primært tale om socialpædagogisk støtte, der blandt andet sigter mod hjælp til at klare hverdagslivet i egen bolig. Der gives socialpædagogisk støtte i 87 procent af sagerne, mens der i øvrigt gives institutionsophold og andre indsatser til henholdsvis 14 procent og 16 procent, jf. tabel 15.

Tabel 15. Indsatser til borgere i ressourceforløb med voksenhandicapsag, 2016

	Antal	Andel
Socialpædagogisk støtte	1.771	87%
Ophold (institution)	278	14%
Øvrige	315	16%
I alt	2.028	100%

Kilde: Socialindsatser og sundhedskontakter, STAR (2018a).

Note: Populationen er udtrukket ved nedslag i uge 46 (november) 2016 fra 55 kommuner. n = 9.300 borgere.

4.5.3 Social- og sundhedsindsatser, der igangsættes i forbindelse med ressourceforløb

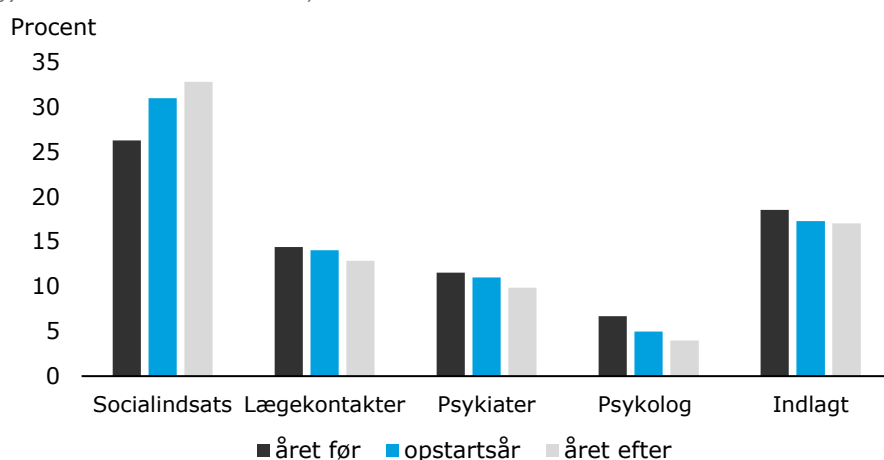
Mange borgere har igangværende sociale indsatser og mange kontakter med sundhedsvæsenet, inden de kommer ind i ressourceforløbet. Derfor er det vigtigt, at der i ressourceforløbet tages hensyn til og koordineres med

de igangværende indsatser. Kommunerne skal tage stilling til, om der udover de allerede igangværende indsatser er behov for at supplere og tage initiativer til yderligere sociale eller sundhedsmæssige indsatser. Det kan kommunerne enten gøre via sundhedskoordinatoren, ved at kontakte borgerens privatpraktiserende læge i forbindelse med sundhedsindsatser i regionalt regi eller ved at igangsætte kommunale sundheds- eller socialindsatser.

Evalueringen viser, at langt den største del af den sociale indsats for borgere i ressourceforløb ser ud til at være igangsat, allerede inden ressourceforløbets påbegyndelse. Kommunerne supplerer dog i nogen grad med yderligere sociale indsatser, i året efter ressourceforløbet påbegyndes. Der ses således en mindre stigning i den andel, der modtager sociale indsatser, omkring året for påbegyndelse af ressourceforløbet. Den andel, der modtager en socialindsats, stiger fra 26 procent i året før opstart af ressourceforløbet til 33 procent i året efter, jf. figur 31.

Derimod ses et marginalt fald i trækket på det regionale sundhedssystem. Det gælder for både generelle lægekontakter, privat psykiater, privat psykolog og indlæggelser. En stor andel har dog fortsat mange kontakter med det regionale sundhedssystem, jf. figuren nedenfor.

Figur 31. Andel borgere i ressourceforløb, der har en social indsats, kontakt til privat psykiater, kontakt til privat psykolog, været indlagt på somatisk afdeling såvel som det gennemsnitlige antal lægekontakter i året før, ved og efter påbegyndelse af ressourceforløb, 2014-2016



Kilde: Socialindsatser og sundhedskontakter, STAR (2018a).

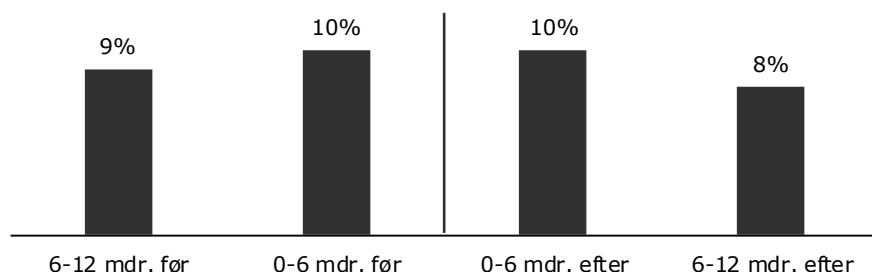
Note: Populationen af borgere i ressourceforløb er udtrukket ved nedslag i uge 46 (november) 2016 og er begrænset til personer, der har påbegyndt ressourceforløbsydelse i løbet af 2015. Opgørelsen dækker kun personer fra 55 kommuner.

Note: Y-aksen angiver andelen med den pågældende indsats eller kontakt, på nær lægekontakter, hvor den angiver det gennemsnitlige antal kontakter i året.

Som det fremgår af ovenstående, er en betydelig del af de sociale indsatser igangsat inden ressourceforløbet. Der ses heller ikke en stigning i antallet af igangsatte sociale indsatser, når der ses på perioden umiddelbart før og efter påbegyndelse af ressourceforløbet. I det sidste halve år op til ressourceforløbets start påbegynder 10 procent af borgerne en social indsats, og i det første halve år efter ressourceforløbet er startet, påbegynder ligeledes 10 procent af borgerne en social indsats, jf. figur 32. Baseret på det foreliggende datagrundlag er der intet, der peger på, at kommunerne i stort omfang igangsætter nye sociale indsatser som en del af igangsættelsen af ressourceforløbet. Dette indikerer, at indsatsen i ressourceforløbet i højere

grad koordineres med de igangværende sociale indsatser snarere end tilrettelægges sammen med nye indsatser.

Figur 32. Andel borgere i ressourceforløb, der påbegynder en socialindsats omkring tidspunktet for start af ressourceforløb



Kilde: Socialindsatser og sundhedskontakter, STAR (2018a).

Note: Populationen er udtrukket ved nedslag i uge 46 (november) 2016. Populationen er begrænset til personer i 55 kommuner, der har validerede socialdata. Socialindsatser er opgjort på årsbasis for 2014, 2015 og 2016, da STAR/Danmarks Statistik kun har validerede data for disse år.

En sagsgennemgang (Deloitte, 2018) viser, at rehabiliteringsteamet i 50 procent af sagerne indstiller til indsatser på socialområdet. Sagsgennemgangen viser også, at i 6 ud af 10 sager, hvor rehabiliteringsteamet indstiller til en social indsats, har borgeren ikke modtaget en social indsats før mødet i rehabiliteringsteamet (Deloitte, 2018). Dermed viser sagsgennemgangen af ressourceforløbssager, at kommunernes rehabiliteringsteam forholder sig til de sociale indsatser, der allerede er i gang, eller som skal sættes i gang som led i ressourceforløbet.

I forlængelse heraf viser sagsgennemgangen, at de sager, hvor der igangsættes sociale indsatser, er der oftest tale om bostøtte (30 procent), støttekontaktperson (13 procent) og misbrugsvejledning/-behandling (Deloitte, 2018).

Sociale indsatser igangsættes overordnet set hurtigere end andre indsatstyper. Fra mødet i rehabiliteringsteamet holdes, til sociale indsatser igangsættes, går der i gennemsnit 89 dage, hvilket er den korteste tid sammenlignet med de andre indsatser, der indstilles til (Deloitte, 2018). For eksempel går der i gennemsnit 159 dage, før regionale sundhedsindsatser igangsættes og 140 dage, før virksomhedsrettede indsatser igangsættes. For kommunale sundhedsindsatser går der 119 dage, mens der går 110 dage for mentorstøtte og 92 dage for beskæftigelsesrettede indsatser.

4.6 Ressourceforløb uden indsats

Som tidligere angivet, understøtter eksisterende viden på området, at en aktiv beskæftigelsesrettet indsats er afgørende for progression mod arbejdsmarkedet. Det er derfor også centralt, at ressourceforløbene indeholder en aktiv og beskæftigelsesrettet indsats, der kan hjælpe borgerne tilbage til arbejdsmarkedet.

Som tidligere angivet, modtager 38 procent af borgerne i ressourceforløb, der påbegyndte forløbet i 2015, ikke en aktiv beskæftigelsesrettet indsats i løbet af det første år (STAR, 2017b).

En gennemgang af 230 ressourceforløbssager, der alle minimum har en varighed på 6 måneder viser, at der i 25 procent af sagerne ikke er igangsat en indsats. Der er således ifølge sagsgennemgangen ikke tegn på aktivi-

tet i disse sager på nogen områder. Evalueringen viser, at ressourceforløb uden indsats oftere forekommer blandt følgende tre grupper borgere (Deloitte, 2018):

- En større gruppe af de ældre borgere over 55 år i ressourceforløb modtager ikke en indsats (28 procent) sammenlignet med den yngste gruppe borgere i ressourceforløb under 30 år (18 procent).
- Der er en større andel af forløb uden indsatser i sager, hvor borgerne kommer fra sygedagpenge. I 61 procent af de tidligere sygedagpengesager er der ikke en indsats i ressourceforløbet. For borgere, der kommer fra kontanthjælp inden ressourceforløbet, modtager 21 procent ikke en aktiv beskæftigelsesrettet indsats i ressourceforløbet.
- Der er en større andel af forløb uden indsatser i sager, hvor der ikke foreligger en rehabiliteringsplan med beskrevne indsatser. I de sager, hvor der ikke er beskrevet indsatser i rehabiliteringsplanen, modtager 33 procent ikke en indsats i ressourceforløbet. I sager, hvor der er beskrevet indsatser i rehabiliteringsplanen, modtager 23 procent ikke en aktiv beskæftigelsesrettet indsats.

4.7 Konklusioner og opmærksomhedspunkter

Evalueringen af ressourceforløb giver anledning til følgende konklusioner:

- Ressourceforløb er taget i brug i alle kommuner, og antallet af personer er steget, siden ordningen blev indført i 2013. I november 2017 var 21.400 fuldtidspersoner i ressourceforløb.
- Efter endt ressourceforløb har cirka halvdelen af borgere under 40 år, som afsluttede et ressourceforløb i 2016, et forsørgelsesgrundlag med en vis tilknytning til arbejdsmarkedet. Det samme gør sig gældende for cirka 27 procent af de borgere, der er over 40 år. Størstedelen af disse opnår tilknytning til arbejdsmarkedet via fleksjobordningen, mens en lille andel overgår til ordinær beskæftigelse.
- Borgerne i ressourceforløb er en udsat gruppe, der er langt fra arbejdsmarkedet. 90 procent af borgerne i ressourceforløb har været uden beskæftigelse i mere end de seneste seks år.
- Borgere i ressourceforløb har komplekse problemer indenfor både social- og sundhedsområdet. Borgerne i ressourceforløb kan opdeles i fire kategorier på baggrund af, hvilke baggrundskarakteristika der overvejende kendetegner dem: lavt uddannelsesniveau, helbredsudfordringer, forældre med anden etnisk baggrund og forældre, der har eller har haft anbragte børn.
- 62 procent af borgerne i ressourceforløb modtager en aktiv beskæftigelsesindsats indenfor det første år i ressourceforløb. I gennemsnit går der 15 uger, fra borgerne er startet i ressourceforløb, til de modtager den første aktive beskæftigelsesrettede indsats.
- Fordi mange af borgerne i ressourceforløb har eksisterende socialindsatser og sundhedskontakter, er der i vid udstrækning tale om at tilpasse og koordinere indsatser, der er etableret, inden borgerne påbegynder ressourceforløbet. Mange borgere har igangværende sociale indsatser og meget kontakt til sundhedsvæsenet, der skal koordineres med og tages hensyn til i ressourceforløbet.
- Evalueringen viser, at rehabiliteringsteamet forholder sig til eller peger på sociale indsatser i 50 procent af ressourceforløbssagerne, på kommunale sundhedsindsatser i 41 procent af ressourceforløbssagerne og på regionale sundhedsindsatser i 41 procent af ressourceforløbssagerne. Data på social- og sundhedsområdet, som dog ik-

ke er lige så fyldestgørende som beskæftigelsesområdet, indikerer, at volumen i indsatsen på social og sundhedsområdet er mere på niveau med indsatsvolumen i indstillingen end på beskæftigelsesområdet.

Evalueringen giver anledning til at pege på en række opmærksomhedspunkter i forhold til ressourceforløbene.

Der er en stor andel ressourceforløb uden indsats

Evalueringen viser, at der dels er en betydelig andel af borgerne i ressourceforløb, hvor der ikke er tegn på aktivitet i ressourceforløbet. Det fremgår af en sagsgennemgang, at i 25 procent af ressourceforløbene med minimum 6 måneders varighed er der ikke igangsatte indsatser – der er således ikke tegn på aktivitet i disse ressourceforløb på nogen områder. Ressourceforløb uden indsats er et væsentligt opmærksomhedspunkt ikke mindst fordi det samtidig ses, at 54 procent af de borgere, der har været i ressourceforløb i længere tid, ikke oplever, at de har fået større tro på en fremtid på arbejdsmarkedet i løbet af deres forløb.

Mange ressourceforløb er uden en beskæftigelsesrettet indsats

I forhold til den beskæftigelsesrettede indsats viser evalueringen derudover, at der også er en stor andel af borgerne i ressourceforløb, der ikke modtager tilbud om en aktiv beskæftigelsesrettet indsats. 38 procent af borgerne i ressourceforløb modtager ikke tilbud om en aktiv beskæftigelsesrettet indsats indenfor det første år af ressourceforløbet. Kun 21 procent er i virksomhedsrettede indsatser inden for det første år.

Andelen af ressourceforløb med virksomhedsrettet indsats er lav, selvom rehabiliteringsteamets indstillinger peger på, at virksomhedsrettede indsatser er centrale for, at borgeren opnår fodfæste på arbejdsmarkedet eller i uddannelse.

Konkret viser evalueringen, at både i det tværfaglige rehabiliteringsteam og blandt de koordinerende sagsbehandlere er der enighed om, at der er brug for virksomhedsrettede indsatser i langt størstedelen af forløbene. Det fremgår, at:

- Rehabiliteringsteamet indstiller til virksomhedsrettede indsatser i 80 procent af sagerne om ressourceforløb.
- 66 procent af de koordinerende sagsbehandlere ser et behov for virksomhedsrettede indsatser i stort set alle sager, hvor borgeren overgår til ressourceforløb.

Men når sagen overgår til den koordinerende sagsbehandler, og indstillingen skal udmøntes i en indsatsplan og igangsættes i forløbet, kan det konstateres, at der opstår en udfordring med eksekveringen. Det fremgår af evalueringen, at:

- Virksomhedsrettede indsatser alene indgår i 33 procent af indsatsplanerne.
- Kun 21 procent modtager en virksomhedsrettet indsats indenfor det første år af deres ressourceforløb, og at kun 15 procent af borgerne i ressourceforløb aktuelt modtager virksomhedsrettede indsatser.

Ovenstående viser således, at den lave andel af virksomhedsrettede indsatser i ressourceforløbene hverken skyldes, at rehabiliteringsteamet mangler

fokus på virksomhedsrettede indsatser, eller at de koordinerende sagsbehandlere vurderer, at der ikke er behov for virksomhedsrettede indsatser. Derimod peger tallene på, at den lave andel af virksomhedsrettede indsatser i ressourceforløbene hænger sammen med, at virksomhedsrettede indsatser ikke indgår i den konkrete plan, der lægges for borgerne i ressourceforløb.

Samlet tyder dette på, at rehabiliteringsteamets fokus på virksomhedsrettede indsatser ikke omsættes i indsatsplanerne og i endnu mindre grad i de tilbud, som borgerne i ressourceforløb modtager. Evalueringen peger således på, at grunden til, at der ikke er virksomhedsrettede indsatser i en større andel af ressourceforløbene, er, at der er en udfordring med eksekvering af de virksomhedsrettede indsatser i kommunerne.

Organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer i kommunerne kan være årsag til manglende eksekvering af virksomhedsrettede indsatser

Den relativt store mangel på indsats og i særlig grad den manglende igangsættelse af de virksomhedsrettede indsatser peger på, at årsagen til det lave indsatsniveau er kommunernes manglende evne til systematisk at eksekvere på rehabiliteringsteamets indstillinger. Årsagerne vurderes derfor overvejende at skulle findes i kommunernes organisering og styring af indsatsen af ressourceforløbene og kun i mindre grad i målgruppens karakteristika eller andre individuelle forhold. Denne vurdering understøttes af den betydelige kommunale variation, der ses i forhold til manglende igangsættelse af indsatser og niveauet for de virksomhedsrettede indsatser.

Vurderingen synes også understøttet af, at 40 procent af borgerne ifølge brugerundersøgelsen ikke oplever at have en klar plan for ressourceforløbet. Og dernæst at det i mange kommuner ikke er fast praksis inddrage virksomhedskonsulenterne i forberedelsen af og deltagelsen i rehabiliteringsteammødet. 53 procent af sagsbehandlere svarer, at de altid eller ofte inddrager en kommunal virksomhedskonsulent i udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens forberedende del, mens 31 procent sjældent eller aldrig inddrager virksomhedskonsulenter. Begge dele vil kunne fremme, at borgere i ressourceforløb i højere grad modtager virksomhedsrettede indsatser.

5. Fleksjobordningen

Med reformen af førtidspension og fleksjob blev fleksjobordningen målrettet og tilskuddet omlagt. Formålet var at sikre, at også personer med en meget lille arbejdsevne kan komme ind i ordningen og få et fleksjob, for eksempel på få ugentlige timer, og at færrest mulige er på ledighedsydelse i lang tid.

Reformen tager afsæt i, at arbejdsevnen ikke skal betragtes som statisk, men kan udvikles over tid. Derfor er det intentionen med reformen, at der sættes fokus på, at løbende udvikling af arbejdsevnen omsættes i stigende timetal. Denne progression skal understøttes af dialogen mellem jobcentre, virksomheder og borgerne. Endvidere var det intentionen at skabe et økonomisk incitament for den enkelte til at øge det ugentlige antal timer i fleksjobbet, i takt med at den enkeltes arbejdsevne udvikles.

Før reformen udbetalte arbejdsgiveren fuld løn til den fleksjobansatte, og herefter fik arbejdsgiveren et løntilskud. Løntilskuddet kunne enten udgøre halvdelen eller to tredjedele af lønnen afhængigt af den enkeltes begrænsninger i arbejdsevnen. Reglerne betød, at det var en underskudsforretning for virksomhederne at ansætte personer i fleksjob i mindre end 12 timer om ugen. Tilskudsmodellen modarbejdede således muligheden for at få borgere med meget begrænset arbejdsevne ind på arbejdsmarkedet.

Reformen medførte følgende ændringer af fleksjobordningen:

- Fleksjobtilskuddet blev omlagt, så tilskuddet går til den ansatte, og arbejdsgiveren kun betaler løn for den arbejdsindsats, den fleksjobansatte reelt yder. Kommunen supplerer lønnen fra arbejdsgiveren med et tilskud, der reguleres på baggrund af lønindtægten.
- Det er en forudsætning for personer med meget begrænset arbejdsevne, at det vurderes ved forløbets start, at personen kan udvikle sin arbejdsevne indenfor en rimelig periode.
- Fastholdelsesfleksjob⁶ forbeholdes som udgangspunkt personer, der har været ansat på arbejdspladsen i mindst 12 måneder på særlige vilkår.
- Ledige fleksjobvisiterede skal aktivt søge fleksjob.
- Fleksjob er som udgangspunkt gjort midlertidige og bevilges for en periode på fem år ad gangen. Personer over 40 år kan efter det første fleksjob få et permanent fleksjob.
- Kommunen skal løbende følge op på ansættelsen. Opfølgningen skal ske efter to et halvt år, og fire et halvt år skal der udarbejdes en status for det midlertidige fleksjob.

⁶ Et fastholdelsesfleksjob er en ansættelse i fleksjob på den hidtidige arbejdsplads.

Fleksjobordningen omfatter personer ansat i et fleksjob og ledighedsydelsesmodtagere.

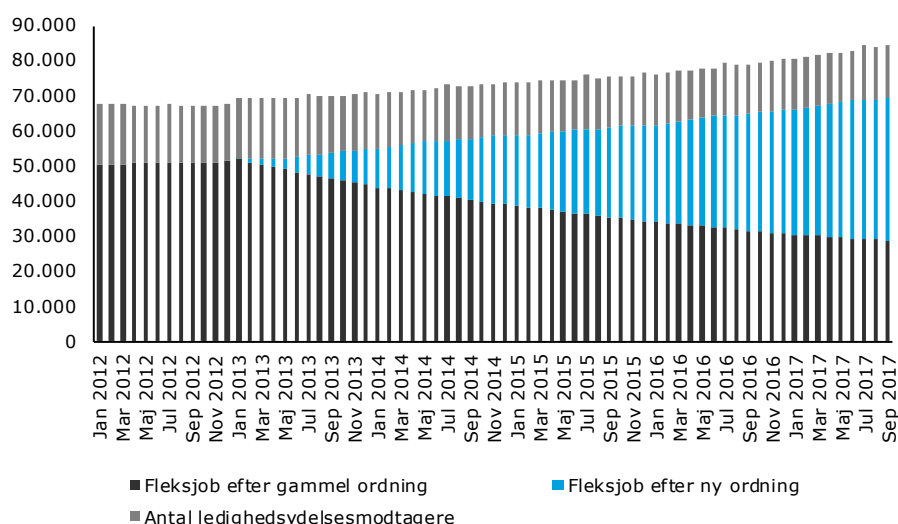
Da de nye regler på fleksjobområdet blev indført, medførte det, at der i en overgangsperiode vil være to fleksjobordninger. Personer, der allerede var ansat i et fleksjob før den 1. januar 2013, fortsætter i fleksjobbet på samme vilkår efter den gamle ordning. Disse personer kommer først over i den nye ordning, hvis de ansættes i et nyt fleksjob. Alle, der visiteres til eller starter i et fleksjob efter 1. januar 2013, er omfattet af den nye ordning.

5.1 Hvordan har udviklingen været i fleksjobordningen?

Intentionen med den nye fleksjobordning var at få flere personer med begrænset arbejdsevne i fleksjob samt og at minimere antallet af personer på langvarig ledighedsydelse.

Fra januar 2013 til september 2017 er det samlede antal i fleksjobordningen steget fra 69.600 til 84.200 fuldtidspersoner, og antallet i fleksjob steget fra 52.200 til 69.500 fuldtidspersoner.

Figur 33. Bestanden i fleksjobordningen, fuldtidspersoner, januar 2012-september 2017

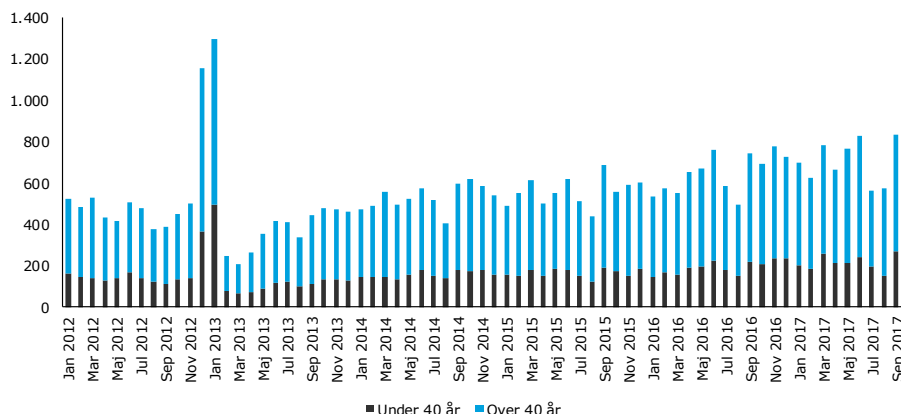


Kilde: Centrale figurer for reformen af førtidspension og fleksjob (november 2017), STAR (2017n).

Note: I en overgangsperiode er der to fleksjobordninger, og flere personer er nu omfattet af den nye ordning end den gamle. I september 2017 var der 41.000 fuldtidspersoner i den nye ordning og 28.600 i den gamle ordning.

Siden 2013 har der været en stigning i tilgangen til fleksjobordningen, jf. figur 34. Stigningen i tilgangen vedrører både borgere over og under 40 år. Fra januar til september 2017 var der i gennemsnit cirka 700 personer, der hver måned tilgik fleksjobordningen.

Figur 34. Tilgangen til fleksjobordningen, personer, januar 2012-september 2017



Kilde: Centrale figurer for reformen af førtidspension og fleksjob (november 2017), STAR (2017n).

Samlet set betyder den stigende tilgang og væksten i antallet af fuldtids-personer i fleksjobordningen, at der er kommet flere i fleksjobordningen efter reformen.

5.2 Hvem er de fleksjobvisiterede i den nye ordning?

Intentionen med den nye fleksjobordning var at skabe plads på arbejdsmarkedet til mennesker med større begrænsninger i arbejdsevnen. Centrale indikatorer for, hvor udsatte borgere er, er, hvor lang tid, de har været på offentlig forsørgelse, og hvilken forsørgelse borgerne har været på, inden de blev visiteret til fleksjob.

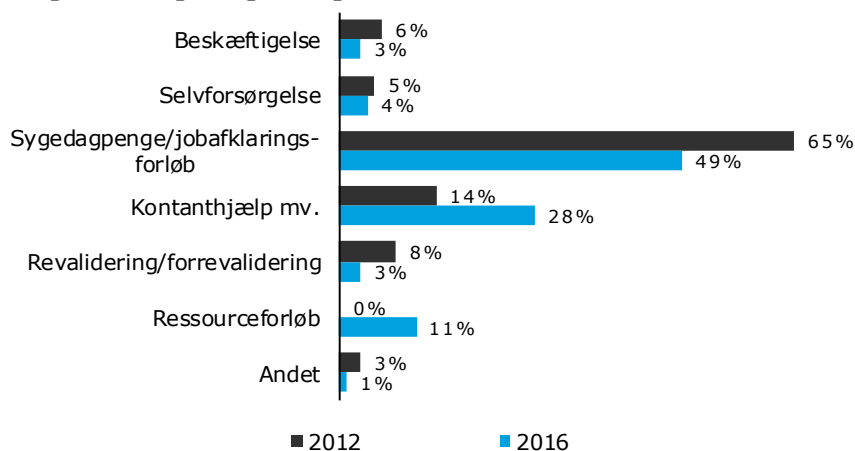
5.2.1 Tidligere forsørgelse

Hvilke forsørgelsesordninger kommer borgerne i fleksjobordningen fra?

Efter reformen kommer flere ind i fleksjobordningen fra kontanthjælp og efter et gennemført ressourceforløb, jf. figuren nedenfor.

I alt kommer 39 procent af de nyvisiterede til fleksjobordningen fra kontanthjælp eller ressourceforløb. Før reformen kom 14 procent af de nyvisiterede fra kontanthjælp. Hver anden af de nyvisiterede til fleksjobordningen kommer fra sygedagpenge eller jobafklaring. Denne andel er dog faldet betydeligt fra før reformen, hvor to tredjedele kom fra sygedagpenge eller jobafklaring. Kun en lille andel af de nyvisiterede kommer fra beskæftigelse eller selvforsørgelse.

Figur 35. Fleksjobvisiterede tilgæet ordningen i henholdsvis 2012 og 2016 fordelt på tidligere forsørgelsesgrundlag



Kilde: Grupper af fleksjobbere før og efter reformen 2013, STAR (2017f).

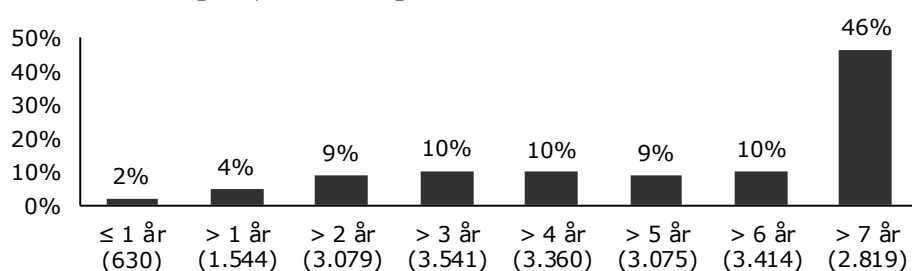
Note: n = 6.236 for 2012 og 7.771 for 2016. Tidligere forsørgelsesgrundlag er baseret på den dominerende ydelse i fire uger op til visitation til fleksjobordningen.

Hvor længe har borgerne i fleksjobordningen været uden beskæftigelse?

De fleste borgere, der kommer ind i fleksjobordningen, kommer således helt overvejende fra andre ydelser, og en stor gruppe har været uden beskæftigelse i lang tid.

De fleksjobvisiteredes forsørgelsehistorik viser, at 65 procent af de fleksjobvisiterede i den nye fleksjobordning har været uden beskæftigelse i over fem år, jf. figur 36.

Figur 36. Andel af borgere i den nye fleksjobordning fordelt på antal år siden seneste beskæftigelse, ved nedslag i november 2015



Kilde: Supplerende opgørelser til brug for evalueringen af FØP/FLEKS, STAR (2018c).

Note: Beskæftigelse er her opgjort ved én sammenhængende uge i beskæftigelse. I parenteser under søjlerne i figuren fremgår antallet af borgere (n), som procenterne er beregnet på baggrund af.

5.2.2 Gennemsnitlige karakteristika for borgere i den nye fleksjobordning

Overordnet set har borgere i den nye fleksjobordning et lavere uddannelsesniveau end den danske befolkning, der er flere kvinder end mænd, og de er derudover kendetegnet ved i højere grad at bruge sundhedsvæsenet, (STAR, 2017f).

I Tabel 16 på næste side er ovenstående karakteristika vist og sammenlignet med den danske befolkning.

Tabel 16. Fleksjobbere og ledighedsydelsesmodtagere på den nye ordning samt den danske befolkning

	Den danske befolkning, 18-65 år, 2015	Fleksjobbere og ledighedsydelsesmodtagere, ny ordning, 2015
Alder, år (gennemsnit)	42 år	46 år
Kvinder, andel	50%	61%
Med anden etnisk baggrund, andel	14%	8%
Enlige	35%	38%
Enlige forsørgere	7%	10%
Forsørgere	38%	34%
Antal børn (gennemsnit)	1,3	1,6
Hjemmeboende børn under 18 år (gennemsnit)	0,8	0,7
Har/har haft børn med forebyggende foranstaltninger	5%	14%
Har/har haft anbragte børn	2%	6%
Højeste fuldførte uddannelse		
- Folkeskolen	28%	37%
- Erhvervsuddannelse	32%	42%
- Gymnasial uddannelse	10%	4%
- Videregående uddannelse	30%	17%
Lægebesøg forrige år		
- Antal (gennemsnit)	6,4	11,5
- Andel med lægebesøg	83%	95%
Kontakter til fysioterapeut forrige år		
- Antal (gennemsnit)	1,7	5,0
- Andel med kontakt til fysioterapeut	16%	25%
Indlæggelsesdage* i løbet af forrige år		
- Antal (gennemsnit)	0,6	0,9
- Andel	10%	15%
Kontakter til speciallæge i løbet af forrige år		
- Antal (gennemsnit)	0,8	1,1
- Andel	26%	36%
Sygedagpengegrad 5 år forud for starten af nuværende forløb	3%	22%
Andel, der har været i beskæftigelse siden 2008	-	63%
Antal personer, i alt	3.504.872	34.664

Kilde: Grupper af fleksjobbere før og efter reformen 2013, STAR (2017f).

Anm.: *Indeholder kun indlæggelser på somatiske afdelinger.

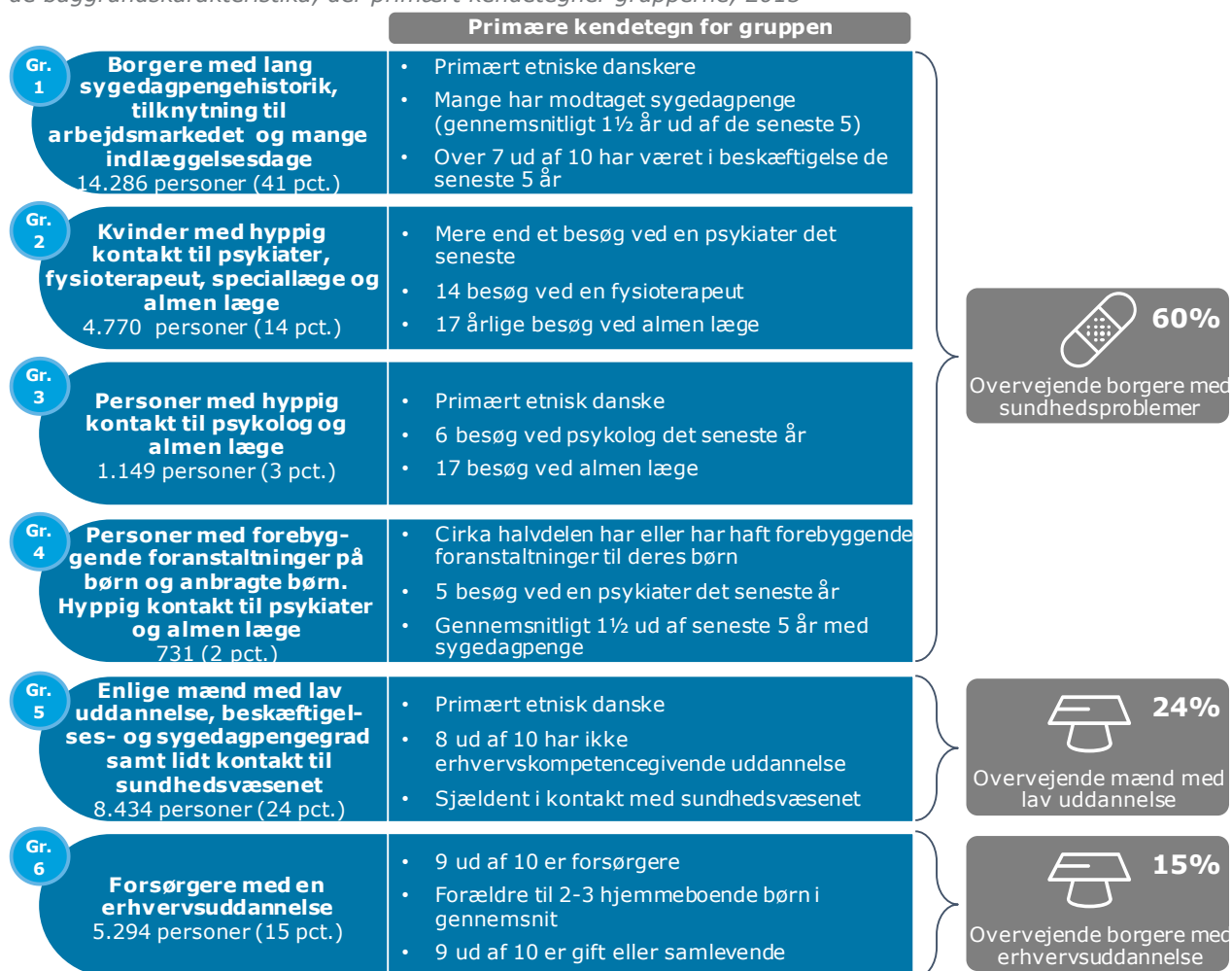
5.2.3 Grupper af borgere i den nye fleksjobordning

Bag det samlede billede, kan borgere i fleksjobordningen grupperes baseret på deres primære baggrundskaraktistika. Med afsæt i registerdata kan

borgere i fleksjobordningen ved brug af en statistisk klyngeanalyse⁷ således fordeles i seks grupper, der samler sig i tre overordnede kategorier, jf. figur 37.

Klyngeanalysen giver brugbar viden om borgere i fleksjobordningen, men kan ikke forklare, hvorfor borgerne er kommet ind i ordningen.

Figur 37. Overordnede kategorier af borgere i den nye fleksjobordning fordelt på de baggrundskarakteristika, der primært kendetegner grupperne, 2015



Kilde: Grupper af fleksjobbere før og efter reformen 2013, STAR (2017f) (nedslag i november 2015).

Note: Analysen er baseret på 34.664 personer i fleksjobordningen på nedslagstidspunktet.

Note: Sundhedsdata fra distriktpsychiatrien, psykiatrisk skadestue eller indlæggelser på psykiatriske hospitalsafdelinger er ikke medtaget.

Note: Klyngeanalyse er en statistisk metode til brug for gruppering af observationer på baggrund af register- og spørgeskemadata. Ved anvendelse af metoden sker der en mekanisk inddeling af observationerne (personer) ud fra afstandene mellem dem baseret på anvendte baggrundsvariable.

De seks grupper fordeler sig i tre overordnede kategorier, hvor de fleksjobvisiterede overvejende er kendetegnet ved at have enten sundhedsproble-

⁷ Der henvises til fodnote 4 for uddybende beskrivelse af metode og begrænsninger ved klyngeanalysen.

mer, lavt uddannelsesniveau eller at være forsørgere med en erhvervsuddannelse (STAR, 2017f):

1. Borgere overvejende kendetegnet ved sundhedsproblemer (60 procent,)

En stor kategori af borgerne i fleksjobordningen er overvejende kendetegnet ved at have sundhedsmæssige udfordringer. Denne kategori udgør 60 procent af alle fleksjobvisiterede. Indenfor kategorien af fleksjobvisiterede med sundhedsmæssige udfordringer er den største gruppe overvejende kendetegnet ved at have været på arbejdsmarkedet indenfor de sidste fem år, samtidig med at de har haft mange indlæggelsesdage og har været i sygedagpengesystemet. Denne gruppe udgør 41 procent af alle fleksjobvisiterede. Derudover er der en række mindre kategorier, som overvejende har udfordringer med deres psykiske og/eller fysiske helbred, og som er kendetegnet ved at have en hyppig kontakt med almene læger, fysioterapeuter, psykologer og psykiatere.

2. Mænd med lavt uddannelsesniveau (24 procent)

En anden stor kategori af de fleksjobvisiterede er enlige mænd uden en erhvervskompetencegivende uddannelse. Denne kategori udgør 24 procent af populationen. Kategorien er kendetegnet ved primært at være etnisk danske mænd med et lavt uddannelsesniveau og en lav beskæftigelsesgrad.

Borgerne i denne kategori har ikke en lang sygedagpengehistorik og har generelt lidt kontakt til sundhedsvæsenet, sammenlignet med de andre kategorier.

3. Forsørgere med erhvervsuddannelse (15 procent)

Den tredje kategori af fleksjobvisiterede borgere er forsørgere med en erhvervsuddannelse. Denne kategori udgør samlet 15 procent af alle borgere i fleksjobordningen. Kategorien er kendetegnet ved at borgerne er forældre til to til tre hjemmeboende børn og ved at have en samlever og en erhvervsuddannelse.

Borgerne i denne kategori har et relativt godt helbred i forhold til borgerne i de andre kategorier.

5.3 Fleksjobbernes arbejdsmarked

Med reformen var det intentionen, at flere fleksjobvisiterede skulle gå fra at være på ledighedsydelse til at komme i fleksjob. Samtidig skulle tiden fra ledighedsydelse til fleksjob forkortes.

5.3.1 Overgang fra ledighedsydelse til fleksjob

Som nedenstående tabel viser, er der efter reformen en større andel, der går fra ledighedsydelse til fleksjob. I 2012 var der blandt de borgere, der i løbet af året havde modtaget ledighedsydelse, 23 procent, som var overgået fra ledighedsydelse til fleksjob. I 2016 var tallet steget til 33 procent.

Tabel 17. Årlig overgang fra ledighedsydelse til fleksjob, procent af berørte modtagere i året

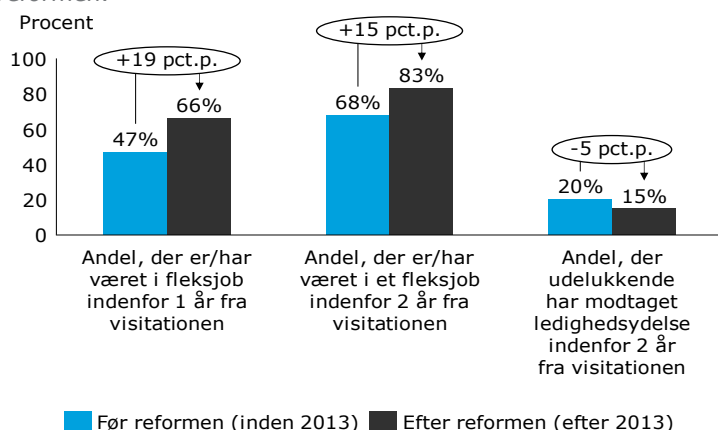
	2012	2013	2014	2015	2016
Antal, der modtog ledighedsydelse i året	28.944	30.064	30.886	31.132	30.857
Antal overgået til fleksjob fra ledighedsydelse i året	6.704	8.425	9.509	9.994	10.095
Andel overgået til fleksjob fra ledighedsydelse i året	23%	28%	31%	32%	33%

Kilde: Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob, Beskæftigelsesministeriet (2018).

Efter reformen er den gennemsnitlige varighed af ledighedsydelse ydermere faldet fra knap 30 uger i 2012 til 24,4 uger i 2016, hvilket betyder, at de fleksjobvisiterede på den nye ordning kommer hurtigere i fleksjob end før reformen (Beskæftigelsesministeriet, 2018).

Som figur 38 viser, er der efter reformen væsentligt flere fleksjobvisiterede, der kommer i fleksjob indenfor henholdsvis et eller to år, og samtidig er der færre, der efter to år fortsat er på ledighedsydelse. Efter reformen er det således kun 15 procent af de fleksjobvisiterede, som efter to år i fleksjobordningen udelukkende har modtaget ledighedsydelse.

Figur 38. Andele, der er tilgået fleksjobordningen, og andele, der udelukkende har modtaget ledighedsydelse efter visitationen til fleksjobordningen før og efter reformen.



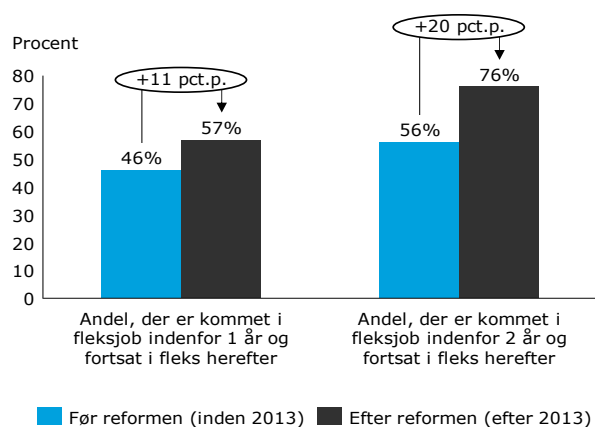
Kilde: Forløbsanalyse af fleksjobbere, STAR (2017e).

Note: Data om ledighedsydelse kommer fra de kommunale sagsbehandlings- og indberetningssystemer. Data om fleksjob kommer fra AMFORA-statistikken og de kommunale sagsbehandlings- og økonomisystemer.

Efter reformen er den samlede gruppe ledighedsydelsesmodtagere således kendetegnet ved et konstant flow fra ledighedsydelse til fleksjob. En del borgere tilgår ordningen, samtidig med at mange borgere afgår til fleksjob. Efter reformen ligner de fleksjobvisiteredes flow ud på arbejdsmarkedet, herunder særligt flowet fra ledighedsydelse til fleksjob, dermed i højere grad flowet på det ordinære arbejdsmarked.

Samtidig er der efter reformen en større andel, der fastholdes i fleksjob, jf. figur 39. Inden reformen var der således 56 procent af de fleksjobvisiterede, der indenfor to år på ledighedsydelse var kommet i fleksjob, som fortsatte i et fleksjob. Efter reformen er dette tal steget til 76 procent.

Figur 39. Andel, der er kommet i fleksjob indenfor to år og herefter er fortsat i fleksjob - før og efter reformen.



■ Før reformen (inden 2013) ■ Efter reformen (efter 2013)

Kilde: Forløbsanalyse af fleksjobbere, STAR (2017e).

Note: Data om ledighedsydelse kommer fra de kommunale sagsbehandlings- og indberetningssystemer. Data om fleksjob kommer fra AMFORA-statistikken og de kommunale sagsbehandlings- og økonomisystemer.

5.3.2 Fleksjob fordelt på sektor

Siden reformen er der sket en forskydning, så fleksjobbernes arbejdsmarked fordelt på sektorer nu ligner det ordinære arbejdsmarked, jf. nedenstående tabel. Andelen af fleksjobbere i den nye ordning, der er ansat i den private sektor, er nu 71 procent mod 56 procent før reformen.

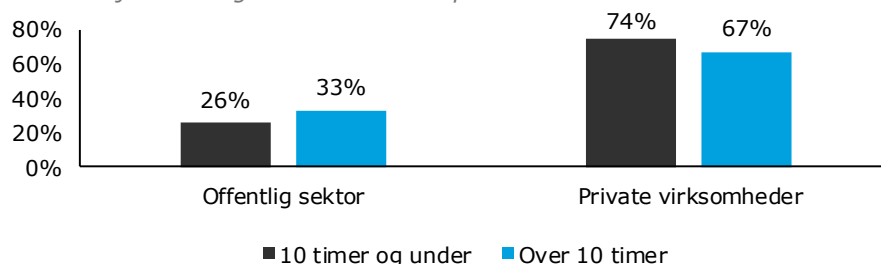
Tabel 18. Fleksjobbere fordelt på sektor. Ny og gammel ordning (november 2012 og november 2015) samt det ordinære arbejdsmarked (2015), procent

	Alle fleksjobbere før reformen (2012)	Fleksjobbere på den nye ordning (2015)	Det ordinære arbejdsmarked (2015)
Offentlig forvaltning, service og virksomheder	43	29	31
Private virksomheder	56	71	68
Uoplyst	1	0	1

Kilde: Fleksjobberenes arbejdsmarked. STAR (2017i).

Det er særligt den nye mulighed for fleksjob på få timer, der har øget mulighederne for fleksjob i private virksomheder. I den nye ordning arbejder tre ud af fire fleksjobbere på få timer i den private sektor, jf. nedenstående figur.

Tabel 19. Alle fleksjobbere under den nye ordning, november 2015 og fastholdelsesfleksjobbere tilgået i 2014-2016 i procent



■ 10 timer og under ■ Over 10 timer

Kilde: Fleksjobberenes arbejdsmarked. STAR (2017i).

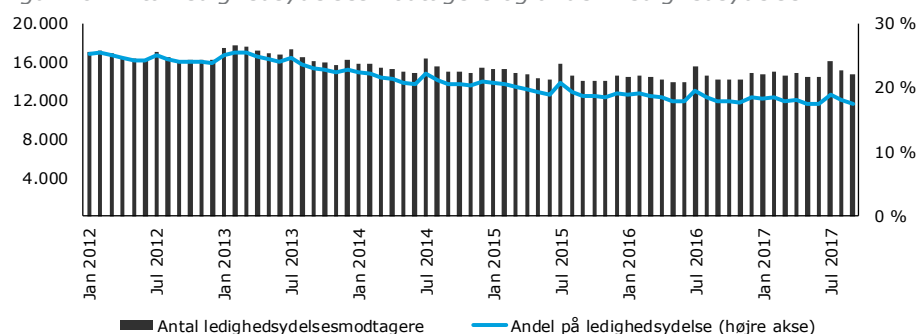
5.4 Ledighedsydelse efter reformen

Ledighedsydelse skal sikre fleksjobvisiterede et forsørgelsesgrundlag, hvis de endnu ikke har fået et fleksjob, eller hvis de er blevet ledige efter et fleksjob og søger efter et nyt fleksjob. Et af formålene med reformen af fleksjobordningen var at reducere antallet og andelen af modtagere af ledighedsydelse som følge af en mere rummelig ordning med plads til personer med mere begrænset arbejdssevne.

5.4.1 Udviklingen i ledighedsydelsesforløb

Fra september 2012 til september 2017 er det samlede antal fuldtidspersoner på ledighedsydelse faldet fra 16.059 til 14.721 fuldtidspersoner på trods af en stigning i antal fleksjobvisiterede, jf. figuren nedenfor. I samme periode er andelen af borgere på ledighedsydelse ud af den samlede fleksjobordning faldet fra 24 procent i september 2012 til 18 procent i september 2017. Både antallet og andelen af ledighedsydelsesmodtagere er således faldet siden reformen.

Figur 40. Antal ledighedsydelsesmodtagere og andel i ledighedsydelse



Kilde: Supplerende opgørelser til brug for evalueringen af FØP/FLEKS, STAR (2018c).

5.4.2 Borgere på langvarig ledighedsydelse

Der er fortsat en gruppe borgere, der har været på ledighedsydelse i lang tid. I oktober 2017 var der 3.237 personer på ledighedsydelse (ud af 16.470 personer) med en varighed i det aktuelle ledighedsydelsesforløb på over to år. Af disse personer er 2.090 tilgået fleksjobordningen inden reformen, mens 1.147 personer er tilgået ordningen efter reformen (STAR, 2018c).

Kommunerne peger på, at især to grupper borgere er i risiko for langvarig ledighed på ledighedsydelse (DISCUS og Epinion, 2017), nemlig:

- Dem, der har adfærdsproblemer og/eller kognitive problemer, og som derfor har svært ved at begå sig på en arbejdsplads, fordi de ikke overholder normale sociale spilleregler, for eksempel på grund af dårlig personlig hygiejne eller lignende.
- Dem, der mangler motivation, for eksempel på grund af manglende arbejdsidentitet, fordi de har været længe i systemet eller har dårlige erfaringer fra tidligere job eller virksomhedspraktikker.

Kommunerne vurderer, at en del af de borgere, der ikke er motiverede for fleksjob, betragter ledighedsydelse som en form for varig ydelse. Nogle kommuner efterspørger på den baggrund strammere regler for rådighedsvurdering af denne gruppe borgere, herunder eksempelvis at kunne øge kravene til borgerne, jo længere de har været ledige (DISCUS og Epinion, 2017).

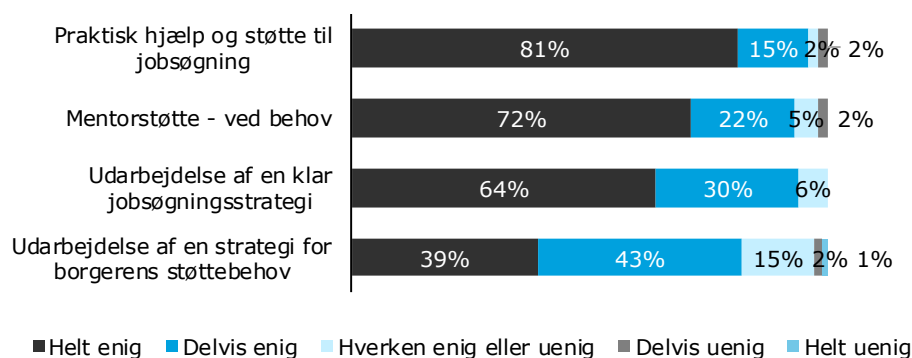
5.4.3 Indsatsen for borgere på ledighedsydelse

For at understøtte overgangen fra ledighedsydelse til fleksjob er det vigtigt med et tidligt og kontinuerligt jobfokus som en del af indsatsen for borgerne.

Jobcentret kan blandt andet understøtte de ledige fleksjobvisiteredes vej ind på arbejdsmarkedet ved at arbejde målrettet med borgerens jobsøgning. Dette kan eksempelvis gøres ved at give praktisk støtte til den faktiske jobsøgning, men også ved at udarbejde en strategi for eksempelvis støttebehov.

Jf. figur 41 vurderer de kommunale afdelingsledere og faglige koordinators i høj grad, at jobcentrene igangsætter initiativer for de ledige fleksjobvisiterede med henblik på at understøtte arbejdet med jobsøgningen. Mere end 90 procent er helt eller delvist enige i, at jobcentret giver praktisk hjælp og støtte samt udarbejder en klar strategi i forbindelse med jobsøgningen.

Figur 41. Kommunale afdelingslederes og faglige koordinators vurdering af, hvilke initiativer der igangsættes efter visitationen med det formål at understøtte borgerens jobsøgning

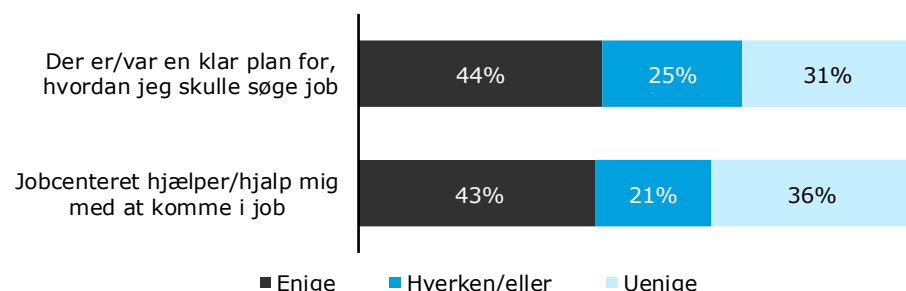


Kilde: Rundt om Fleksjob, DISCUS og Epinion (2017).

Note: n = 88 jobcentre, kommunedækning = 81%.

De ledige fleksjobvisiterede vurderer dog ikke entydigt, at jobcentret understøtter deres vej ind på arbejdsmarkedet, jf. figur 42. Knap halvdelen er enige i, at der er/var en klar plan for deres jobsøgning i forbindelse med overgangen fra ledighedsydelse til fleksjob, ligesom under halvdelen vurderer, at jobcentret hjælper/hjælp dem med at komme i job.

Figur 42. Borgernes oplevelse af jobcentrets hjælp til at komme i job



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 2.241 borgere tilkendt fleksjob bortset fra dem, der allerede havde aftale med virksomhed ved visitation. Andelen af respondenter, der har svaret *ved ikke*, er 4-9%.

I juni 2017 havde 71 procent af alle ledighedsydelsesmodtagere med mindst ét års anciennitet modtaget en aktiv indsats og/eller mentorstøtte indenfor det seneste år. 29 procent, svarende til 1.876 borgere, havde hverken modtaget en aktiv indsats eller mentorstøtte.

5.5 Fleksjob med en lav ugentlig arbejdstid

En central intention med ændringerne i fleksjobordningen var at sikre plads i ordningen til borgere med begrænset arbejdsevne ved at understøtte muligheden for fleksjob på under 12 timer om ugen. Før reformen var der stort set ingen fleksjob under 12 timer. Disse fleksjob er tiltænkt borgere, der før reformen ellers ville have stået udenfor arbejdsmarkedet – enten på ledighedsydelse eller på førtidspension.

5.5.1 Gennemsnitligt timetal i fleksjob

I oktober 2017 var cirka 25.000 personer ansat i fleksjob på få timer (1-10 timer om ugen).

Fra 2013 til 2015 er den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid faldet fra 13,0 timer til 11,7, jf. figur 43.

Figur 43. Gennemsnitlig ugentlig arbejdstid i fleksjob, 2013-2015, arbejdstimer

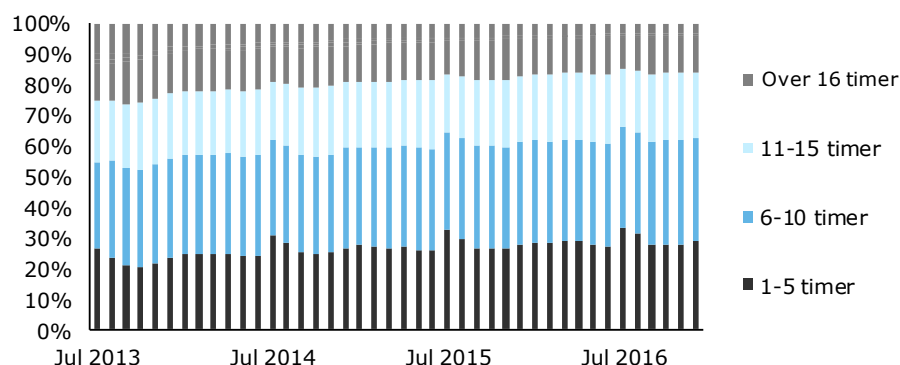
	2013	2014	2015
Gennemsnitligt timetal for fleksjob-ansatte efter ny ordninger	13,0	12,2	11,7

Kilde: Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob, Beskæftigelsesministeriet (2018).

Note: Der forekommer usikkerhed om timetallene for fleksjobbere på grund af blandingen af effektive og faktiske timer, som arbejdsgiverne indberetter.

I december 2016 havde seks ud af ti ansatte i fleksjob et ugentligt timetal på 10 timer eller mindre, jf. figur 44.

Figur 44. Relativ fordeling i procent i fleksjob i ny ordning efter ugentlig arbejdstid, juli 2013-december 2016



Kilde: Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob, Beskæftigelsesministeriet (2018).

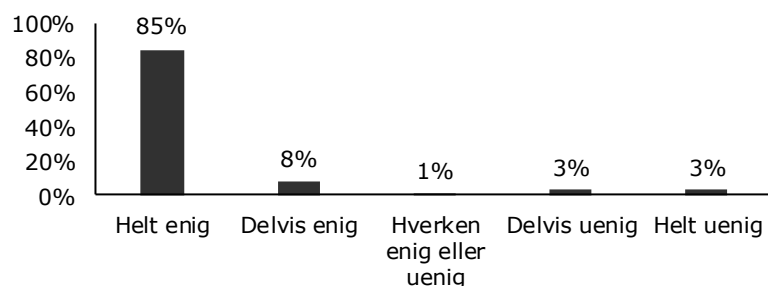
Note: Opgørelsen er foretaget, eksklusive kategorien *uoplyst*.

Udviklingen med en faldende gennemsnitlig ugentlig arbejdstid og en stigende andel af fleksjob på få timer skal ses i lyset af målretningen af fleksjobordningen, der sikrer, at også personer med en lille arbejdssevne har bedre mulighed for at komme ind i ordningen.

5.5.2 Virksomhedernes oplevelse af fleksjob på få timer

93 procent af virksomhederne er helt eller delvis enige i, at fleksjob på få timer giver borgere med lille arbejdssevne en mulighed for at komme ind på arbejdsmarkedet, jf. figur 45. Det er således virksomhedernes opfattelse, at muligheden for små fleksjob har givet borgere med en lille arbejdssevne en indgang til arbejdsmarkedet, som de ellers ikke ville have haft (DISCUS og Epinion, 2017).

Figur 45. Virksomhedernes vurdering af, om fleksjob på mindre end 10 timer om ugen er en god måde at give borgere med en meget lille arbejdssevne mulighed for at komme ind på arbejdsmarkedet



Kilde: Rundt om Fleksjob, DISCUS og Epinion (2017).

Note: n = 270 virksomheder, der har ansat en person i fleksjob efter 1. januar 2013). Andelen af respondenter, der har svaret *ved ikke*, er 2%.

Af undersøgelsen fremgår det dog også, at virksomhederne oplever, at de helt små fleksjob (1-2 timer om ugen) kan være udfordrende, fordi 1-2 timer er kort tid at være på en arbejdsplads, og det kan være svært at skabe en tilknytning til kollegerne og det sociale liv på arbejdspladsen (DISCUS og Epinion, 2017)

5.6 Progression i fleksjob

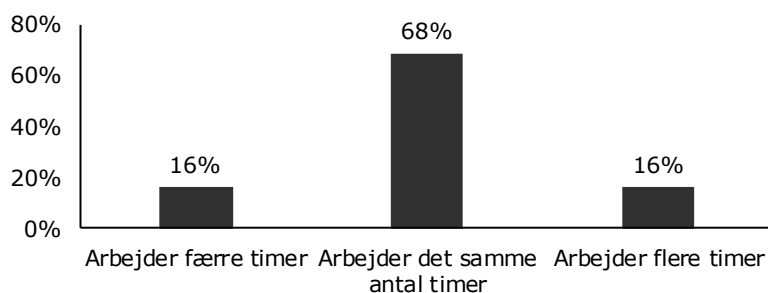
Det var intentionen, at reformen skulle øge fokus på progression, så borgerne i ordningen, herunder særligt borgerne i fleksjob på få timer, øgede deres timetal, i takt med at arbejdssevnen udviklede sig i fleksjobbet. Pro-

gression i fleksjobbet skal understøttes af 1) den lovpligtige opfølgning med fokus på progression 2) tidsbegrænsning af fleksjob, så der sikres en revurdering af fortsat berettigelse til fleksjobbet, 3) økonomisk incitament for den enkelte til at øge sit timetal og 4) jobcentrets gennemgående fokus på progression. Hertil kommer, at der for personer med en aktuelt meget begrænset arbejdssevne skal være mulighed for, at arbejdssevnen kan udvikles indenfor en rimelig periode, for at der kan tilkendes fleksjob.

5.6.1 Udviklingen i det ugentlige timetal

Ses der på udviklingen i det ugentlige timetal kan det konstateres, at to tredjedele af de borgere, der har fået et fleksjob efter den nye ordning, har samme timetal, som da de startede i fleksjobbet. Jf. nedenstående figur har 68 procent således ikke ændret timetallet, siden de startede i deres fleksjob, og 16 procent er gået ned i timetal. 16 procent har opnået progression i form af øget timetal, jf. figur 46.

Figur 46. Progression i arbejdstid for fleksjobansatte under den nye ordning i oktober 2017



Kilde: Analyse af udvikling i arbejdstid for ansatte i fleksjob under ny fleksjobordning, STAR (2017h).

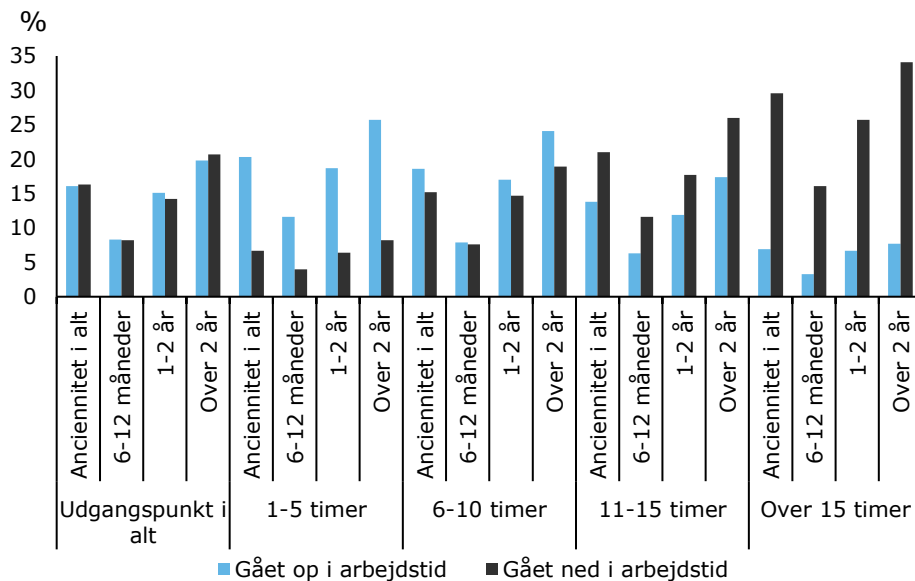
Dette samlede billede dækker dog over en stor spredning, jf. figur 47:

- Cirka 19 procent af de borgere, som startede i et fleksjob på 1-10 time(r), og som har været i fleksjob i 1-2 år, er gået op i arbejdstid. Blandt de borgere, der startede i et fleksjob på over 10 timer, er dette tal 12 procent for dem, der startede på mellem 11-15 timer om ugen og 7 procent for de borgere, der startede på over 15 timer om ugen.
- 34 procent af de borgere, der startede i et fleksjob på over 15 timer om ugen, og som har været i fleksjob i over 2 år, er gået ned i arbejdstid. For borgere, der startede i et fleksjob i 1-5 time(r), er dette tal 7 procent.
- Cirka 25 procent af de borgere der startede i fleksjob mellem 1-5 timer, og har været i fleksjob i over 2 år, er steget i arbejdstid. Dette gælder for cirka 19 procent af dem der har været i fleksjob mellem 1-2 år, som også startede på 1-5 arbejdstimer.

Ser man på de borgere, der er gået op i tid, er der således en tendens til, at det oftest sker for de borgere, der starter i fleksjob på få timer, mens der samtidig er en tendens til, at nedgang i timetallet oftest sker for de borgere, der starter med relativt mange timer i deres fleksjob.

Tallene viser ydermere, at timetallet i højere grad øges, jo længere tid der går. Det fremgår, at cirka 8 procent har øget deres ugentlige arbejdstid indenfor det første år, mens det efter 2 år er i alt 21 procent, der har øget deres arbejdstid, jf. figur 47.

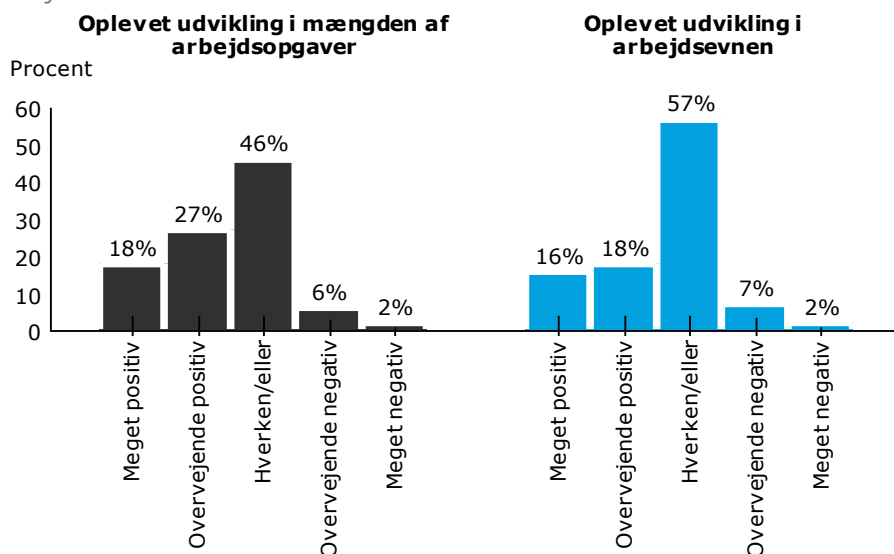
Figur 47. Andel personer, der er gået op eller ned i arbejdstid, i procent – hele landet, oktober 2017



Kilde: Analyse af udvikling i arbejdstid for ansatte i fleksjob under ny fleksjobordning, STAR (2017h).

Blandt de adspurgte virksomheder vurderer mellem hver anden og hver tredje, at deres fleksjobansatte har opnået progression i form af udvikling af arbejdsopgaver og arbejdssevne. Således peger 45 procent af virksomhederne på, at den fleksjobansatte har haft en positiv udvikling i forhold til mængden af opgaver, som den fleksjobansatte er i stand til at løse, og 34 procent af virksomhederne vurderer, at den fleksjobansattes arbejdssevne er udviklet i positiv retning, jf. figur 48.

Figur 48. Virksomheders vurdering af, om den fleksjobansatte under sin ansættelse har oplevet en positiv eller negativ udvikling i forhold til arbejdsopgaver og arbejdssevne



Kilde: Rundt om Flexjob, DISCUS og Epinion (2017).

Note: n = 379 virksomheder, der har ansat en person i fleksjob efter 1. januar 2013.

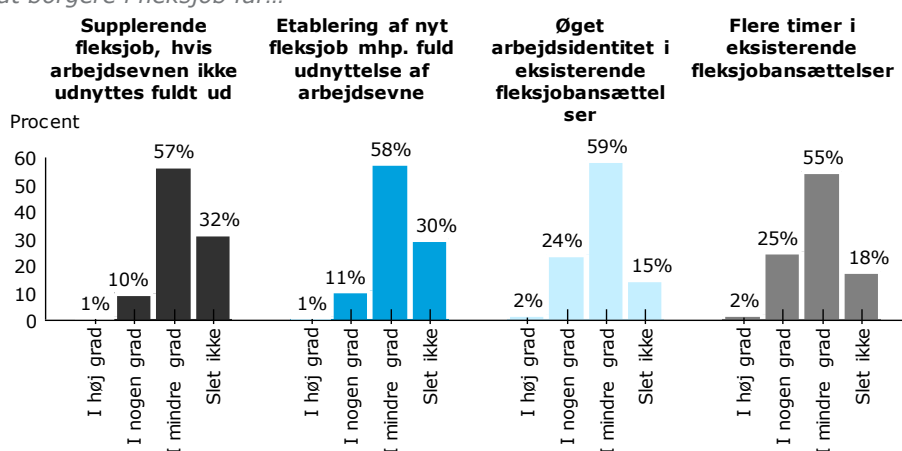
Hvis udviklingen for de fleksjobansatte i både arbejdsevne og arbejdsopgaver omsættes i praksis til øgede arbejdstimer, er det en indikation på et muligt potentiale ved progression i timetal hos de fleksjobansatte.

5.6.2 Den lovpligtige opfølgning og udarbejdelsen af statusvurdering

Jobcentrene skal som minimum følge op efter to et halvt år for at vurdere, om der er sket ændringer i fleksjobberens situation, herunder om betingelserne for fleksjob fortsat er opfyldt. Efter fire et halvt år skal jobcentret udarbejde en status for de midlertidige fleksjob og vurdere, om medarbejderen kan overgå til ordinær beskæftigelse, kan forblive i fleksjobordningen, eller om der eventuelt er sket en forværring af borgerens tilstand, der gør det relevant at indlede en sag om førtidspension. Det er intentionen, at der i opfølgningen er fokus på progression.

Tre ud af fire kommuner vurderer dog, at den lovpligtige opfølgning efter to et halvt år i mindre grad eller slet ikke sikrer progression i forhold til at øge henholdsvis timetal eller arbejdsintensitet. 9 ud af 10 kommuner vurderer, at opfølgning i mindre grad eller slet ikke understøtter, at borgerne finder et nyt fleksjob, hvor de kan udnytte deres arbejdsevne bedre, eller finder et supplerende fleksjob, jf. figur 49.

Figur 49. Kommunale afdelingslederes og faglige koordinators vurdering af, i hvilken grad de oplever, at den lovpligtige opfølgning efter to et halvt år sikrer, at borgere i fleksjob får...



Kilde: Rundt om Fleksjob, DISCUS og Epinion (2017).

Note: n = 86 jobcentre, kommunedækning = 78%. Andelen af respondenter, der har svaret ved ikke, er mellem 8-12%.

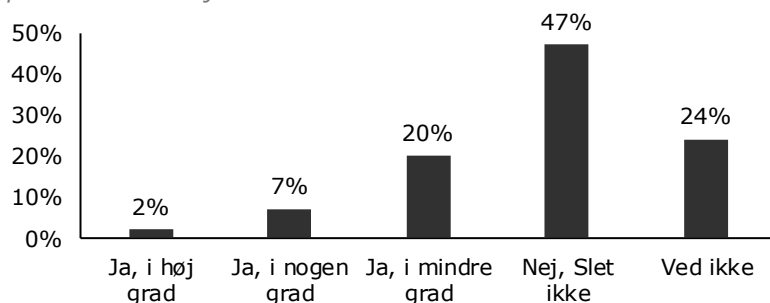
I forhold til fire et halvt års-status for de midlertidige fleksjob er det kun meget få jobcentre, der er kommet i gang, da de fleste fleksjob på den nye ordning ikke har været etableret så længe (DISCUS og Epinion, 2017).

5.6.3 Midlertidige fleksjob

Personer under 40 år kan højst få tildelt et fleksjob fem år ad gangen. Når perioden udløber, skal kommunen tage stilling til, om personen fortsat er berettiget til et fleksjob. Personer over 40 år får efter det første fleksjob et permanent fleksjob, hvis kommunen vurderer, at arbejdsevnen fortsat er nedsat i et omfang, så den pågældende ikke kommer til at kunne varetage et ordinært arbejde. Hensigten med at indføre reglen om femårsperioden var at sikre, at borgere ikke hænger fast i et fleksjob uden mulighed for progression, og at skabe en mulighed for en genvurdering af fleksjobtildelingen.

47 procent af jobcentrene vurderer, at progressionen i time-tal/arbejdsintensitet i midlertidige fleksjob ikke er højere end i permanente fleksjob, og 24 procent ved ikke, hvad betydningen af de midlertidige fleksjob er. Kun 9 procent vurderer, at progressionen i midlertidige fleksjob i høj eller nogen grad er højere, jf. figur 50. Kommunerne vurderer således umiddelbart ikke, at tidsbegrænsningen i fleksjob understøtter progression.

Figur 50. Kommunale afdelingslederes og faglige koordinators vurdering af, om progressionen i timetal/arbejdsintensitet i midlertidige fleksjob er højere end i permanente fleksjob



Kilde: Rundt om Fleksjob, DISCUS og Epinion (2017).

Note: n = 86 jobcentre, kommunedækning = 78%.

Blandt borgerne er den mest udbredte opfattelse, at det er utrygt, at retten til fleksjob er midlertidig. Dette vurderer 36 procent af borgerne, mens 21 procent vurderer, at det er rimeligt, at retten til fleksjob er midlertidig, jf. figur 51.

Figur 51. Borgernes beskrivelse af, hvad det betyder for dem, at retten til fleksjob som udgangspunkt er midlertidig



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 2.186 borgere netop ansat i fleksjob og ansat i fleksjob i længere tid samt Mploys beregninger.

5.6.4 De økonomiske incitamenter i tilskudsmodellen

Formålet med at omlægge tilskudsmodellen var blandt andet at give den enkelte en øget indkomst, når vedkommende øgede sin arbejdstid. Der er i modellen indlagt et loft⁸ for tilskuddet for at sikre, at fleksjobbere med få timers arbejdsindsats ikke kan tjene mere end kollegaen med samme opgaver på samme virksomhed, der arbejder fuld tid.

⁸ Fleksløntilskud og løn udbetalt af arbejdsgiver kan tilsammen højst udgøre et beløb svarende til den løn, der udbetales for ordinær ansættelse på fuld tid i den pågældende stilling. Når en fleksjobber når dette loft, vil der ikke længere være en økonomisk tilskyndelse til at øge arbejdstiden yderligere.

Løftet betyder, at når den enkelte opnår en indkomst svarende til det normale lønniveau for fuldtidsansættelse i tilsvarende stilling, så er der ikke længere en økonomisk gevinst ved at øge arbejdstiden yderligere.

Ved at sammenholde timeløn med arbejdstid kan det beregnes, hvor mange personer i fleksjob, der er berørt af løftet for den maksimale indkomst i fleksjob (STAR, 2017g).

Den præcise opgørelse er vanskelig at lave, men analyser skønner, at omkring 65-80 procent af borgerne i fleksjobordningen har en økonomisk tilskyndelse til at øge arbejdstiden, fordi de vil få et øget indkomst ved at øge arbejdstiden. I gruppen af personer i fleksjob på under 15 timer vurderes det, at der for 9 ud af 10 er et incitament til at øge arbejdstiden, mens andelen er lidt lavere for borgere, der arbejder mere end 15 timer om ugen (STAR, 2017g).

Blandt de 20-35 procent, der skønnes ikke at have et økonomisk incitament til at øge arbejdstiden grundet løftet, vurderes det, at cirka 50-70 procent allerede arbejder udover det punkt, hvor de bliver berørt af løftet for den maksimale indkomst i fleksjob.

Spørger man de fleksjobansatte, bekræfter de, at de økonomiske incitamenter ikke er afgørende for, om de ønsker at øge deres timetal (Mploy og Kantar Gallup, 2018).

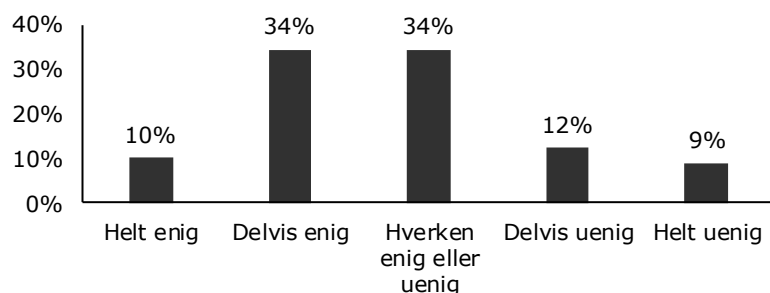
5.6.5 Jobcentrenes indsats for at skabe progression

Implementeringen af reformen viser, at jobcentrenes italesættelse af og fokus på progression i fleksjob er afgørende for, om borgernes timetal øges. Fokus på progression skal være tydelig fra starten og skal allerede igangsættes i forbindelse med indstillingen på rehabiliteringsmødet og herefter i den efterfølgende indsats med borgeren samt i samarbejdet med virksomhederne.

Under halvdelen af de adspurgte mødeledere i de kommunale rehabiliteringsteam vurderer, at rehabiliteringsteamets behandling af fleksjobsager fremmer progression i timetal/arbejdsintensitet, jf. figur 52.

Dette indikerer således, at der ikke er et entydigt og tydeligt fokus på progression i forbindelse med rehabiliteringsteamenes indstilling til fleksjob.

Figur 52. Mødeledere i rehabiliteringsteamenes vurdering af, om rehabiliteringsteamets behandling af sagen fremmer progression i timetal/arbejdsintensitet



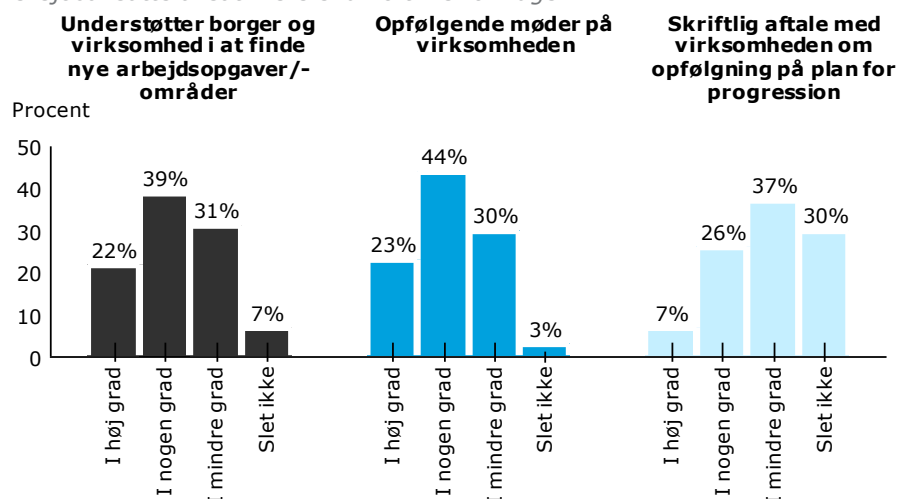
Kilde: Rundt om Fleksjob, DISCUS og Epinion (2017).

Note: n = 124 jobcentre, kommunedækning = 82%. Andelen af respondenter, der har svaret ved ikke, er 10%.

I det daglige arbejde er der forskellige måder, hvorpå kommunerne kan arbejde med fokus på progression, for eksempel ved løbende dialog med virksomhederne om den fleksjobansatte. Dette kan blandt andet gøres ved faste procedurer for opfølgende møder med virksomhederne.

Blandt de adspurgte kommuner vurderer 62 procent, at de i høj eller nogen grad støtter borgere og virksomheder i at finde nye arbejdsopgaver og -områder, og 67 procent vurderer, at de i høj eller nogen grad afholder opfølgende møder med virksomhederne. 33 procent af kommunerne oplyser, at der i høj eller nogen grad laves skriftlige aftaler med virksomhederne om opfølgning med henblik på progression, jf. figur 53. Således vurderer størstedelen af kommunerne, at de i et eller andet omfang har fokus på muligheden for udvikling af borgerens arbejdsevne, men kun de færreste laver skriftlige aftaler med virksomhederne om opfølgning på plan for progressionen.

Figur 53. Kommunale afdelingslederes og faglige koordinators vurdering af, i hvilken grad jobcentret arbejder med følgende indsatser mod progression for fleksjobansatte ansat mere end 10 timer om ugen

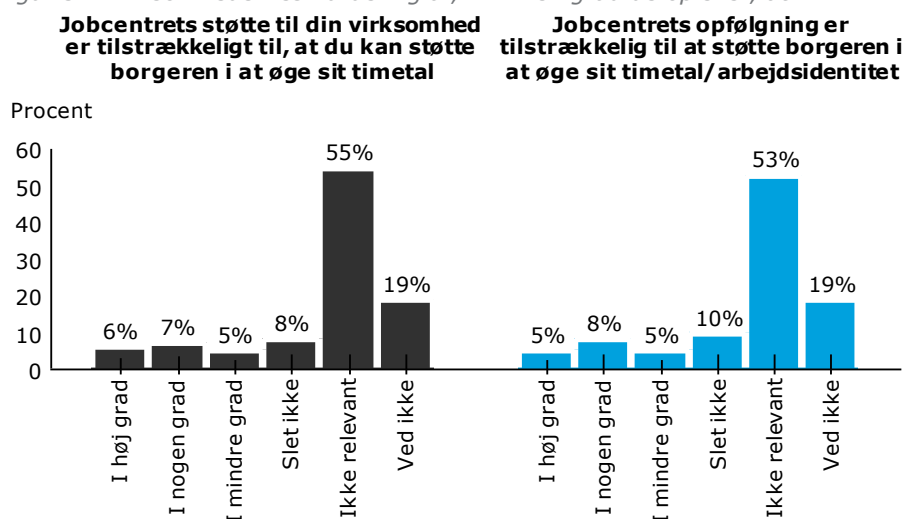


Kilde: Rundt om Fleksjob, DISCUS og Epinion (2017).

Note: n = 86 jobcentre, kommunedækning = 78%. Andelen af respondenter, der har svaret ved ikke, er 6%.

Hvis man spørger virksomhederne, vurderer kun 13 procent, at jobcentrets støtte og opfølgning i høj eller nogen grad er tilstrækkelig til at støtte borgeren i at øge sit timetal, jf. figur 54. Over halvdelen af virksomhederne vurderer, at jobcentrenes indsats ikke er relevant.

Figur 54. Virksomhedernes vurdering af, i hvilken grad de oplever, at ...



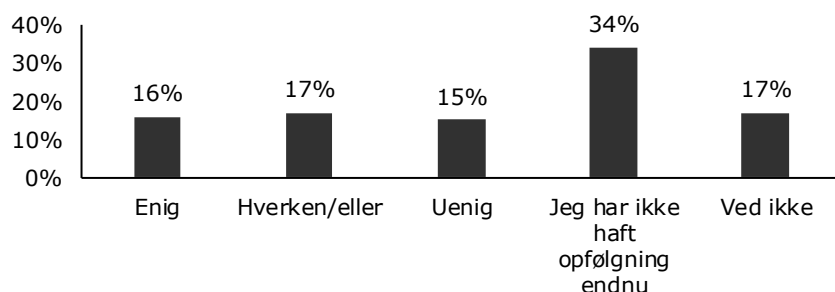
Kilde: Rundt om Fleksjob, DISCUS og Epinion (2017).

Note: n = 379 virksomheder, der har ansat en person i fleksjob efter 1. januar 2013.

Samme tendens tegner sig blandt borgerne, hvor kun 16 procent af de fleksjobansatte vurderer, at jobcentret har fokus på deres muligheder for at øge arbejdstiden i forbindelse med den løbende opfølgning på deres fleksjob.

Godt hver tredje borger (34 procent) har *ikke* haft opfølgning med jobcentret.

Figur 55. Borgernes oplevelse af, om jobcentret i sin opfølgning på fleksjob har fokus på muligheder for at øge antallet af timer, der betales løn for



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 1.897 borgere ansat i fleksjob i længere tid og Mploy's beregninger.

Note: Ved ikke dækker over ved ikke og ønsker ikke at svare. Enige dækker over helt enig og enig. Uenige dækker over helt uenig og uenig.

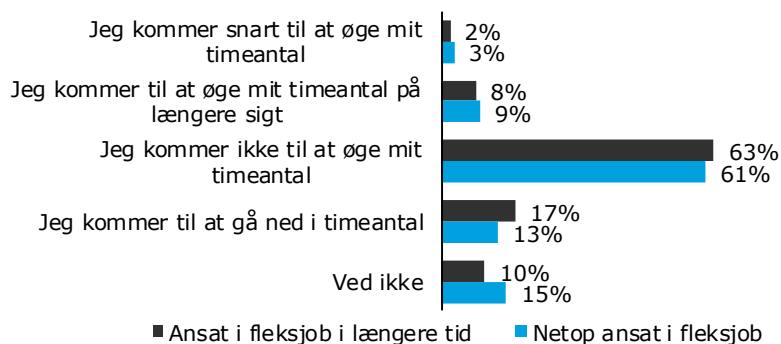
Der tegner sig således overordnet et billede af, at borgernes og virksomhedernes oplevelse er, at jobcentrene kun i meget begrænset omfang understøtter og har fokus på progression i timetallet. Dette afspejler sig både i et begrænset fokus på progression i forbindelse med indstillingen på rehabiliteringsmødet, men også i den løbende (og til tider manglende) opfølgning undervejs.

5.6.6 De fleksjobansattes tro på progression

Det manglende organisatoriske fokus på og italesættelse af progression kan være med til at påvirke borgernes egen forventning til progression. Hvis man spørger de fleksjobansatte, forventer kun to og tre procent af de henholdsvis nyansatte og ikkenyansatte fleksjobbere, at de kommer til at øge deres timetal på kort sigt, mens lidt flere (9 procent) forventer at øge deres

timetal på lang sigt. Henholdsvis 13 og 17 procent forventer til gengæld, at de kommer til at gå ned i timetal, jf. figur 56 (Mploy og Kantar Gallup, 2017).

Figur 56. Fleksjobansattes forventninger til udviklingen i timeantallet i deres fleksjob



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob, Mploy og Kantar Gallup (2018).

Note: n = 2.186 borgere netop ansat i fleksjob og ansat i fleksjob i længere tid samt Mploys beregninger

Det kan dog konstateres, at 43 procent af de fleksjobvisiterede vurderer, at de er blevet bedre til at håndtere deres helbredsudfordringer, samtidig med at mere end fire ud af 10 fleksjobansatte har positive forventninger til fremtiden på arbejdsmarkedet, jf. kapitel 4 (Mploy og Kantar Gallup, 2017). Dette synes dog ikke at påvirke borgernes oplevelse eller forventninger til progression i deres timetal.

Borgernes positive vurderinger af deres evne til at håndtere deres helbredsudfordringer og deres positive forventninger til fremtiden på arbejdsmarkedet indikerer, at der med den rette organisatoriske understøttelse og tiltro er potentiale ved progression i timetal, arbejdsopgaver m.v.

5.7 Fastholdelsesfleksjob efter reformen

For at understøtte, at arbejdsmarkedets parter bidrager til at skabe større rummelighed på arbejdsmarkedet, skal medarbejdere med nedsat arbejds-evne så vidt muligt fastholdes i ordinært arbejde. Der blev derfor fastsat regler om, at en person som udgangspunkt kun kan ansættes i et fleksjob på sin hidtidige arbejdsplads, hvis vedkommende forinden har været ansat på arbejdspladsen i mindst 12 måneder under overenskomstens sociale kapitler eller på særlige vilkår⁹. Aftalen om ansættelse efter de sociale kapitler/på særlige vilkår skal være skriftlig, og arbejdsgiveren skal endvidere dokumentere, at der er gjort et forsøg på at etablere et vedvarende udstøttet job efter de sociale kapitler/på særlige vilkår.

5.7.1 Tilgangen til fastholdelsesfleksjob

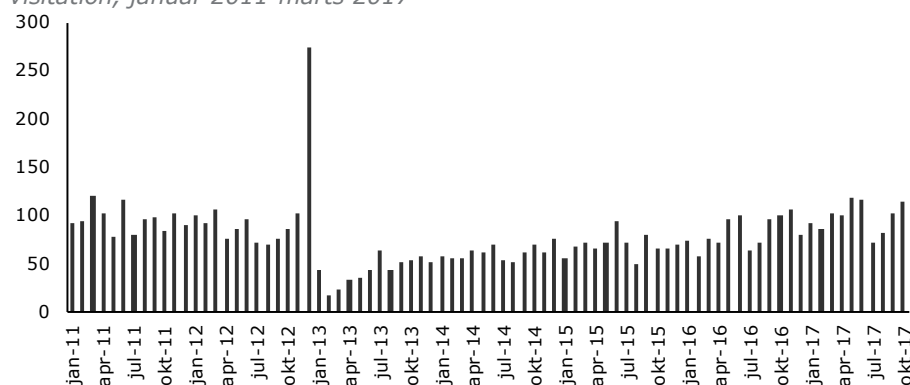
Der kan ikke følges direkte op på udviklingen i antallet af fastholdelsesfleksjob. Det skyldes, at virksomhedernes eventuelle skånehensyn i ansættelsen ikke registreres. Derfor foretages der i stedet en opgørelse over visitationer til fleksjob, hvor den enkelte person forinden har haft løn i samme virksomhed.

⁹ Dette gælder dog ikke, hvis den ansatte har været udsat for akut opstået skade eller sygdom, og det er åbenbart formålsløst at gennemføre foranstaltninger med henblik på job efter overenskomstens sociale kapitler eller på særlige vilkår.

Før reformen trådte i kraft var der – når man ser bort fra tiden lige umiddelbart før reformen – knap 100 personer om måneden, der startede i et fleksjob i samme virksomhed, hvor pågældende tidligere har været ansat ordinært¹⁰. I reformens første år i 2013 faldt niveauet til omkring 50 tilkendelser om måneden.

I 2014 blev der i gennemsnit tilkendt cirka 65 af denne type fleksjob om måneden stigende til i gennemsnit 85 tilkendelser om måneden i 2016. I de første måneder af 2017 var der i gennemsnit tilkendt 93 af denne type fleksjob.

Figur 57. Visitationer til fleksjob med samme arbejdsgiver to måneder forinden visitation, januar 2011-marts 2017



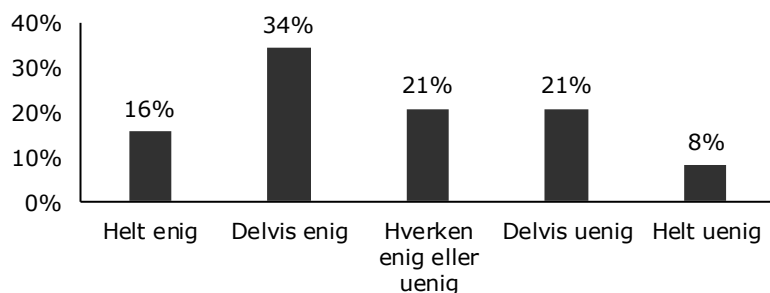
Kilde: Centrale figurer for reformen af førtidspension og fleksjob (november 2017), STAR (2017n).

Note: Antallet er opgjort som personer, der er startet i deres første fleksjob, og som har fået udbetalt løn fra samme virksomhed indenfor to måneder, før de startede i fleksjobbet.

5.7.2 Kommunernes og virksomhedernes erfaringer med de nye regler om fastholdelsesfleksjob

I kommunerne er der delte opfattelser af, om de nye regler om sociale kapitler/ansættelse på særlige vilkår er med til at fastholde medarbejdere med nedsat arbejdsevne i udstøttet beskæftigelse, jf. figur 58. 50 procent af kommunerne svarer, at de er enige i, at reglerne virker fastholdende, mens 29 procent er delvis eller helt uenige.

Figur 58. Vurdering blandt afdelingsledere og faglige koordinatore for sygedagpenge af, om reglerne medvirker til, at virksomheder fastholder medarbejdere med fysiske og/eller psykiske problemer via sociale kapitler/ansættelse på særlige vilkår



Kilde: Rundt om Fleksjob, DISCUS og Epinion (2017).

Note: n = 212 jobcentre, kommunedækning = 82%. Andelen af respondenter, der har svaret *ved ikke*, er 3%.

Når kommunerne er delt i opfattelsen af, om reglerne virker efter hensigten, kan det hænge sammen med, at reglerne ikke af alle opfattes som klare. Både kommuner og virksomheder vurderer, at der er udfordringer med virksomhedernes kendskab til de nye regler. Knap 80 procent af kommunerne vurderer:

- At virksomhederne ikke har et godt kendskab til mulighederne for fastholdelse.
- At de sociale kapitler/ansættelse på særlige vilkår ikke anvendes i tilstrækkelig grad.
- At der ikke foretages tilstrækkelig dokumentation (DISCUS og Epinion, 2017).

Forklaringen på den manglende dokumentation er ifølge kommunerne ofte, at en del af virksomhederne typisk forsøger at gøre en indsats for fastholdelse, herunder omplacerer medarbejderen, ændrer i arbejdstid eller fritager medarbejderen for særligt belastende opgaver uden nødvendigvis at kende til reglerne (DISCUS og Epinion, 2017).

Når dokumentationen mangler, hjælper nogle jobcentre virksomhederne med at skabe dokumentationen – enten forud- eller bagudrettet. Cirka halvdelen af de adspurgte virksomheder, som har fastholdt en medarbejder via et fastholdelsesfleksjob, tilkendegiver, at de har fået hjælp fra deres lokale jobcenter til at dokumentere deres indsats for at fastholde medarbejderen, jf. figur 59.

Figur 59. Fordeling af, om virksomhederne har fået hjælp af jobcentret til at efterleve krav om dokumentation forud for ansættelse i fastholdelsesfleksjob



Kilde: Rundt om Fleksjob, DISCUS og Epinion (2017)

Note: n = 250 virksomheder, der har ansat en person i fleksjob efter 1. januar 2013

5.8 Konklusioner og opmærksomhedspunkter

Evalueringen af fleksjobordningen giver anledning til følgende konklusioner:

- Efter reformen er der kommet flere ind i fleksjobordningen, men i dag er der betydeligt flere ansat i fleksjob, mens færre er på ledighedsydelse.
 - Fra januar 2013 til september 2017 er det samlede antal i fleksjobordningen steget fra 52.200 til 69.500 fuldtidspersoner. Antallet af borgere på ledighedsydelse er faldet fra 17.400 fuldtidspersoner til 14.700 fuldtidspersoner.
 - Andelen af borgere på ledighedsydelse ud af den samlede fleksjobordning er faldet fra 24 procent i september 2012 til 18 procent i september 2017.
- Efter reformen bevæger flere fleksjobvisiterede sig fra ledighedsydelse til fleksjob, og de bevæger sig hurtigere.
 - I 2012 var der blandt de borgere, der i løbet af året havde modtaget ledighedsydelse, 23 procent, som var overgået fra ledighedsydelse til fleksjob. I 2016 var tallet steget til 33 procent.
 - Den gennemsnitlige varighed af ledighedsydelse er faldet fra knap 30 uger i 2012 til 24,4 uger i 2016
- Inden reformen var de fleksjobansatte i de private virksomheder underrepræsenteret i forhold til det ordinære arbejdsmarked. Med muligheden for fleksjob på få timer er der dog sket en forskydning, eftersom der er etableret væsentlig flere fleksjob i den private sektor. Dette betyder, at fleksjobbernes arbejdsmarked fordelt på sektorer nu ligner det ordinære arbejdsmarked.
- Der er flere indikationer på, at fleksjobordningen er blevet mere rummelig efter reformen. Inden reformen var der tvivl om, om det ville være muligt at skabe fleksjob på få timer. Efter reformen er der i den nye fleksjobordning skabt et stort antal fleksjob på få timer.
 - I dag er der 25.000 fleksjob på under ti timer.
 - Den gennemsnitlige arbejdstid er faldet fra 13,0 til 11,7 timer for personer i den nye ordning.
- Med den nye tilskudsmodel har størstedelen af de fleksjobansatte et økonomisk incitament til at øge deres timetal.
 - Cirka 65-80 procent af borgerne i fleksjobordningen har en økonomisk tilskyndelse til at øge arbejdstiden. I gruppen af personer i fleksjob på under 15 timer vurderes det, at der for 9 ud af 10 er et incitament til at øge arbejdstiden.
 - På trods af at langt størstedelen af de fleksjobansatte har et økonomisk incitament til at øge deres timetal, beskriver både borgere og jobcentre dog, at de økonomiske incitamenter ikke er med til at drive ønsket om progression. Hvis de nuværende økonomiske incitamenter skal være mere drivende for progression, kan der være et potentiale i, at jobcentrene i højere grad italesætter, tydeliggør og synliggør de økonomiske gevinster for de fleksjobansatte.
- Endelig er både borgerne, virksomheder og jobcentre i høj grad tilfredse med de nye muligheder med fleksjob på få timer, og der er generelt en høj tilfredshed blandt borgerne i fleksjobordningen (88 procent er tilfredse med at have fået tilkendt fleksjob).

Evalueringen peger dog samtidig også på en række opmærksomhedspunkter i forhold til fleksjobordningen:

Potentiale ved øget fokus på progression

Det kan konstateres, at de fleksjobansatte kun i begrænset omfang har opnået progression i deres timetal; cirka 16 procent har øget timeantallet, siden de startede i deres fleksjob. Samtidig kan det konstateres, at:

- To tredjedele af virksomhederne vurderer, at jobcentrets støtte til virksomheden og opfølgning i forhold til borgeren enten slet ikke understøtter progression eller ikke er relevant.
- Kun 16 procent af borgerne vurderer, at jobcentret har fokus på deres muligheder for at øge arbejdstiden i forbindelse med den løbende opfølgning.
- Lidt under halvdelen af mødelederne fra de kommunale rehabiliteringsteam mener, at rehabiliteringsteamets behandling af fleksjob-sager fremmer progression i timetal/arbejdsintensitet.
- Cirka 10 procent af de fleksjobansatte tror, at de på enten kort eller lang sigt kommer til at øge deres arbejdstid.

På trods af det organisatorisk manglende fokus på progression ses det dog samtidig, at:

- En del borgere i fleksjob på få timer formår at opnå progression – både i arbejdstid, -evne og -opgaver.
- Virksomhederne vurderer, at mellem hver anden og hver tredje af deres fleksjobansatte har oplevet progression i form af udvikling af arbejdsopgaver og arbejdssevne.
- Næsten halvdelen af de fleksjobvisiterede vurderer, at de er blevet bedre til at håndtere deres helbredsudfordringer.
- Fire ud af 10 fleksjobansatte har positive forventninger til fremtiden på arbejdsmarkedet.

Samlet indikerer ovenstående således, at der kan være et uudnyttet potentiale i progression i timetal, hvis den rette organisatoriske understøttelse i højere grad etableres i den kommunale praksis.

De lovpligtige krav om opfølgning ligger sent

Det er en udfordring og uhensigtsmæssigt, at den lovpligtige opfølgning først ligger efter to et halvt år. Tre ud af fire kommuner vurderer, at den lovpligtige opfølgning efter to et halvt år i mindre grad eller slet ikke understøtter progression i forhold til at øge henholdsvis timetal eller arbejdsintensitet.

Midlertidighed i fleksjob kan potentielt skabe utryghed – ikke progression

Reglerne om varighedsbegrænsning af fleksjob (fem år) understøtter ikke umiddelbart progression, mener kommunerne. I stedet kan varighedsbegrænsningen, ifølge kommunerne og borgerne selv, give anledning til bekymring hos en del fleksjobansatte, i forhold til om de kan blive i fleksjobbet. 36 procent af borgerne oplyser, at de føler sig utrygge på grund af midlertidigheden i fleksjobbet.

Borgere på langvarig ledighedsydelse

Selvom de fleksjobvisiterede generelt bevæger sig hurtigere fra ledighedsydelse til fleksjob, er det en udfordring, at der er en gruppe borgere, der er langvarigt på ledighedsydelse, og som ikke er kommet ud på arbejdsmarkedet. I oktober 2017 var der cirka 3.237 personer på ledighedsydelse (ud af cirka 16.470 personer på ledighedsydelse) med en varighed i det aktuelle ledighedsydelsesforløb på over to år. 2.090 af disse personer er tilgået

fleksjobordningen inden reformen, mens 1.147 personer er tilgået ordningen efter reformen.

Samtidig er det en udfordring, at en del af disse borgere ikke modtager en aktiv indsats, som potentielt kunne få dem tættere på et fleksjob. Per 1. juni 2017 havde 29 procent, svarende til 1.876 borgere, af alle ledighedsydelsesmodtagere med mindst ét års anciennitet hverken modtaget en aktiv indsats eller mentorstøtte det seneste år.

Manglende jobrettet fokus i indsatsen for ledighedsydelsesmodtagere

Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt, at en stor del af de fleksjobvisiterede ikke oplever, at jobcentret understøtter dem i at komme fra ledighedsydelse og ud i et fleksjob. Under halvdelen af de adspurgte fleksjobvisiterede vurderer, at jobcentret bidrog med en klar plan for, hvordan de skulle komme i job. Ligeledes mener under halvdelen, at jobcentret hjalp dem med at komme i job.

6. Førtidspension

Det var et centralt formål med reformen, at flere får en tilknytning til arbejdsmarkedet og dermed adgang til at forsørge sig selv, og at færrest mulige ender på varig, passiv forsørgelse.

Det er en central intention med reformen, at ingen borgere opgives og tilkendes en livslang passiv offentlig forsørgelsesydelse, før der er gjort alt, hvad der er muligt, for at hjælpe borgeren tilbage på arbejdsmarkedet. Det blev derfor besluttet at begrænse adgangen til førtidspension. Det skete dels ved at indføre en aldersgrænse på 40 år for tilkendelse af førtidspension, dels ved at styrke den forebyggende indsats ved indførelse af ressourceforløb og målretning af fleksjobordningen.

For nogle borgere er det åbenlyst, at de aldrig vil kunne blive i stand til at indtræde på eller bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet – heller ikke i et fleksjob med omfattende skånehensyn. De borgere skal fortsat have førtidspension, uanset om de er over eller under 40 år, og de er undtaget fra reglerne om, at man skal have deltaget i et ressourceforløb, inden der kan tilkendes førtidspension.

Reformen medførte følgende ændringer i forhold til tilkendelse af førtidspension:

- Der blev indført en aldersgrænse på 40 år for tilkendelse af førtidspension.
- Borgere, for hvem det er åbenlyst, at de aldrig vil kunne blive i stand til at indtræde på eller bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet, skal fortsat have førtidspension, uanset om de er under eller over 40 år. De er undtaget fra reglerne om, at man skal have deltaget i et ressourceforløb, inden der kan tilkendes førtidspension.
- Det er som hovedregel en forudsætning for tilkendelse af førtidspension, at borgeren har deltaget i mindst ét ressourceforløb med henblik på at udvikle arbejdsevnen. Deltagelse i ressourceforløb skal sikre, at alle relevante muligheder for at udvikle arbejdsevnen har været forsøgt, inden der tilkendes førtidspension.

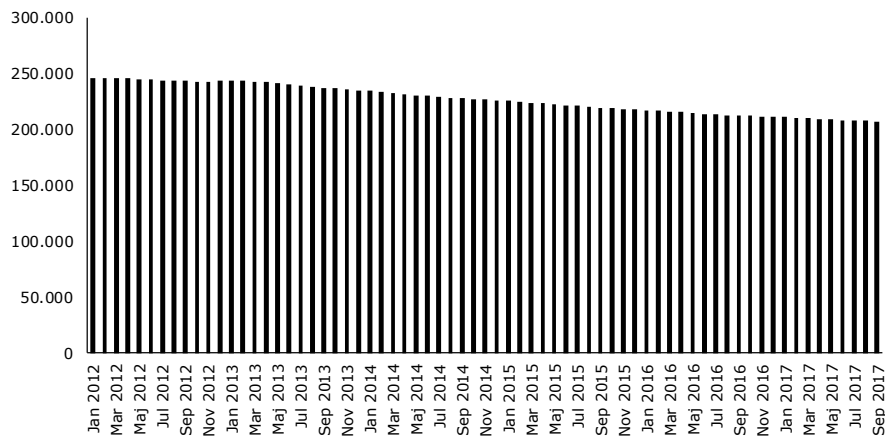
Før reformen var der en stigning i antallet af tilkendelser af førtidspension – især blandt unge og personer med psykiske helbredsudfordringer. Det var et særsigt med reformen, at færre tilkendes førtidspension på grund af psykiske helbredsudfordringer, fordi nogle mennesker med psykiske helbredsudfordringer på sigt bliver raske eller i stand til at mestre deres sygdom. Mange mennesker med psykiske helbredsudfordringer vil derfor med tiden være i stand til at finde job og fastholde fodfæste på arbejdsmarkedet.

6.1 Hvor mange modtager førtidspension?

Siden reformen trådte i kraft i 2013, er antallet af personer på førtidspension faldet. I september 2017 var der 207.000 fuldtidspersoner på førtidspension, jf. figur 60. I flere år forud for reformen har tallet ligget på et ni-

veau mellem 240.000-245.000 personer. Faldet i antallet af personer på førtidspension skal ses i lyset af indførelsen af ressourceforløb.

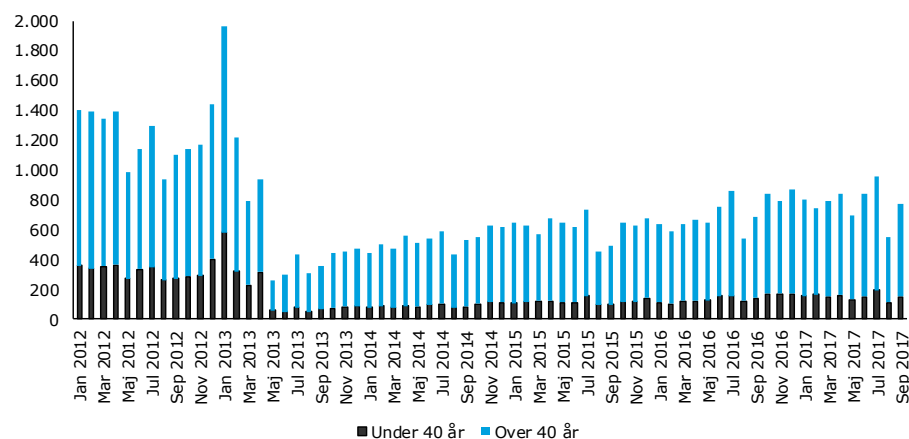
Figur 60. Bestanden på førtidspension, fuldtidspersoner, januar 2012-september 2017



Kilde: Supplerende opgørelser til brug for evalueringen af FØP/FLEKS, STAR (2018c).

Ser man på tilgangen til førtidspension sker der et markant fald ved reformens begyndelse. I tiden efter reformen er der sket en stigning i tilgangen i alle årene. I 2017 var den gennemsnitlige tilgang på omkring 800 personer per måned.

Figur 61. Tilgang til førtidspension fordelt på alder, januar 2012-september 2017

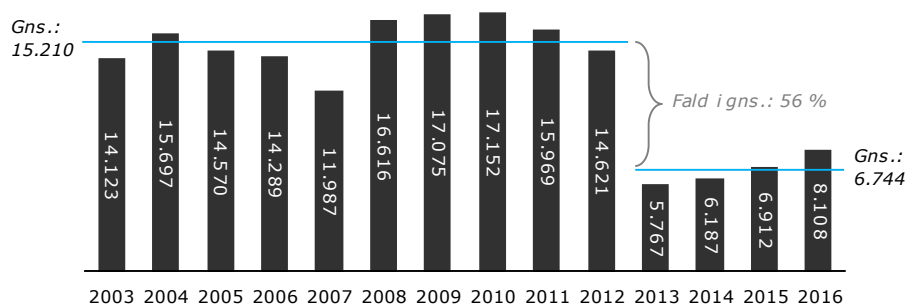


Kilde: Centrale figurer for reformen af førtidspension og fleksjob (november 2017), STAR (2017n).

I de første fire år efter reformen er der sket en halvering af det årlige antal tilkendelser af førtidspension. Det gennemsnitlige antal årlige tilkendelser lå før reformen på 15.210 tilkendelser i årene 2003-2012. Efter reformen har det gennemsnitlige antal årlige tilkendelser ligget på 6.744 i årene 2013-2016, jf. figur 62. Det svarer til en foreløbig reduktion på 56 procent.

Eftersom afgang fra ressourceforløb endnu ikke har nået et stabilt niveau, har tilkendelsesniveauet til førtidspension heller ikke fundet et stabilt leje endnu, og det må forventes, at tilgangen til førtidspension øges efterhånden som flere 4-5 årige ressourceforløb afsluttes.

Figur 62. Antal årlige tilkendelser af førtidspension



Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

I årene 2010-2012 ses et fald i det årlige antal tilkendelser. Denne udvikling kan skyldes, at der på daværende tidspunkt var stigende opmærksomhed på, at reformen fra 2000 ikke havde medført den ønskede nedgang i tilgangen til førtidspension, og at et stigende antal unge og psykiske syge blev tilkendt førtidspension (STAR, 2018b).

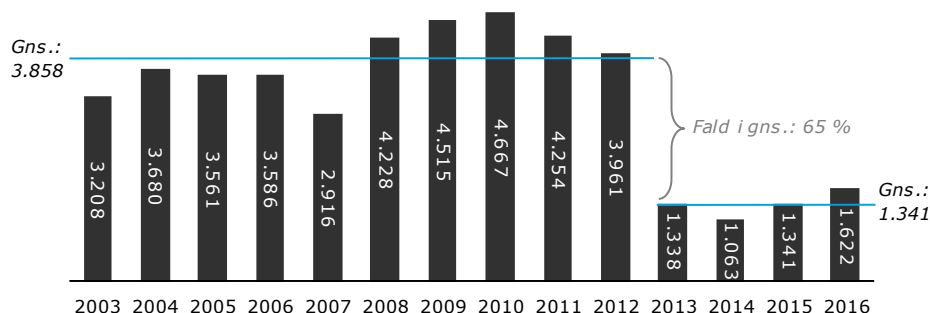
6.2 Hvem tilkendes førtidspension efter reformen?

Som tidligere nævnt var der i reformen et særligt politisk fokus på tilgangen af borgere under 40 år og borgere med psykiske helbredsudfordringer.

6.2.1 Tilkendelser af førtidspension til borgere under 40 år

Efter reformen er der for borgere under 40 år sket et relativt større fald i antallet af tilkendelser end blandt borgere over 40 år. Fra 2003 til 2012 blev der gennemsnitligt tilkendt 3.858 førtidspensioner til borgere under 40 år. Efter reformen er det årlige antal tilkendelser til gruppen faldet til et gennemsnit på 1.341. Det svarer til en reduktion på 65 procent, jf. figur 63. Faldet i antallet af borgere, der tilkender førtidspension skal ses i lyset af indførelsen af ressourceforløb, herunder at ressourceforløb som udgangspunkt har erstattet førtidspension for de under 40-årige.

Figur 63. Antal årlige tilkendelser af førtidspension til borgere under 40 år



Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Note: Det er ikke alle tilkendelser, hvor alder er registreret; tallene summerer derfor ikke med total antal tilkendelser i alt.

Faldet i den årlige tilkendelsesprocent på 65 procent blandt de under 40-årige er markant større end faldet blandt borgere over 40-år på 52 procent, jf.

Tabel 20.

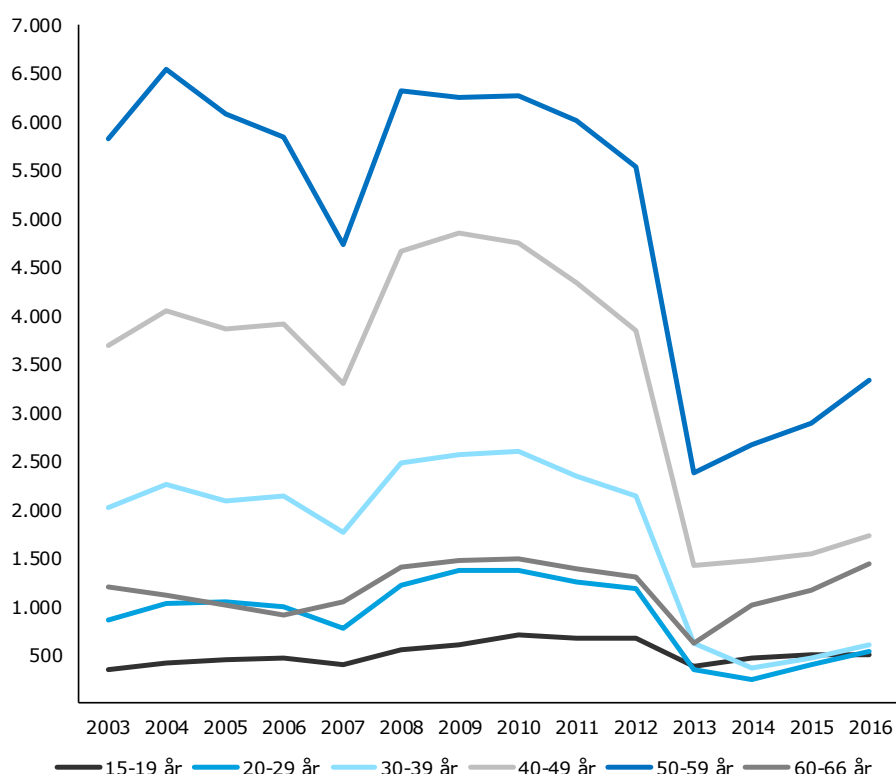
Tabel 20. De gennemsnitlige, årlige antal tilkendelser af førtidspension for borgere over og under 40 år før og efter reformen og udvikling i antal tilkendelser før og efter reformen i procent

	Før reformen 2003-2012		Efter reformen 2013-2016		Udvikling i antal til- kendelser før og efter reformen i procent
	Antal	Andel af samlet antal tilkendelser	Antal	Andel af samlet antal tilkendelser	
Under 40 år	3.858	25%	1.341	20%	-65%
Over 40 år	11.289	75%	5.397	80%	-52%
<i>I alt</i>	<i>15.147</i>	<i>100%</i>	<i>6.738</i>	<i>100%</i>	<i>-56%</i>

Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Faldet i antallet af tilkendelser til borgere over og under 40 år dækker over, at udviklingen er forskellig på tværs af alle aldersgrupper. Der er sket et fald indenfor alle aldersgrupper, men niveauet for de helt unge under 20 år og personer over 60 år er relativt stabilt før og efter reformen, jf. figur 64.

Figur 64. Antal årlige tilkendelser af førtidspension fordelt på alder



Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Af figuren fremgår det endvidere, at tilkendelsesniveauet fortsat er stigende for de fleste aldersgrupper. Dette indikerer, at tilkendelsesniveauet efter indførelsen af ressourceforløb endnu ikke har fundet sit leje.

Tabellen nedenfor viser det gennemsnitlige antal og andel tilkendelser i perioden før og efter reformen. Her fremgår det, at det største fald i andelen af tilkendte førtidspensioner er sket blandt de 20-40 årige og dernæst blandt de 40-60 årige, jf. Tabel 21.

Tabel 21. Gennemsnitligt antal tilkendelser af førtidspension, før og efter reformen, fordelt på aldersgrupper

	Før reformen 2003-2012		Efter reformen 2013-2016		Udvikling i procent
	Antal	Andel af samlet antal tilkendelser	Antal	Andel af samlet antal tilkendelser	
Under 20 år	520	3,4%	457	6,8%	-12,1%
20-29 år	1.104	7,3%	373	5,5%	-66,2%
30-39 år	2.234	14,7%	511	7,6%	-77,1%
40-49 år	4.123	27,2%	1.532	22,7%	-62,8%
50-59 år	5.939	39,2%	2.811	41,7%	-52,7%
Over 60 år	1.228	8,1%	1.054	15,6%	-14,1%
I alt	15.148	100%	6.738	100%	-55,5%

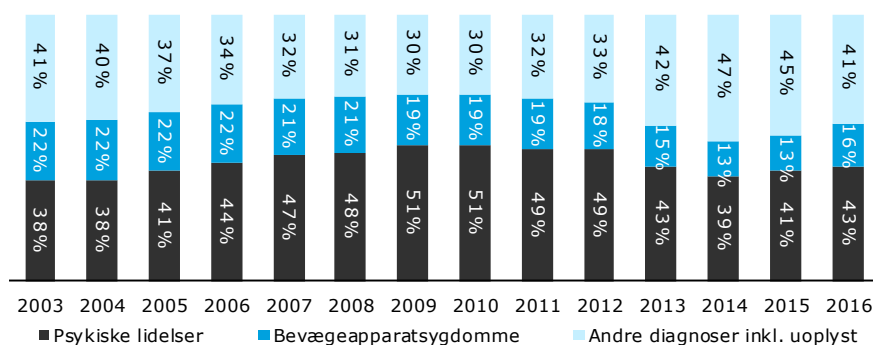
Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

6.2.2 Tilkendelser til førtidspension efter diagnoser

Førtidspension tilkendes ikke på baggrund af diagnoser, men på baggrund af en helhedsvurdering af personens samlede personlige og faglige ressourcer, kompetencer og udviklingsmuligheder. Diagnoser er dog et væsentligt element i forhold til helhedsvurderingen af, hvad der helbreds-mæssigt bidrager til at holde borgere fra arbejdsmarkedet.

Borgere med psykiske helbredsudfordringer udgør en mindre andel af dem, der tilkendes førtidspension efter reformen end før reformen. Figur 65 viser, at andelen af tilkendelser til borgere med psykiske helbredsudfordringer var den mest hyppige form for diagnose før reformen, og andelen lå på sit højeste i de seneste fem år op til reformen i 2013. I disse år svingede den mellem 48 og 51 procent. Efter reformen er andelen faldet, og den ligger nu mellem 39 og 43 procent.

Figur 65. Tilkendelse af førtidspension efter år og diagnosegrupper



Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Note: Det skal bemærkes, at personer, der tilkendes førtidspension, ofte har mere end én diagnose. Tallene her er baseret på den hoveddiagnose, der er registreret.

Før reformen blev en større andel under 40 år med psykiske helbredsudfordringer tilkendt førtidspension end efter reformen. Inden reformen lå andelen af personer under 40 år, der fik tilkendt førtidspension, med psykiske helbredsudfordringer på 38 procent. Efter reformen er andelen faldet til 31 procent, jf. Tabel 22.

Tabel 22. Gennemsnit af tilkendelser af førtidspension på grund af psykiske lidelser fordelt på alder

	Før reformen 2003-2012		Efter reformen 2013-2016		Udvikling i procent
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Under 40 år	2.655	38%	880	31%	-67%
Over 40 år	4.299	62%	1.939	69%	-55%
I alt	6.978	100%	2.819	100%	-60%

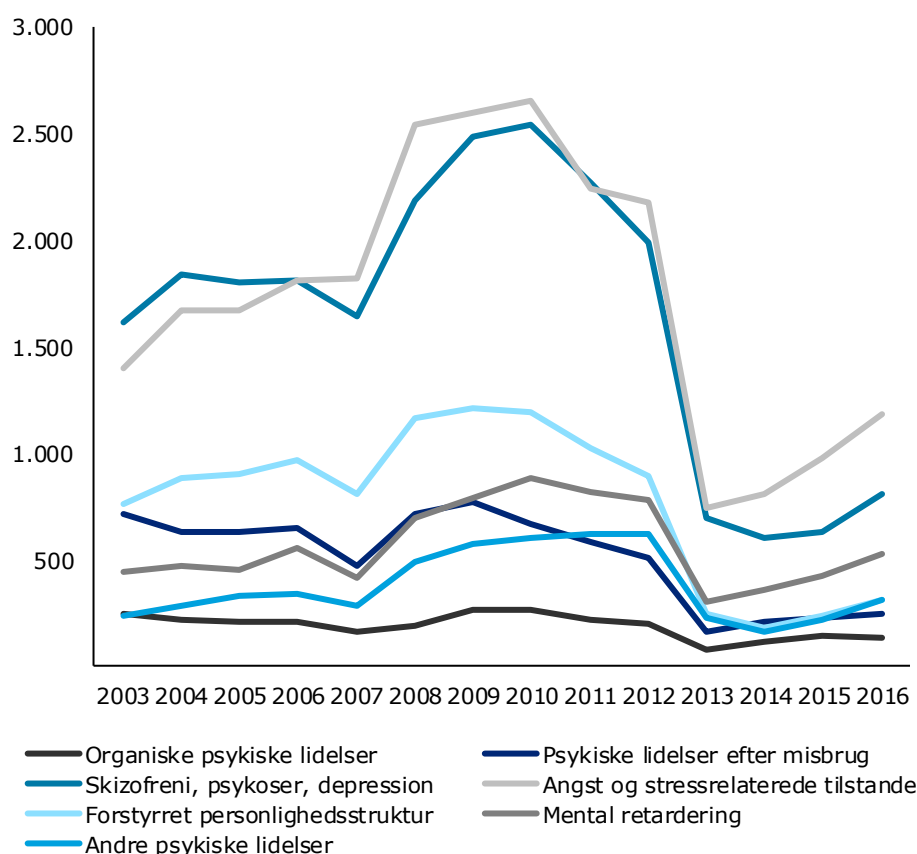
Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

I forbindelse med reformen er der sket en relativt større reduktion blandt unge med psykiske diagnoser, der tilkendes førtidspension. Det gennem-

snitlige antal tilkendelser til personer med psykiske helbredsudfordringer er faldet 55 procent for borgere over 40 år, mens det er faldet med 67 procent for borgere under 40 år. Reformen har altså ført til, at unge med psykiske helbredsudfordringer i mindre grad kommer på førtidspension.

Både før og efter reformen fylder borgere med angst eller stressrelaterede helbredsudfordringer mest i tilkendelsesstatistikken. *Figur 66* viser en oversigt over udviklingen i psykiske helbredsudfordringer for personer, der har fået tilkendt førtidspension.

Figur 66. Antal tilkendelser af førtidspension indenfor grupper af psykiske lidelser, 2003-2016

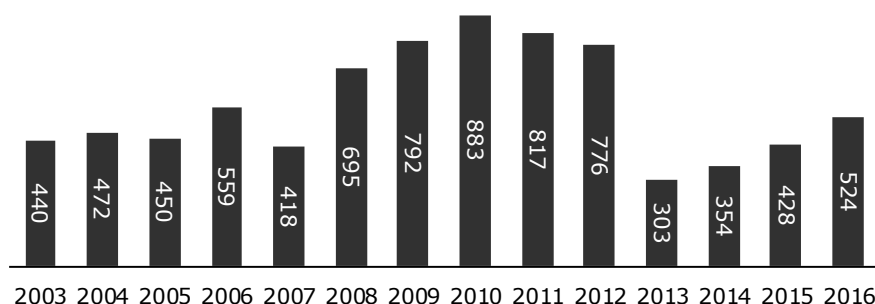


Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Mental retardering er efter reformen den hyppigst forekommende diagnose blandt de 20-29-årige, der tilkendes førtidspension. Før reformen var den hyppigste diagnosegruppe skizofreni, psykose og depression. Efter reformen er mental retardering også den hyppigste diagnose blandt de 18-19-årige, og niveauet i 2016 svarer til niveauet inden reformen.

Selvom antallet af tilkendte førtidspensioner blandt de 18-19-årige med mental retardering ikke har ændret sig i forbindelse med reformen, så viser en opgørelse for alle aldersgrupper med denne diagnose, at niveauet generelt er faldet, jf. *figur 67*. De seneste to år har tilkendelsesniveauet ligget på samme niveau som årene fra 2003-2007.

Figur 67. Tilkendelser af førtidspension til mentalt retarderede (udviklingshæmmede)



Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Note: Udviklingshæmmede dækker over den lægelige betegnelse for alle grader af mental retardering.

6.3 Arbejdsmarkedet for førtidspensionister

Førtidspensionister har mulighed for at arbejde i et vist omfang, samtidig med at de modtager førtidspension.

Andelen af førtidspensionister med en arbejdsindkomst er faldet i forbindelse med de seneste to reformer i henholdsvis 2003 og 2013. I 2016 havde cirka 10 procent af borgere på førtidspension før 2003 en arbejdsindkomst. Blandt borgere, der blev tilkendt førtidspension i perioden 2003-2012, havde cirka syv procent en arbejdsindkomst, mens dette tal er faldet til cirka fem procent for borgere, der er tilkendt førtidspension efter den seneste reform i 2013.

Derudover viser evalueringen, at der fortsat er borgere, der er tilkendt førtidspension efter den seneste reform, der både kan og vil bidrage på arbejdsmarkedet på trods af en væsentlig og varig nedsat arbejdsevne. Omkring fem procent af de borgere, der har fået tilkendt førtidspension, efter reformen trådte i kraft, har en arbejdsindkomst i 2016, jf. tabel 23.

Tabel 23. Andel førtidspensionister med en arbejdsindkomst i 2016 fordelt på tilkendelsestidspunkt og alder

	Før 2003	2003-2012	2013 og frem
Under 29 år	-	18,2%	11,2%
Mellem 30-39 år	19,0%	9,9%	6,6%
Over 40 år	9,0%	5,0%	3,7%
I alt	9,7%	6,6%	4,9%

Kilde: Førtidspensionisternes arbejde og alder, STAR (2017k).

6.4 Tilkendelser uden ressourceforløb eller forelæggelse for rehabiliteringsteamet

Det er fortsat muligt at blive tilkendt førtidspension uden forudgående ressourceforløb eller uden forelæggelse for rehabiliteringsteamet.

6.4.1 Tilkendelse uden forudgående ressourceforløb

Med reformen skal borgere som udgangspunkt have deltaget i et ressourceforløb, inden de kan tilkendes førtidspension. En del af de borgere, der efter reformen tilkendes førtidspension, vil således komme fra ressourceforløb.

Efter reformen kommer de fleste borgere, der tilkendes førtidspension, dog fortsat på førtidspension uden forudgående deltagelse i ressourceforløb. I 2016 havde 80 procent af de borgere, der blev tilkendt førtidspension, ikke deltaget i et forudgående ressourceforløb, jf. *tabel 24*.

Tabel 24. Andelen af tilkendte førtidspensioner efter deltagelse i ressourceforløb, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Under 40 år	0,5%	2,0%	7,2%	13,9%
Over 40 år	1,2%	6,5%	12,5%	20,9%
I alt	2,0%	5,8%	11,5%	19,5%

Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Tabellen viser en tendens til, at en stigende andel borgere deltager i ressourceforløb, inden de tilkendes førtidspension. Udviklingen kan skyldes, at ressourceforløb har været under implementering og varer fra et til fem år, hvorfor der naturligt har været en mindre andel med forudgående ressourceforløb de første år af reformens levetid (STAR, 2018b).

6.4.2 Tilkendelse uden forelæggelse for rehabiliteringsteamet

I juni 2016 blev der vedtaget to muligheder for at undtage en sag for behandling i rehabiliteringsteamet inden tilkendelse af førtidspension. Undtagelsesmulighederne skal skabe en lettere sagsgang i de sager, hvor der helt åbenlyst ikke er en mulighed for at udvikle arbejdsevnen:

- Det drejer sig for det første om sager, hvor den lægelige dokumentation entydigt og uden yderligere dokumentation godtgør, at borgeren opfylder betingelserne for førtidspension.
- For det andet gælder det de såkaldte ansøgningssager på foreliggende grundlag, hvor kommunen vurderer, at det er utvivlsomt, at borgeren opfylder betingelserne.

Antallet af tilkendelser, hvor sagen ikke er forelagt rehabiliteringsteamet, er steget gradvist, siden ordningen trådte i kraft i juni 2016. I de første to kvartaler af 2017 udgjorde undtagelserne 16 procent af det samlede antal tilkendelser.

Tabel 25. Tilkendelse af førtidspension uden forelæggelse for rehabiliteringsteamet

	2Q 2016	3Q 2016	4Q 2016	1Q 2017	2Q 2017
Alle tilkendelser	2.134	1.904	2.279	2.069	1.819
– heraf uden forelæggelse for rehabiliteringsteamet	32	165	256	323	287
– heraf terminalsager uden forelæggelse for rehabiliteringsteamet	16	46	47	50	53
Andel tilkendelser uden forelæggelse for teamet ud af alle tilkendelser	2%	9%	11%	16%	16%

Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Efter de ovennævnte justeringer af lovgivningen trådte i kraft 1. juni 2016, har kommunerne ligeledes i stigende grad benyttet sig af muligheden for at give afslag på ansøgninger om førtidspension, uden at sagen forinden har været forelagt rehabiliteringsteamet. Fra andet kvartal 2016 til andet kvartal 2017 er andelen af afslag uden forelæggelse for rehabiliteringsteamet steget fra 3 procent til 51 procent, jf. tabel 26.

Tabel 26. Opgørelse over afslag på ansøgning om førtidspension uden forelæggelse for rehabiliteringsteamet (ansøgninger på foreliggende grundlag)

	2Q 2016	3Q 2016	4Q 2016	1Q 2017	2Q 2017
Alle afslag på ansøgning om førtidspension	283	220	299	227	173
– heraf afslag uden forelæggelse for teamet	7	28	98	102	89
Afslag uden forelæggelse i procent af alle afslag på ansøgning	3%	13%	33%	45%	51%

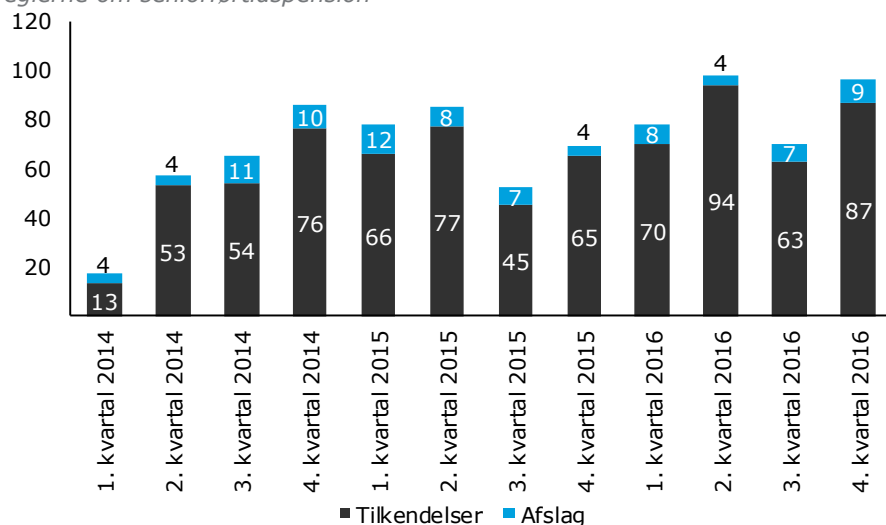
Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

6.5 Seniorførtidspension

Muligheden for at få tilkendt førtidspension efter reglerne om seniorførtidspension blev vedtaget i 2011, men trådte først i kraft 1. januar 2014. Seniorførtidspension giver personer med en langvarig og aktuel tilknytning til arbejdsmarkedet mulighed for at søge førtidspension, hvis de højst har fem år til folkepensionsalderen. Borgere, der er i målgruppen for at søge om førtidspension efter reglerne om seniorførtidspension, er undtaget fra kravet om, at alle relevante muligheder for at udvikle arbejdsevnen skal være forsøgt. Desuden tillægges de helbredsmæssige oplysninger i sagen stor betydning. Det er dog fortsat en betingelse, at arbejdsevnen er væsentligt og varigt nedsat i samme omfang som for øvrige førtidspensionister.

Nedenstående figur viser udviklingen i antallet af tilkendelser og afslag på seniorførtidspension, siden ordningen trådte i kraft.

Figur 68. Antal tilkendelser og afslag på ansøgninger om førtidspension efter reglerne om seniorførtidspension



Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Som det fremgår af figuren, får cirka 9 ud af 10 borgere, der ansøger om førtidspension efter reglerne om seniorførtidspension, tilkendt førtidspension.

Siden muligheden for seniorførtidspension blev indført, har der været en årlig stigning på 60 procent i tilgangen til førtidspension efter reglerne om seniorførtidspension fra 2014 til 2016. Andelen af tilkendelser efter reglerne om seniorførtidspension ud af alle tilkendelser til personer over 60 år har ligget nogenlunde stabilt i perioden efter reglernes ikrafttræden, jf. tabel 27.

Tabel 27. Antal årlige tilkendelser af førtidspension til +60-årige, efter reglerne om seniorførtidspension

	2014	2015	2016
Tilkendelser i alt til +60-årige	1.000	1.164	1.441
– heraf tilkendelser efter ansøgning om seniorførtidspension	196	253	314
– seniorførtidspension i procent af alle tilkendelser til +60-årige	20%	22%	22%

Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

6.6 Kommunal variation i tilkendelser til førtidspension

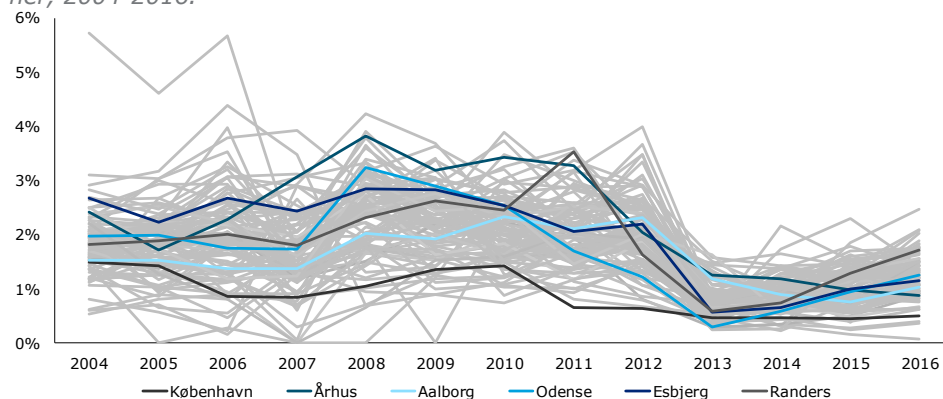
Der er foretaget en analyse, der belyser de enkelte kommuners tilkendelsesniveau med henblik på at undersøge, hvor stor forskellen er i tilkendelsesniveauerne på tværs af kommunerne, og hvilke årsager der kan være til disse forskelle.

6.6.1 Fortsat kommunal variation efter reformen, men i mindre skala

Der er efter reformen fortsat forskel på, hvor mange førtidspensioner de enkelte kommuner tilkender. Det er naturligt, at der med 98 kommuner

eksisterer en vis variation i tilkendelser af førtidspension, men efter reformen er denne forskellen reduceret, jf. figur 69.

Figur 69. Udviklingen i procent i andel tilkendelser af førtidspension ud af fuldtidspersoner, der modtager en offentlig ydelse, fordelt på alle landets kommuner, 2004-2016.



Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Figuren viser udviklingen i andelen af tilkendelser af førtidspension af borgere, der modtager offentlig ydelse¹¹ på tværs af alle landets kommuner. I figuren er landets seks største kommuner markeret med farver, mens resten fremgår bagved i grå farve.

Udviklingen i de seks største kommuner er fremhævet, da disse tilsammen har størstedelen af alle førtidspensionister. Når man ser på landets seks største kommuner, viser figur 69, at de fordeler sig på tværs af den udvikling, der er i resten af landets kommuner.

Tilkendelsesandelen er opgjort for årene 2014-16, og resultatet for alle kommuner kan ses i figur 70. I figuren er kommunerne inddelt i tre grupper, alt efter om deres tilkendelsesandel ligger i den øvre, midterste eller nedre tredjedel (denne inddeling er markeret med farverne i figur 70). På den baggrund kan de tre gruppers gennemsnit sammenlignes, hvilket giver et overordnet billede af den kommunale variation.

Sammenligningen viser, at kommunerne i den øvre tredjedel i gennemsnit har en tilkendelsesandel på 1,4 procent. Kommunerne i den nedre tredjedel ligger på 0,7 procent. Den øvre tredjedel af kommunerne har således en dobbelt så stor andel, der tilkendes førtidspension, som den nedre tredjedel.

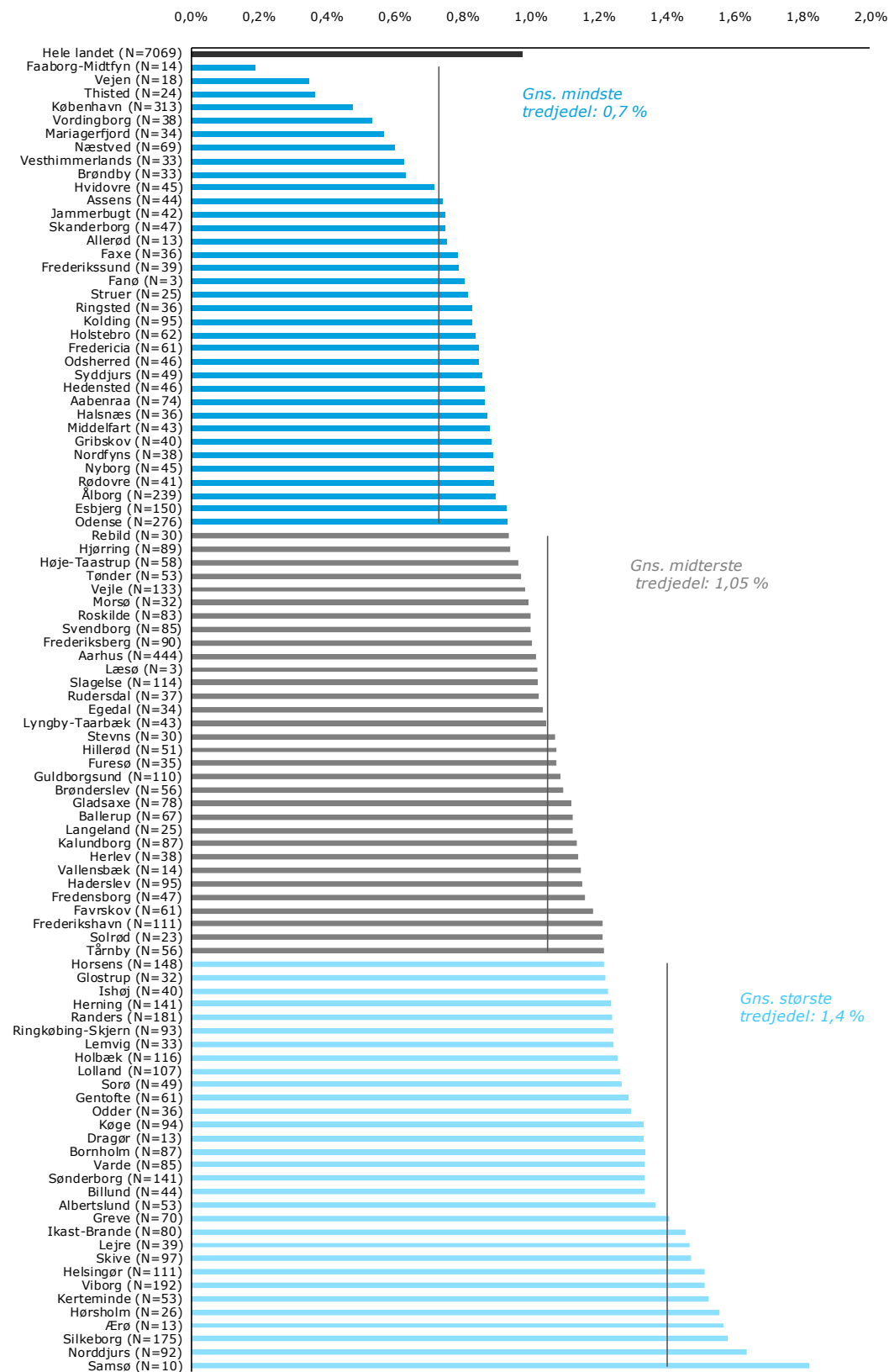
Hvad er tilkendelsesandelen?

Antallet af borgere, deres aldersfordeling uddannelsesniveau, herkomst mv. er forskellig i de enkelte kommuner, og man kan derfor ikke bare se på antallet af tilkendelser i den enkelte kommune. I denne analyse har man derfor valgt at sammenligne, hvor stor en andel af det samlede antal ydelsesmodtagere der i en given periode er tilkendt førtidspension. Dette kaldes **tilkendelsesandelen**.

Tilkendelsesandelen beregnes som antallet af tilkendelser af førtidspension delt med det samlede antal ydelsesmodtagere (opgjort som fuldtidspersoner).

¹¹ Offentlige ydelser er A-dagpenge, kontantydelse, arbejdsmarkedsydelse, særlig uddannelsesydelse, kontanthjælp, uddannelseshjælp, revalidering, forrevalidering, integrationsydelse, sygedagpenge, jobafklaringsforløb, ressourceforløb, ledighedsydelse, fleksjob, førtidspension og efterløn.

Figur 70. Andel af alle ydelsesmodtagere opgjort i fuldtidspersoner, der er tilkendt førtidspension fordelt på kommuner, 2014-2016



Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Opgjort for borgere under 40 år er forskellen i tilkendelsesprocent 0,6 procentpoint på tværs af de tre grupper kommuner. Opgjort for borgere over 40 år er forskellen i tilkendelsesprocent 2,3 procentpoint. Cirka 70 procent af alle tilkendelser af førtidspension i 2014-16 var til borgere over 40 år.

Tabel 28. Gennemsnitlig tilkendelsesandel for kommuner, der har den henholdsvis laveste, midterste og højeste tilkendelsesandel fordelt på aldersgrupper

	Nedre tredjedel	Midterste tredjedel	Øvre tredjedel	Forskel på øvre og nedre
Alle aldersgrupper	0,7%	1,1%	1,4%	0,7
Under 40 år	0,4%	0,7%	1,0%	0,6
Over 40 år	2,5%	3,6%	4,8%	2,3

Kilde: Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013, STAR (2018b).

Der kan være flere forklaringer på forskellene på de kommunale tilkendelsesniveauer, og man har derfor undersøgt, om årsagerne til kommunal variation kan findes i en eller flere af seks centrale hypoteser. Ingen af de seks hypoteser har imidlertid kunnet forklare den kommunale variation. Det bør noteres, at de seks hypoteser er testet hver for sig og dermed ikke i sammenhæng. Derudover kan der være andre forhold, der kan have indflydelse på den kommunale variation.

De seks hypoteser angår følgende forhold:

1. Er kommunernes rammevilkår årsag til den kommunale variation?
Rationalet bag denne hypotese er, at der er forskel på kommunernes tilkendelsesniveau, fordi kommunerne har forskellige arbejdsmarkeder, erhvervsstrukturer og befolkningssammensætninger.
2. Er forskelle i adgang til sundhedsvæsenet årsag til den kommunale variation?
Rationalet bag denne hypotese er, at der er forskel på kommunernes tilkendelsesniveau, fordi der for eksempel er forskel på adgang til speciallæger og ventetider på behandlinger.
3. Er variationen i brug af ressourceforløb og fleksjob årsag til den kommunale variation?
Rationalet bag denne hypotese er, at der er forskel på kommunernes tilkendelsesniveau, fordi de kommuner, der eksempelvis tilkender færre førtidspensioner, i stedet bruger ressourceforløb og fleksjob.
4. Er sammenhængen med andelen af offentligt forsørgede over og under 40 år årsag til den kommunale variation?
Rationalet bag denne hypotese er, at der er forskel på kommunernes tilkendelsesniveau, at nogle kommuner har en større andel af offentligt forsørgede over 40 år, og at de er i større risiko for førtidspension.
5. Er sammenhængen med andelen af førtidspensionister årsag til den kommunale variation?
Rationalet bag denne hypotese er, at der er forskel på kommunernes tilkendelsesniveau, fordi nogle kommuner allerede har en stor bestand af personer på førtidspension, og derfor er der ikke så mange tilbage i målgruppen for førtidspension.

6. Er sammenhængen med andel af aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere årsag til den kommunale variation?

Rationalet bag denne hypotese er, at der er forskel på kommunernes tilkendelsesniveau, fordi nogle kommuner har flere aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere og dermed en større gruppe, der er i målgruppen for førtidspension.

Ovenstående hypoteser om årsager til kommunal variation er undersøgt med statistiske data, og resultatet er, at ingen af hypoteserne ser ud til at kunne forklare variationerne i kommunernes tilkendelsesandel af førtidspension. Det tyder derfor på, at forklaringen skal findes i kommunal praksis – det kan fx være organisatoriske og ledelsesmæssige forskelle i kommunal praksis. Der kan dog også være andre forklaringer, som heller ikke er undersøgt i analysen ovenfor.

6.7 Konklusioner og opmærksomhedspunkter

Evalueringen af førtidspensionsområdet giver anledning til følgende konklusioner:

- I dag er der cirka 207.000 fuldtidspersoner, der er på førtidspension.
- Siden reformen er tilkendelsesniveauet til førtidspension godt og vel halveret. Således er det gennemsnitlige årlige tilkendelsesniveau faldet med 56 procent efter reformen. Dette fald skal ses i lyset af indførelsen af ressourceforløb.
- Reformen har især fokus på, at unge og personer med psykiske helbredsudfordringer ikke skal være på varig passiv forsørgelse, hvis det kan undgås. Efter reformen er det gennemsnitlige antal årlige tilkendelser faldet med 65 procent for borgere under 40 år, hvilket er højere end for populationen generelt. Generelt er andelen af borgere, der tilkendes førtidspension på baggrund af psykiske helbredsudfordringer, ligeledes faldet i forbindelse med reformen.
- Antallet af tilkendelser til de helt unge og personer over 60 år er påvirket relativt mindst af reformens generelle fald i tilkendelser.

Evalueringen peger dog samtidig også på følgende opmærksomhedspunkt i forhold til førtidspensionsområdet:

Fortsat opmærksomhed på kommunal variation

Efter reformen er der fortsat kommunal variation i tilkendelserne af førtidspension på tværs af kommunerne, men denne variation er på et lavere niveau efter reformen. Den gennemsnitlige tilkendelsesandel er på 1,4 procent i de kommuner, der har den største tilkendelsesprocent. Den gennemsnitlige tilkendelsesprocent er 0,7 procent for den tredjedel af kommunerne, der har den laveste tilkendelsesprocent. Selvom det er naturligt med en vis kommunal variation i tilkendelsesandelen er det væsentligt at være opmærksom på om variationen har for stort et omfang.

Del 3

Implementering af
reformens hoved-
elementer

7. Rehabiliteringsteam

En central del af reformen af førtidspension og fleksjob var, at der skulle etableres rehabiliteringsteam i alle kommuner.

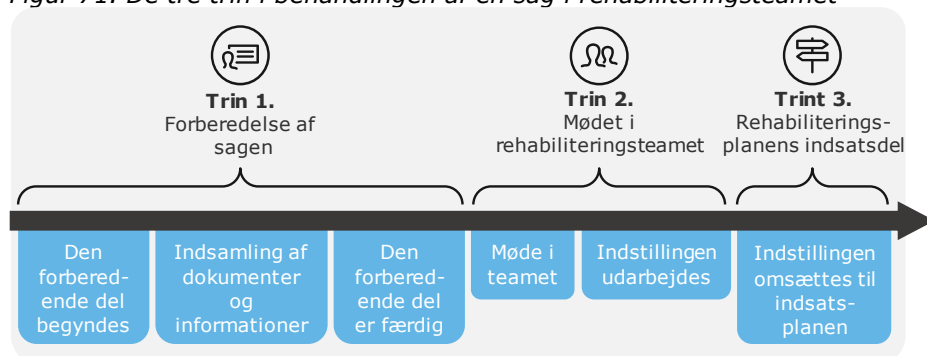
Intentionen bag rehabiliteringsteamet er at sikre, at de mest udsatte borgere, der er i risiko for at ende på varig passiv forsørgelse, får en afklaring af deres sag med parallel hensyntagen til beskæftigelsesmæssige, sociale og sundhedsmæssige ressourcer og udfordringer. Rehabiliteringsteamet skal så vidt muligt bidrage til at hjælpe borgeren tættere på arbejdsmarkedet.

Aftalen om reformen af førtidspension og fleksjob indeholder følgende elementer vedrørende rehabiliteringsteamet:

- Der skal etableres rehabiliteringsteam med en tværfaglig sammensætning i alle kommuner.
- Rehabiliteringsteamet skal behandle alle sager, inden der træffes afgørelse om ressourceforløb, fleksjob eller førtidspension.
- På mødet i rehabiliteringsteamet skal borgeren og eventuelt også pårørende og bisidder inddrages, så det sikres, at borgeren sættes i centrum og får ejerskab af sin egen sag.
- Inden mødet i rehabiliteringsteamet skal sagsbehandleren sammen med borgeren udarbejde rehabiliteringsplanens forberedende del.
- Rehabiliteringsteamet skal afgive en indstilling til kommunen om, om borgeren skal have ressourceforløb, førtidspension eller fleksjob mv. 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.
- Rehabiliteringsteamets indstilling udgør grundlaget for, at den koordinerende sagsbehandler sammen med borgeren udarbejder rehabiliteringsplanens indsatsdel for borgere i ressourceforløb.

Processen vedrørende rehabiliteringsteamet kan opdeles i tre trin: forberedelse af sagen, selve mødet i rehabiliteringsteamet og teamets indstilling til ordning samt rehabiliteringsplanens indsatsdel.

Figur 71. De tre trin i behandlingen af en sag i rehabiliteringsteamet



Når kommunen har taget stilling til, at en sag skal behandles af rehabiliteringsteamet, skal kommunen igangsætte arbejdet med rehabiliteringsplanens forberedende del. Sagsbehandleren udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del sammen med borgeren og sikrer, at sagen er tilstrækkelig oplyst. Herefter fremsendes sagen til rehabiliteringsteamet.

På mødet i rehabiliteringsteamet træffes der beslutning om, hvilken ordning borgeren indstilles til. For borgere, der indstilles til ressourceforløb, indstiller rehabiliteringsteamet endvidere til den relevante indsats, med henblik på at borgeren opnår fodfæste på arbejdsmarkedet.

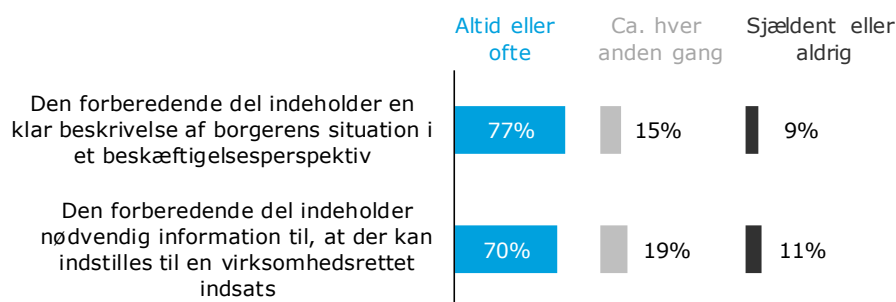
På baggrund af indstillingen træffer kommunen efterfølgende afgørelse i borgerens sag. For borgere, der tilkendes et ressourceforløb, udarbejder den koordinerende sagsbehandler sammen med borgeren, og med udgangspunkt i indstillingen, rehabiliteringsplanens indsatsdel.

Som det fremgår af det følgende, viser evalueringen, at arbejdet i rehabiliteringsteamene er kommet rigtig godt i gang. Alle kommuner har fået etableret og organiseret rehabiliteringsteam. Processen vedrørende forberedelsen af sagen er generelt velfungerende, og der er tilfredshed blandt borgerne med processen.

7.1 Trin 1. Forberedelse af sagen

3 ud af 4 af rehabiliteringsteamets kommunale medlemmer vurderer, at rehabiliteringsplanens forberedende del altid eller ofte indeholder en klar beskrivelse af borgerens situation i forhold til at komme i arbejde eller uddannelse. 70 procent af teamets medlemmer vurderer, at rehabiliteringsplanens forberedende del altid eller ofte udgør et tilstrækkeligt grundlag for, at teamet kan komme med en indstilling til en virksomhedsrettet indsats, jf. figur 72.

Figur 72. Rehabiliteringsteamets kommunale medlemmers vurdering af kvaliteten af rehabiliteringsplanens forberedende del

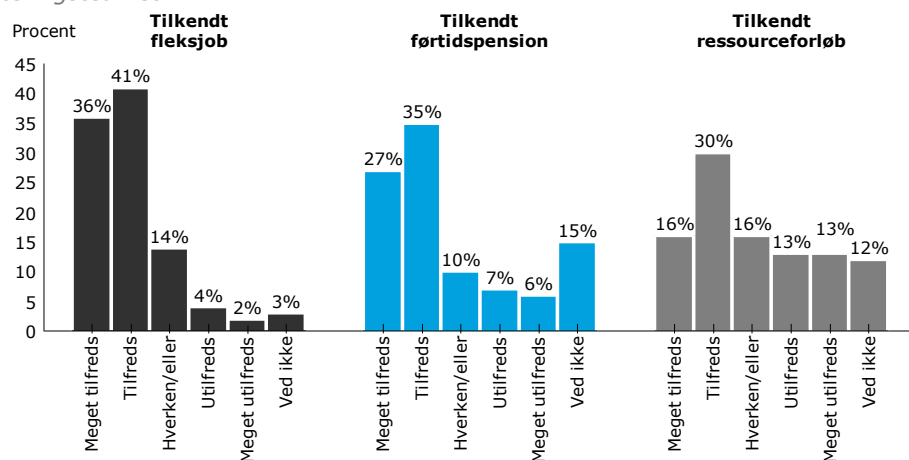


Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 703 kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet.

Den landsdækkende brugerundersøgelse viser, at borgerne generelt er tilfredse med forberedelsen af deres sag forud for mødet i rehabiliteringsteamet, jf. figur 73. 77 procent af de borgere, der er tilkendt fleksjob, er tilfredse eller meget tilfredse. Det samme gør sig gældende for 62 procent af de borgere, der er tilkendt førtidspension. Blandt borgere, der er tilkendt ressourceforløb, er tilfredsheden lidt lavere, idet 46 procent er tilfredse eller meget tilfredse, mens 26 procent er utilfredse eller meget utilfredse.

Figur 73. Hvor tilfreds var du samlet set med forberedelsen til mødet i rehabiliteringsteamet?



Kilde: Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob (Mploy og Kantar Gallup, 2017).

Note: n = 269 for fleksjob (netop påbegyndt), n = 1.571 for førtidspension og n = 2.769 for ressourceforløb (netop påbegyndt).

Note: Ved ikke omfatter ved ikke, husker ikke og ønsker ikke at svare.

Udover den generelle tilfredshed med forberedelsen af sagen til rehabiliteringsteamet hos både borgerne og rehabiliteringsteamets medlemmer peger evalueringen på tre udfordringer:

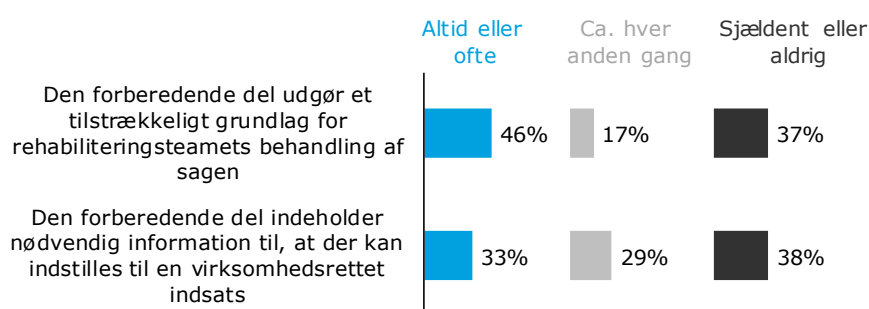
1. Sundhedskoordinatorernes oplevelse af kvaliteten af rehabiliteringsplanens forberedende del
2. Manglende understøttelse af dokumentationsindhentning
3. Ventetiden mellem færdiggørelse af sagens forberedelse til behandling på mødet i rehabiliteringsteamet.

7.1.1 Sundhedskoordinatorernes vurdering af forberedelsen

Sundhedskoordinatorerne vurderer generelt kvaliteten af rehabiliteringsplanens forberedende del lavere end de kommunale medlemmer af rehabiliteringsteamet. Som vi så ovenfor, vurderer mere end 7 ud af 10 af de kommunale medlemmer, at rehabiliteringsplanens forberedende del udgør et tilstrækkeligt grundlag for behandling af sagen. Blandt sundhedskoordinatorerne er det derimod knap halvdelen, der vurderer, at rehabiliteringsplanens forberedende del altid eller ofte udgør et tilstrækkeligt grundlag for teamets behandling af sagen. 37 procent vurderer, at dette sjældent eller aldrig er tilfældet, jf.

figur 74.

Figur 74. Sundhedskoordinatorernes vurdering af kvaliteten af rehabiliteringsplanens forberedende del



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 92.

Ifølge sundhedskoordinatorerne skyldes den lavere vurdering af rehabiliteringsplanens forberedende del, at:

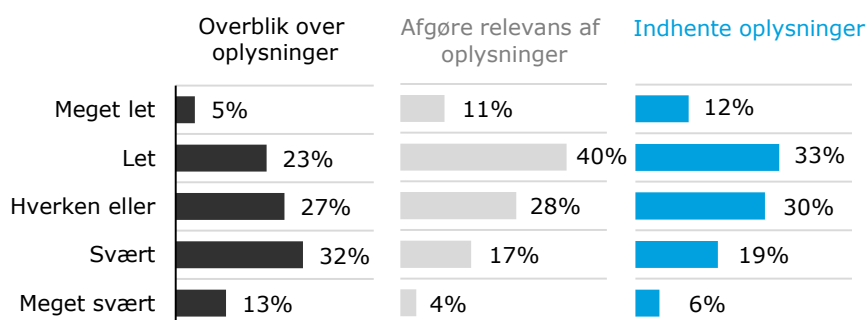
- Rehabiliteringsplanens forberedende del ikke indeholder en præcis socialfaglig opsamling, hvor det fremgår, hvad der har været forsøgt afprøvet eller udviklet i tidligere indsatser, som borgeren har deltaget i, og hvilke konklusioner der kan drages som følge heraf i forhold til borgerens funktionsniveau og arbejdssevne.
- Rehabiliteringsplanens forberedende del ikke indeholder en tilstrækkelig uddybende beskrivelse af borgerens funktionsevne.
- Rehabiliteringsplanens forberedende del, inklusive bilag, har for stort et omfang, så sundhedskoordinatoren mister overblikket over sagen. I den forbindelse viser evalueringen, at rehabiliteringsplanens forberedende del, inklusive bilag, i gennemsnit er på 59 sider, og at rehabiliteringsplanens forberedende del er på over 70 sider i 24 procent af sagerne.

7.1.2 Dokumentation

Kvaliteten af rehabiliteringsplanernes forberedende del afhænger af, at sagsbehandlerne nemt kan indhente og anvende de relevante oplysninger eller data, der måtte være om borgerne i andre forvaltninger.

Næsten halvdelen af sagsbehandlerne (45 procent) oplever, at det er svært at skabe sig et overblik over, hvilke oplysninger der findes om borgerne i kommunens øvrige forvaltninger, jf. figur 75.

Figur 75. Fordeling af, hvordan sagsbehandlerne vurderer sværhedsgraden i forbindelse med 1) at skabe overblik over oplysninger i andre forvaltninger, 2) afgøre relevansen af oplysningerne og 3) indhente oplysninger fra andre forvaltninger



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 952.

På tværs af evalueringen peges der på, at manglende systemunderstøttelse og forskellig registreringspraksis på tværs af forvaltninger vanskeliggør indhentning og anvendelse af informationer om borgerne i forbindelse med forberedelsen af sager. Dette er yderligere beskrevet i kapitel 9.

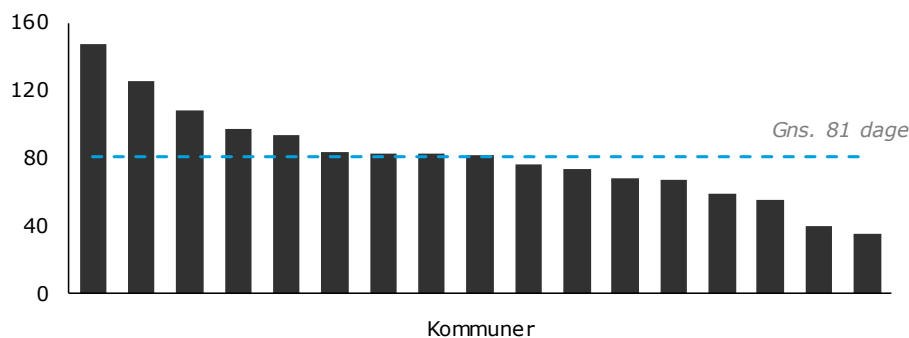
Evalueringen viser, at da der er udfordringer med indhentning og udveksling af informationer, så foregår informationsdeling ofte ved, at borgeren selv formidler informationer imellem forvaltningerne, hvorefter sagsbehandleren (med samtykke fra borgeren) kan kontakte de relevante forvaltninger.

Da der er tale om borgere, der ofte er kognitivt udfordrede, kan det være vanskeligt for borgeren at tilvejebringe dækkende information om egen sag, og det kan være en stor udfordring for borgeren af varetage rollen som informant i egen sag.

7.1.3 Ventetid

Når rehabiliteringsplanens forberedende del er færdig, fremsendes den til rehabiliteringsteamet. Borgeren underskriver den færdigforberedte plan. En sagsgennemgang med 17 kommuner viser, at der i gennemsnit går knap tre måneder (81 dage), fra borgeren underskriver den forberedende plan, til borgerens sag behandles på mødet i rehabiliteringsteamet. Der er betydelig variation på tværs af kommunerne: fra 36 dage i gennemsnit til 147 dage i gennemsnit (Deloitte, 2018).

Figur 76. Fordeling af, hvor lang tid der går fra borgerens underskrivning af forberedelsesskemaet til behandling af sagen på mødet i rehabiliteringsteamet fordelt på kommuner



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 286 sager, der har været behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet i 17 kommuner i perioden 1. kvartal 2016 til 1. kvartal 2017.

Således peger evalueringen på, at der i nogle kommuner er etableret en effektiv proces for afholdelse af mødet i rehabiliteringsteamet, efter rehabiliteringsplanens forberedende del er afsluttet. Figur 76 viser, at de kommuner, hvor der går kortest tid, bruger mellem 1 og 1½ måned imellem forberedelsens afslutning og mødet i rehabiliteringsteamet.

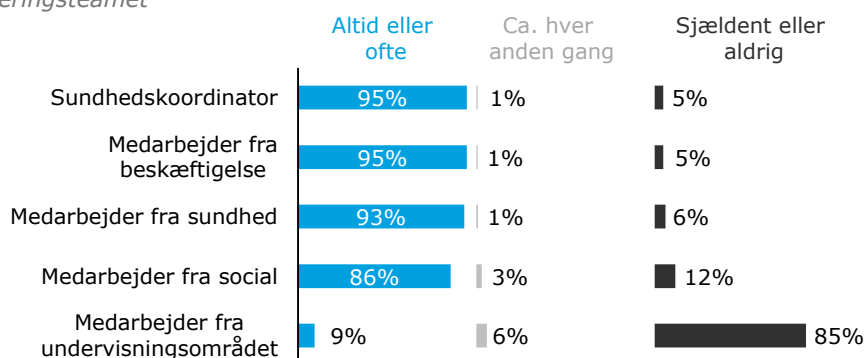
7.2 Trin 2. Mødet i rehabiliteringsteamet

Rehabiliteringsteamet skal bestå af repræsentanter fra beskæftigelses-, sundheds-, social- og undervisningsområdet og den regionale sundhedskordinator. Medarbejdere fra undervisningsområdet skal deltage i sager, hvor borgerne er under 30 år og uden erhvervskompetencegivende uddannelse såvel som efter behov. Andre relevante fagpersoner såsom medarbejdere fra børne- og familieafdelingen, virksomhedskonsulenter og borgerens praktiserende læge inddrages efter behov.

Overordnet set fungerer møderne i kommunernes rehabiliteringsteam godt, og der er generelt stor tilfredshed blandt de borgere, der tilkendes ressourceforløb, fleksjob og førtidspension, med møderne i rehabiliteringsteamet, hvor de føler sig hørt og lyttet til, jf. kapitel 3.

Der er etableret rehabiliteringsteam med tværfaglige kompetencer i alle kommuner, og der afvikles rehabiliteringsteammøder med fast kadence, hvor de obligatoriske medlemmer deltager. 95 procent af teamets medlemmer angiver således, at både sundhedskoordinatoren og medarbejderen fra beskæftigelsesområdet altid eller ofte deltager i mødet. 93 procent angiver, at det samme gør sig gældende for medarbejderne fra det kommunale sundhedsområde. Medarbejdere fra socialområdet er ligeledes som hovedregel til stede på møderne i rehabiliteringsteamet (86 procent), jf. figur 77.

Figur 77. Fordeling af, hvor hyppigt sundhedskoordinatoren og medarbejdere fra beskæftigelses-, sundheds- og socialområdet opleves at deltage i mødet i rehabiliteringsteamet



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 421 (har svaret om deltagelse fra beskæftigelse), 565 ((har svaret om deltagelse fra social), 598 (har svaret om deltagelse fra sundhed), 703 ((har svaret om deltagelse fra sundhedskoordinator).

Note: Antallet af respondenter, der har svaret *ved ikke*, varierer mellem 12 og 23.

De kvalitative analyser viser følgende om det tværfaglige arbejde på møderne i rehabiliteringsteamet:

- På mødet benytter medarbejderen fra beskæftigelsesområdet sin viden til at afgive en indstilling til borgerens indsats på baggrund af de faglige betragtninger, som rehabiliteringsteamets øvrige medlemmer bidrager med (Deloitte, 2018).
- Medarbejderne fra social- og sundhedsområdet bidrager primært med information om, hvilke social- og sundhedsfaglige udfordringer og muligheder de ser i borgerens sag i forhold til at få borgeren i beskæftigelse og uddannelse (Deloitte, 2018).
- Sundhedskoordinatoren varetager generelt en aktiv rolle ved at oplyse om og afklare de helbredsmæssige aspekter af borgerens sag. Ydermere bidrager sundhedskoordinatoren 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 (Deloitte, 2018).
- En læge (i form af en sundhedskoordinator) kan bekræfte overfor borgeren, at borgeren med de rette hensyn godt kan være på arbejdsmarkedet, for eksempel i et fleksjob (DISCUS og Epinion, 2017).

Udover den generelle etablering af rehabiliteringsteam i kommunerne og inddragelsen af forskellige fagligheder i møderne, peger evalueringen overordnet set på, at rehabiliteringsteamene lykkes med at have fokus på virksomhedsrettede indsatser i deres indstillinger og foretager en tværfaglig vurdering, der tager hensyn til borgerens behov i tilrettelæggelsen af den tværfaglige indsats, jf. kapitel 4.

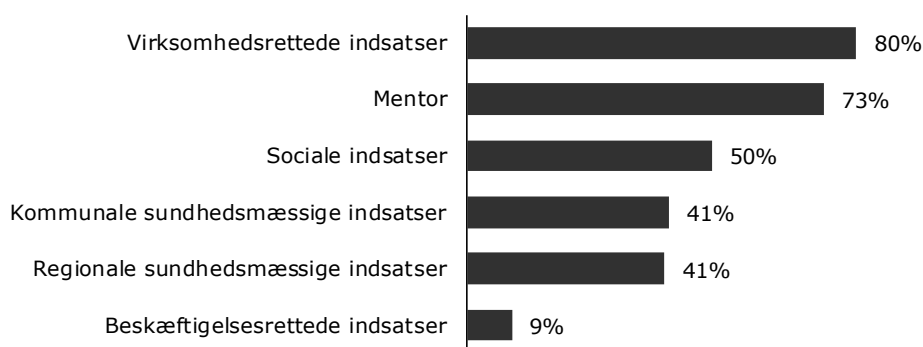
7.2.1 Indsatser i indstillingerne

Rehabiliteringsteamet er et dialog- og koordinationsforum, der afgiver indstilling i sager, inden kommunen træffer afgørelse om visitation til ressourceforløb eller fleksjob eller om tilkendelse af førtidspension. Rehabiliteringsteamet indstiller til borgerens ordning såvel som til indholdet i borgerens indsats.

I rehabiliteringsteamets indstillinger til ressourceforløb skal det også fremgå, hvilke indsatser rehabiliteringsteamet peger på, at forløbet skal bestå af. Evalueringen viser, at der i rehabiliteringsteamets indstillinger i høj grad er fokus på de virksomhedsrettede indsatser, og hvordan andre indsatser og tværfaglige hensyn kan tilrettelægges, så de understøtter, at borgeren kan deltage i forløbet.

I 80 procent af ressourceforløbssagerne indstilles der til virksomhedsrettede indsatser, mens 73 procent af sagerne indeholder indstilling til mentorforløb. Der indstilles til sociale indsatser i 50 procent af sagerne og kommunale eller regionale sundhedsmæssige indsatser i 41 procent af sagerne, jf. figur 78. I 91 procent af sagerne indstilles borgeren til mere end én indsats.

Figur 78. Fordeling af indsatstyper, der fremgår af indstillinger til ressourceforløb



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 239 ressourceforløbssager.

Figuren viser, at rehabiliteringsteamene har fokus på virksomhedsrettede indsatser og i 80 procent af sagerne indstiller til en virksomhedsrettet indsats.

Indsatsens type eller den myndighed, der skal varetage indsatsen, er beskrevet for 87 procent af de sociale indsatser og i alle de sundhedsmæssige indsatser i indstillingerne (Deloitte, 2018). De mest typiske sociale indsatser, der indstilles til, er bostøtte, hjemmevejleder og støttekontaktperson.

En sagsgennemgang viser, at 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 (Deloitte, 2018).

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

Således viser evalueringen, at rehabiliteringsteamet foretager en tværfaglig vurdering af sagen og indstiller til helhedsorienterede og tværfaglige indsatser og har fokus på virksomhedsrettede indsatser. Rehabiliteringsteamet indstiller til indsatser fra forskellige forvaltninger og indstiller til virksomhedsrettede indsatser i 4 ud af 5 sager.

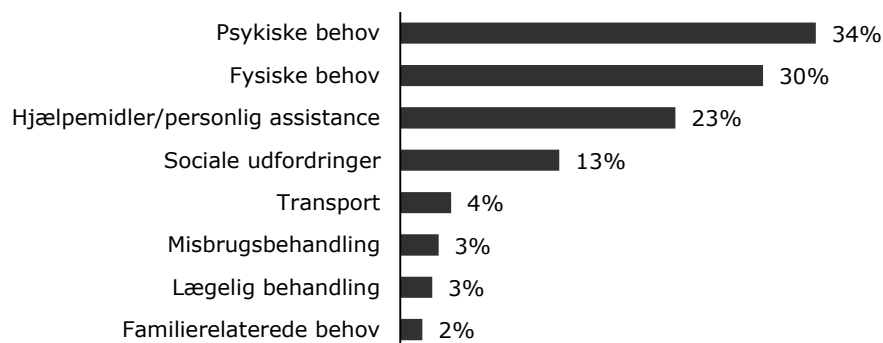
7.2.2 Tværfaglige hensyn i indstillingerne

Rehabiliteringsteamet skal endvidere indstille til, om, i hvilket omfang og hvordan der bør tages særlige tværfaglige hensyn i forbindelse med tilrettelæggelse af indsatsen for borgerne. Dette er særlig relevant, når der indstilles til ressourceforløb og fleksjob.

Rehabiliteringsteamet beskriver i høj grad, hvilke tværfaglige hensyn der skal tages til borgerens udfordringer, når den virksomhedsrettede indsats tilrettelægges. I 58 procent af ressourceforløbssagerne, hvor der indstilles til en virksomhedsrettet indsats, beskriver rehabiliteringsteamet ét eller flere hensyn, der skal tages til borgerens udfordringer, når den virksomhedsrettede indsats tilrettelægges (Deloitte, 2018).

Rehabiliteringsteamet beskriver ofte, hvilke fysiske og psykiske hensyn der skal tages i forbindelse med tilrettelæggelsen af den virksomhedsrettede indsats, jf. *figur 79*. 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.

Figur 79. Fordeling af typer hensyn¹², der fremgår af indstillingen, i forbindelse med indstilling til virksomhedspraktik i ressourceforløb



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 193 ressourceforløbsager, hvor der indstilles til en virksomhedsrettet indsats.

På baggrund af ovenstående tyder det på, at rehabiliteringsteamet ofte foretager en tværfaglig vurdering af borgerens sag og heraf tager hensyn til gældende sundhedsmæssige og sociale problemer, der måtte være relevante i tilrettelæggelsen af virksomhedsrettede indsatser.

Udover de elementer, der er lykkedes i forbindelse med etableringen af rehabiliteringsteam, peger evalueringen ligeledes på en række opmærksomhedspunkter i forbindelse med afholdelsen af mødet i teamet:

- Inddragelse af virksomhedskonsulenter
- Inddragelse af medarbejdere fra børne- og familieområdet i relevante sager
- Inddragelse af praktiserende læger
- Sikring af konkrete mål for job eller uddannelse i rehabiliteringsteams indstilling.

7.2.3 Inddragelse af virksomhedskonsulenter

Kommunale virksomhedskonsulenter er ikke obligatoriske medlemmer af rehabiliteringsteamet og deltager i mindre grad i mødet i rehabiliteringsteamet sammenlignet med rehabiliteringsteams obligatoriske medlemmer. Den kommunale virksomhedskonsulent deltager ifølge 61 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet sjældent eller aldrig i mødet i rehabiliteringsteamet, jf. figur 80.

¹² 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: 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.

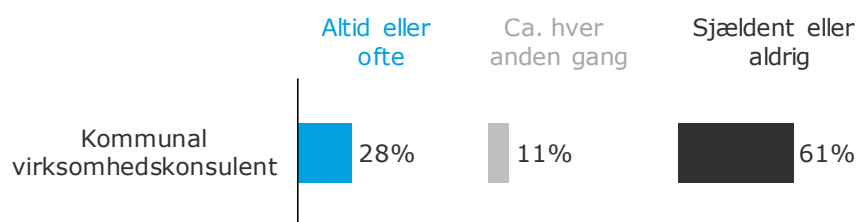
Transport: hensyntagen til borgerens mulighed for at transportere sig til og fra virksomhedspraktikken.

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.

Figur 80. Medlemmerne af rehabiliteringsteamets vurdering af, hvor hyppigt virksomhedskonsulenten deltager i mødet i rehabiliteringsteamet



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n= 680.

Medlemmerne af rehabiliteringsteamet giver generelt udtryk for, at det ville være hensigtsmæssigt, hvis virksomhedskonsulenten enten bliver gjort til et obligatorisk medlem af teamet eller oftere deltager i møderne (Deloitte, 2018).

I de tilfælde, hvor en virksomhedskonsulent deltager i møderne i rehabiliteringsteamet, peger kommunerne i kvalitative analyser på følgende fordele (Deloitte, 2018 og DISCUS og Epinion, 2017):

- Virksomhedskonsulenten kan levere relevant viden om det lokale arbejdsmarked.
- Virksomhedskonsulenten kan bidrage med konkrete bud på, hvilke praktiksteder der er særlig relevante i den pågældende borgers sag.
- Virksomhedskonsulenten kan bidrage med viden om, hvilke støtte- og hjælpemidler der kan indgå i borgerens virksomhedspraktik.
- Virksomhedskonsulenten kan medvirke til, at den virksomhedsrettede indsats sættes i gang tidligere i forløbet.
- Virksomhedskonsulenten kan kvalificere drøftelser vedrørende jobmuligheder og realistiske jobmål for borgeren.

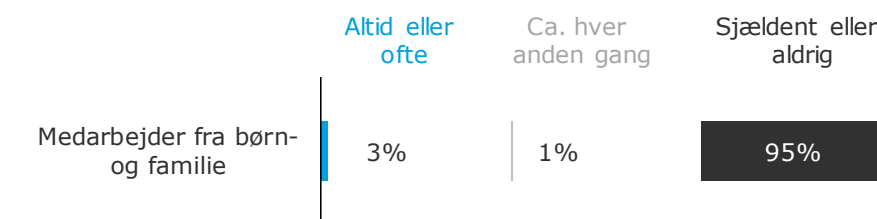
Således viser evalueringen, at virksomhedskonsulentens deltagelse i mødet i rehabiliteringsteamet kan understøtte mere jobfokus i indsatserne i både ressourceforløb og fleksjobordningen. Virksomhedskonsulenten har relevant indblik i arbejdsmarkedet og ved, hvilke muligheder der er for den enkelte borger.

7.2.4 Medarbejdere fra børne- og familieområdet

Når medarbejdere fra børne- og familieområdet deltager i møderne, vedrører det som hovedregel sager, hvor der er en aktiv børnesag. 15 procent af borgerne, der modtager ressourceforløb, har samtidig en aktiv børnesag (STAR, 2018a).

Medarbejdere fra børne- og familieområdet er den faggruppe, som medlemmerne af rehabiliteringsteamet oplever sjældnest deltager i mødet i rehabiliteringsteamet. 95 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet svarer, at medarbejdere fra børne- og familieområdet sjældent eller aldrig deltager i mødet i rehabiliteringsteamet, jf. figur 81.

Figur 81. Medlemmerne af rehabiliteringsteamets vurdering af, hvor hyppigt medarbejdere fra børne- og familieområdet deltager i mødet i rehabiliteringsteamet



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n= 698

Både kommunale og regionale medlemmer af rehabiliteringsteamet påpeger, at en øget deltagelse fra børne- og familieområdet i de sager, hvor der er en aktiv børnesag, ville styrke behandlingen af sagerne (Deloitte, 2018).

Medarbejderne fra børne- og familieområdet kan særligt bidrage med:

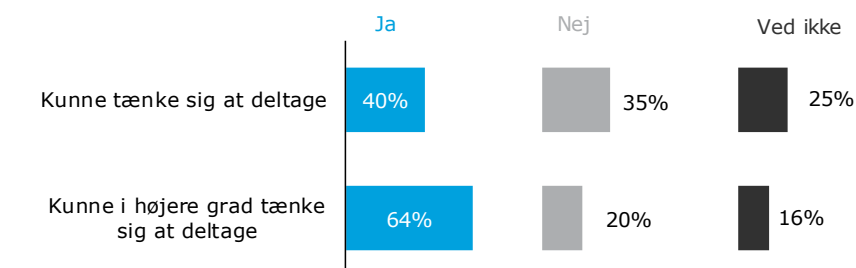
- Viden om, hvordan familierettede indsatser, for eksempel familie-pædagoger, kan kombineres med virksomhedspraktik.
- Identifikation af forhold i hjemmet, der har betydning for borgerens mulighed for at deltage i en virksomhedsrettet indsats.

I evalueringen påpeges en række årsager til den lave inddragelse af medarbejdere fra børne- og familieområdet. Sagsbehandlere, der udarbejder rehabiliteringsplanens forberedende del, kan ofte ikke selv se i de tilgængelige fagsystemer, om der findes en børnesag på borgerens sag. Den begrænsede inddragelse af repræsentanter fra børne- og familieområdet i mødet i rehabiliteringsteamet skyldes således i nogle tilfælde udfordringer med deling af data mellem forvaltningerne. Herudover oplever sagsbehandlere, at børne- og familieafdelingen ikke i tilstrækkelig grad prioriterer deltagelse i mødet i rehabiliteringsteamet (Deloitte, 2018).

7.2.5 Inddragelse af den praktiserende læge i mødet i rehabiliteringsteamet

I nogle sager kan det være relevant, at borgerens praktiserende læge deltager i mødet i rehabiliteringsteamet. Borgerens praktiserende læge deltager kun i begrænset omfang i rehabiliteringsteammøder. 1 ud af 5 praktiserende læger har deltaget i et møde i rehabiliteringsteamet. Evalueringen viser, at de praktiserende læger er motiverede for at deltage i mødet. Blandt de læger, der aldrig har deltaget i mødet, har 40 procent et ønske om at deltage, mens 64 procent af de læger, der har prøvet at deltage mindst én gang, har et ønske om i højere grad at deltage, jf. figur 82.

Figur 82. Svar på, om den praktiserende læge kunne tænke sig, at deltage i mødet i rehabiliteringsteamet, hvis vedkommende aldrig har deltaget, og om den praktiserende læge kunne tænke sig at deltage i endnu højere grad ved minimum tidligere deltagelse



Kilde: Evalueringen af sundhedsmodellen, Deloitte (2017a).

Note: n = 565 praktiserende læger (har ikke deltaget) og n = 135 praktiserende læger (har deltaget mindst én gang).

Den praktiserende læges deltagelse bidrager til større afklaring af borgernes muligheder i henhold til eventuel indsats. Den praktiserende læges deltagelse kan være relevant, når der er brug for, at den praktiserende læge støtter op om borgerens deltagelse i virksomhedsrettede indsatser eller mulighed for fleksjob eller kan betrykke borgeren i, at vedkommende ikke vil lide skade ved deltagelse i en given indsats (Deloitte, 2017a).

Det bør bemærkes, at sundhedskoordinatoren sjældent oplever at være uenige i den praktiserende læges vurdering af borgerens mulighed for at arbejde. Den praktiserende læges deltagelse i mødet sker således som udgangspunkt ikke for at afklare uenigheder mellem den praktiserende læge og sundhedskoordinatoren og heller ikke for uddybe den helbredsmæssige oplysning i sagen, men for at sikre fælles retning og opbakning til den fremadrettede plan (Deloitte, 2017a).

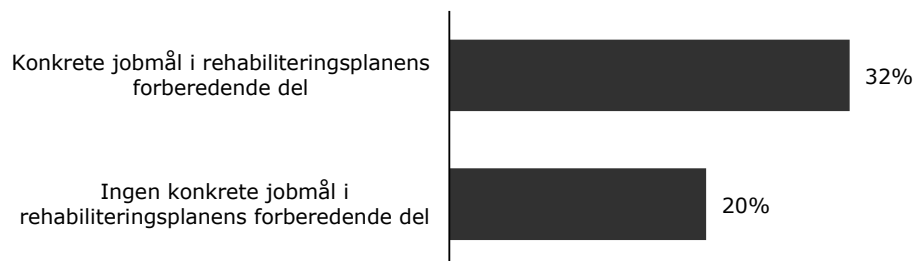
7.2.6 Konkrete mål for job eller uddannelse i indstillingerne

Det er vigtigt, at der i rehabiliteringsteamets indstilling er konkrete mål for job eller uddannelse, for at borgeren kan se mening med og retning for forløbet. Et konkret jobmål kan for eksempel være, at borgeren skal opnå beskæftigelse indenfor et specifikt område i et vist omfang. Konkrete uddannelsesmål omfatter for eksempel specifikke uddannelsesinstitutioner eller uddannelsesretninger, som borgeren ønsker at uddanne sig indenfor (Deloitte, 2018).

Når det gælder indstillingerne fra rehabiliteringsteamet, er det kun hver fjerde, der indeholder konkrete slutmål for job eller uddannelse, mens 32 procent har jobmål i den forberedende del (Deloitte, 2018). Dermed reduceres omfanget af konkrete mål, når sagen går fra den forberedende del til rehabiliteringsteamets indstilling.

En sagsgennemgang viser, at det medvirker til at øge sandsynligheden for, at der også indgår konkrete jobmål i indstillingen, når der angives jobmål i rehabiliteringsplanens forberedende del. I 32 procent af de gennemgåede sager, hvor rehabiliteringsplanens forberedende del indeholder konkrete jobmål, er der ligeledes beskrevet konkrete slutmål i indstillingen. I de sager, hvor rehabiliteringsplanens forberedende del ikke indeholder konkrete jobmål, indeholder 20 procent af indstillingerne konkrete slutmål for job eller uddannelse, jf. figur 83.

Figur 83. Fordeling af indstillinger, der indeholder angivelse af konkrete slutmål for job og uddannelse, afhængig af tilstedeværelsen af konkrete jobmål i den forberedende del



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 239 ressourceforløbssager.

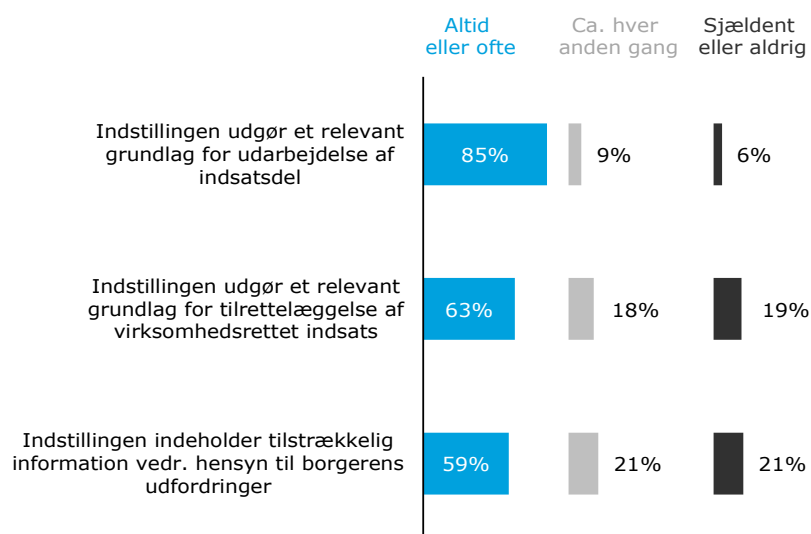
Det fremgår således af evalueringen, at der i mange indstillinger udestår konkrete mål for borgerens indsats i såvel rehabiliteringsplanens forberedende del som i rehabiliteringsteamets indstilling. Mødelederne i rehabiliteringsteamet beskriver, at det kan være udfordrende at formulere konkrete mål og delmål i indstillingen. De fremhæver særligt den korte tid, der er afsat 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 (Deloitte, 2018).

7.3 Trin 3. Rehabiliteringsplanens indsatsdel

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

85 procent af de koordinerende sagsbehandlere vurderer, at indstillingen altid eller ofte udgør et relevant grundlag for udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens indsatsdel, mens 63 procent vurderer, at indstillingen udgør et tilstrækkeligt grundlag for tilrettelæggelsen af virksomhedsrettede indsatser. 59 procent vurderer, at indstillingen indeholder tilstrækkelig information vedrørende hensyn til borgerens udfordringer, jf. figur 84.

Figur 84. 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: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 625.

De koordinerende sagsbehandlere lægger vægt på, at en god indstilling beskriver 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.

Overordnet set vurderes det, at rehabiliteringsteamets indstilling er brugbar og relevant. Dette kommer til udtryk i kommunens afgørelse vedrørende ordning, der altid følger rehabiliteringsteamets indstilling.

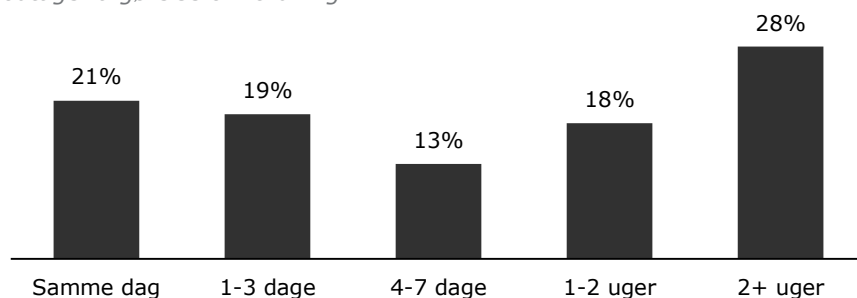
7.3.1 Kommunens afgørelse i borgerens sag

Rehabiliteringsteamet indstiller til den ordning, som teamet vurderer, der er grundlag for. Efter mødet træffer kommunen formelt afgørelse i borgerens sag. I samtlige af de sager, der er gennemgået, er borgeren blevet tilkendt den ordning, som rehabiliteringsteamet indstillede til (Deloitte, 2018).

Der går i gennemsnit 12 dage, fra rehabiliteringsteamets indstilling er sendt til borgeren, til kommunen træffer afgørelse, og borgeren modtager kommunens afgørelse (Deloitte, 2018). I sager, hvor der indstilles til førtidspension, går der i gennemsnit 24 dage, mens der går henholdsvis 6 og 9 dage i sager, hvor der indstilles til fleksjob og ressourceforløb.

I cirka en femtedel af sagerne træffer kommunen afgørelse, og borgeren modtager kommunens afgørelse, samme dag, som rehabiliteringsteamets indstilling afsendes til borgeren, og i 53 procent af sagerne er det indenfor en uge, jf. figur 85. I 28 procent af sagerne går der mere end to uger.

Figur 85. Fordeling af varighed fra borgerens indstilling afsendes, til borgeren modtager afgørelse om ordning

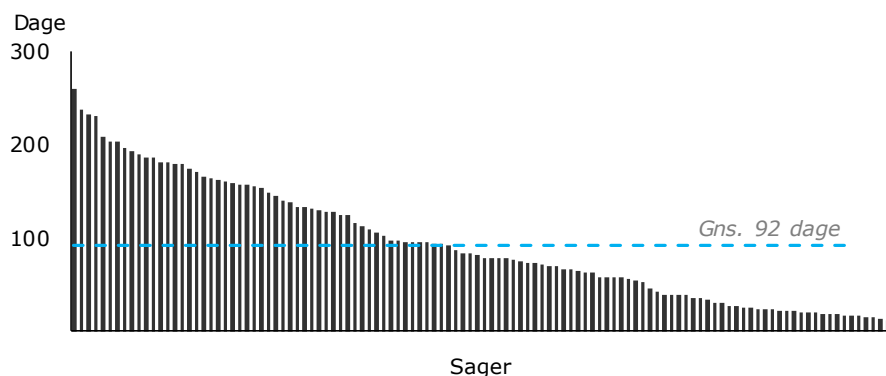


Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 165 sager, der er behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet.

Ligesom der er stor forskel på, hvor længe der går, før kommunen træffer en afgørelse i sagerne, er der forskel på, hvor hurtigt indsatsen sættes i gang efter mødet i rehabiliteringsteamet. Figur 86 viser, hvor mange dage der i de gennemgåede sager er gået fra mødet i rehabiliteringsteamet, til den første indsats igangsættes. I gennemsnit går der 92 dage, før indsatsen igangsættes. I 12 procent af sagerne er der gået mere end et halvt år (180 dage), før den første indsats er igangsat.

Figur 86. Tidspunkt for igangsættelse af første indsats efter mødet fordelt på sager

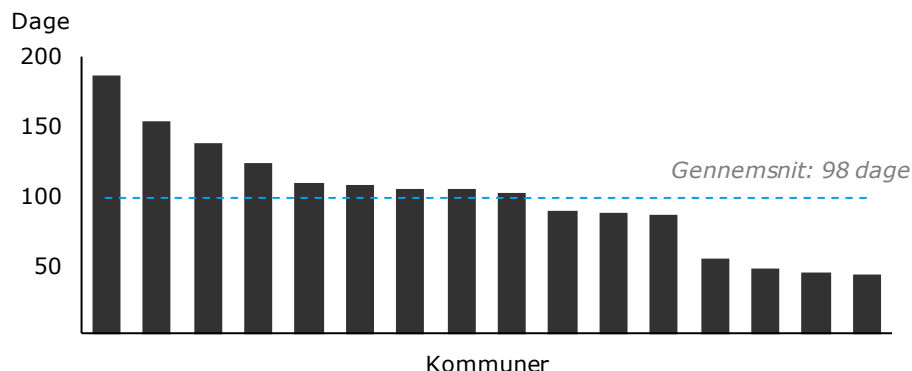


Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 121 sager, der er behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet.

Der er ligeledes stor forskel på tværs af kommunerne, hvad angår det gennemsnitlige tidspunkt for igangsættelse af den første indsats i ressourceforløbet, jf. figur 87. I én kommune går der i gennemsnit 43 dage (det vil sige cirka 1½ måned), før indsatsen igangsættes. I en anden kommune går der i gennemsnit 186 dage. På tværs af kommunerne går der i gennemsnit 98 dage.

Figur 87. Gennemsnitligt tidspunkt for igangsættelse af første indsats fordelt på kommuner



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).
Note: n = 165 sager, der har været behandlet på mødet i rehabiliteringsteamet i 17 kommuner i perioden 1. kvartal 2016 til 1. kvartal 2017.

Det medvirker til at forlænge ventetiden, når sager, hvor borgeren indstilles til førtidspension, først skal behandles i kommunens pensionsnævn (Deloitte, 2018). Herudover kan partshøring af borgeren medvirke til at forlænge ventetiden.

I forbindelse med rehabiliteringsplanens indsatsdel peger evalueringen på, at indstillingen fra rehabiliteringsteamet udgør et godt grundlag for kommunernes beslutning om indsatser. Evalueringen viser, at kommunerne altid følger indstillingen i de sager, der er gennemgået. Dog indikerer kommunal variation i ventetid, at der er potentiale for kortere ventetid, fra beslutningen om en eventuel indsats er vedtaget, til indsatsen igangsættes.

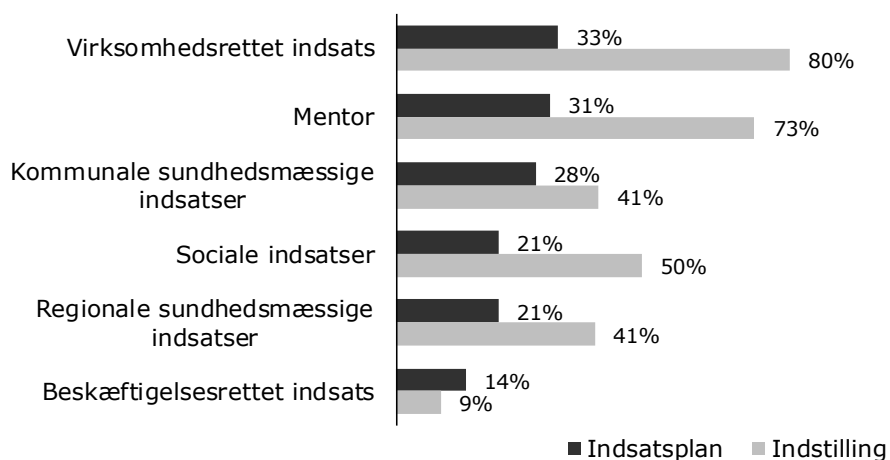
7.3.2 Indsats i rehabiliteringsplanens indsatsdel

Selvom de koordinerende sagsbehandlere har positive vurderinger af kvaliteten i indstillingerne, er der i mindre grad samme indsatsmæssige indhold i indsatsplanerne. Evalueringen viser, at indsatsplanerne i en tredjedel af sagerne indeholder en beskrivelse af virksomhedsrettede indsatser (33 procent) eller mentorforløb (31 procent), jf. figur 88. Til sammenligning er der i indstillingerne indstillet til mentorforløb og virksomhedsrettede indsatser i henholdsvis 73 procent og 80 procent af sagerne.

For så vidt angår social- og sundhedsindsatser er der heller ikke samme indsatsmæssige indhold i indsatsplanerne som i indstillingerne, jf. figur 88. Dette kan dog være, fordi der er tale om koordinering eller tilpasning af allerede igangværende indsatser, som er sket. Afvigelserne er samtidig mindre markante for social- og sundhedsindsatserne end for indsatserne på beskæftigelsesområdet.

I 64 procent af sagerne indeholder rehabiliteringsplanens indsatsdel én indsats, mens samtlige af rehabiliteringsteamets indstillinger indeholder forslag til indsatser (Deloitte, 2018).

Figur 88. Fordeling af beskrevne indsattstyper i indsatsplanerne

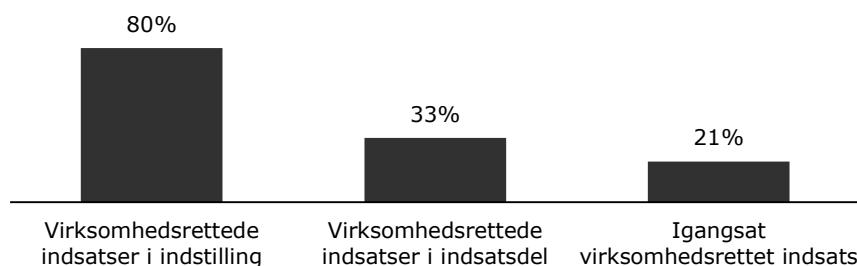


Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 239 ressourceforløbssager.

Som det fremgår af figuren ovenfor, indstilles der til en virksomhedsrettet indsats i 80 procent af sagerne. Når de koordinerende sagsbehandlere udarbejder rehabiliteringsplanens indsatsdel, indgår der dog kun en virksomhedsrettet indsats i 33 procent af planerne, og der er igangsat en virksomhedsrettet indsats i 21 procent af sagerne indenfor det første halve år, jf. figur 89.

Figur 89. Andel sager med virksomhedsrettede indsatser i henholdsvis indstilling, indsatsdel og ressourceforløb



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 239 ressourceforløbssager.

Af evalueringen kan det således konstateres, at rehabiliteringsteamet vurderer, at der er grundlag for en virksomhedsrettet indsats i 4 ud af 5 ressourceforløbssager, men at den virksomhedsrettede indsats i langt mindre omfang er afspejlet i planen og i endnu mindre grad i den igangsatte indsats.

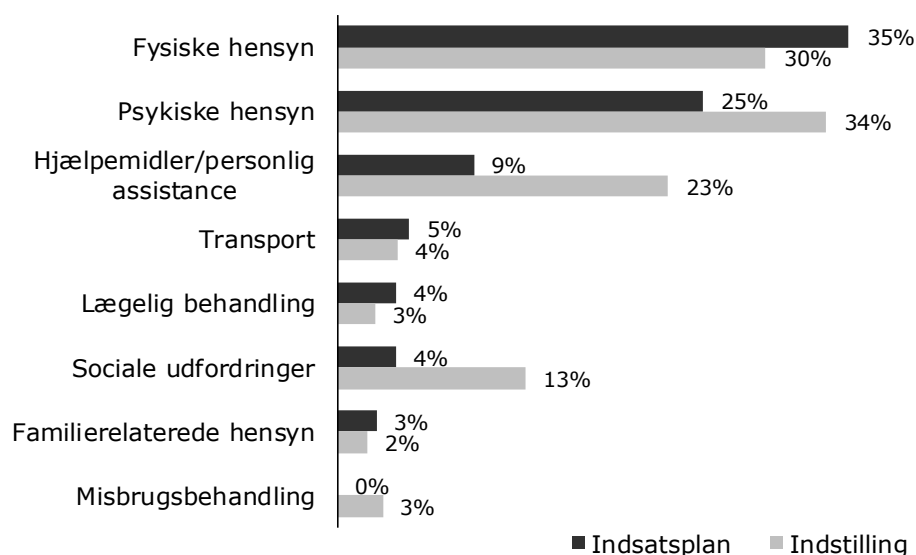
7.3.3 Hensyn i rehabiliteringsplanens indsatsdel

I 46 procent af de gennemgåede indsatsplaner, hvor der er beskrevet en virksomhedsrettet indsats, er der beskrevet ét eller flere hensyn til borgers udfordringer i tilrettelæggelsen af den virksomhedsrettede indsats (Deloitte, 2018). Andelen af beskrevne hensyn er dermed lidt lavere end i indstillingerne (57 procent).

Af figur 90 fremgår det, at der er mindre forskelle på de hensyn, der beskrives i indsatsdelen, og de hensyn, der beskrives i indstillingen. Hensyntagen til borgerens fysiske udfordringer beskrives i cirka samme omfang i indstillingen (30 procent) og indsatsdelen (35 procent). I forhold til psykiske hensyn er der betydelig forskel mellem indstillingen (34 procent) og indsatsplanen (25 procent). Det samme gælder for hjælpemidler og personlig assistance, hvor det fremgår i 23 procent af indstillingerne og 9 procent af indsatsplanerne. Der er også forskel på indstillinger (13 procent) og indsatsplaner (4 procent), når det gælder omfanget af sociale udfordringer.

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

Figur 90. Fordeling af typer hensyn til borgerens udfordringer i indsatsplanen i forbindelse med tilrettelæggelse af virksomhedspraktik



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 239 ressourceforløbssager.

7.4 Inddragelse af borgeren og pårørende

En central intention bag reformen er, at borgeren inddrages fra start til slut i processen vedrørende rehabiliteringsteamet. Formålet er, at borgeren får ejerskab af sin egen sag og oplever, at der lyttes til borgerens behov. Borgerens inddragelse i forberedelsen, mødet i rehabiliteringsteamet og i udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens indsatsdel er en forudsætning for, at rehabiliteringsteamet kan foretage en konkret og individuel vurdering af borgerens arbejdsevne, herunder hvilken indsats der er den rigtige for den enkelte og dermed for, at kommunen kan træffe en afgørelse i sagen.

7.4.1 Inddragelse i forberedelsen af sagen

Et centralt skridt i udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens forberedende del tages i samarbejde med borgeren selv. Det er et krav, at rehabiliteringsplanens forberedende del¹³ indeholder information om ønsker, erfaringer og

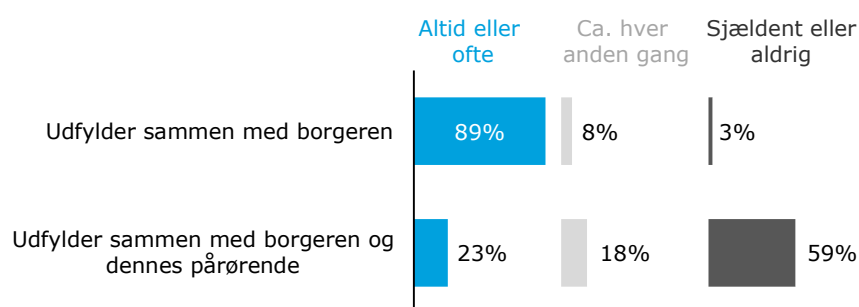
¹³ STAR har udarbejdet et forberedelsesskema, som kommunerne kan benytte i forberedelsen af sager til mødet i rehabiliteringsteamet. Skemaet kan tilgås og downlo-

ressourcer i forhold til job og uddannelse, personlige ressourcer, borgerens beskæftigelsesmæssige og sociale udfordringer, helbred, forsørgelseshistorik og tidligere iværksatte indsatser.

De fleste borgere oplever at være inddraget i forberedelsen af deres egen sag. Blandt borgere i fleksjobordningen svarer 77 procent, at de oplever at blive inddraget i forberedelsen af deres sag. Blandt borgere i resourceforløb og på førtidspension er den tilsvarende andel 61 procent (Mploy og Kantar Gallup, 2017). De fleste oplever også, at de er blevet godt informeret om, hvad mødet gik ud på.

88 procent af kommunerne har en fast procedure for inddragelse af borgeren i udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens forberedende del (Deloitte, 2018). De fleste sagsbehandlere (89 procent) udfylder altid eller ofte skemaet til dokumentation sammen med borgeren, jf. figur 91.

Figur 91. Fordeling af, hvor ofte sagsbehandlerne udfylder forberedelsesskema sammen med borgeren og sammen med borgeren og dennes pårørende



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).
n = 1.067

Figuren viser desuden, at 23 procent af sagsbehandlerne altid eller ofte inddrager borgerens pårørende i udfyldelsen af skemaet. Dette er væsentlig mindre end det omfang, hvori borgerne selv inddrages.

Måden, hvorpå den enkelte borger inddrages, varierer på tværs af kommuner og på tværs af de enkelte sagsbehandlere. En kvalitativ undersøgelse peger på, at der typisk er følgende fire procedurer for, hvordan borgerinddragelsen foregår (Deloitte, 2018):

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

ades via hjemmesiden. 16 af de 17 kommuner, der har medvirket i den henviste sagsgennemgang, bruger STARs forberedelsesskema til denne opgave – eventuelt suppleret med et sagsresume eller bemærkninger fra sagsbehandler.

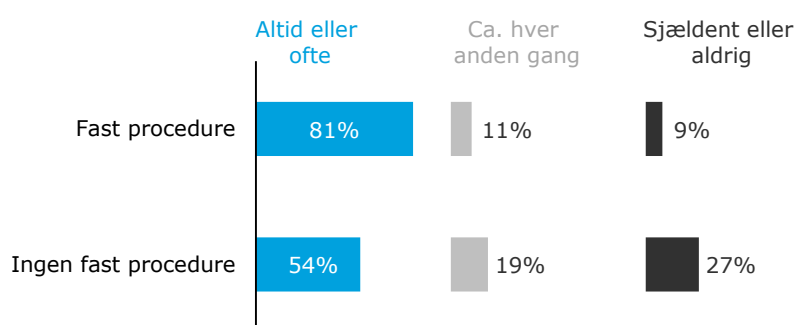
7.4.2 Inddragelse i mødet i rehabiliteringsteamet

Borgerne oplever generelt, at de bliver inddraget i mødet i rehabiliteringsteamet. I den landsdækkende brugerundersøgelse svarer 88 procent af borgerne i fleksjob, at det er tilfældet, mens 59 procent af borgerne i ressourceforløb og 79 procent af de borgere, der er tilkendt førtidspension, svarer det samme (Mploy og Kantar Gallup, 2017).

I alt peger 86 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet på, at kommunen har en fast procedure for inddragelse af borgeren i mødet i rehabiliteringsteamet (Deloitte, 2018).

I de kommuner, der har en fast procedure for borgerinddragelse, svarer 81 procent, at borgerens deltagelse i 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, jf. figur 92.

Figur 92. Fordeling af medlemmerne af rehabiliteringsteamets vurdering af, hvor ofte borgerens deltagelse i møderne i rehabiliteringsteamet er medvirkende til at afklare borgerens muligheder for at komme i arbejde eller uddannelse



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 522 (fast procedure), 84 (ingen fast procedure).

Når borgerens pårørende deltager i mødet i rehabiliteringsteamet, kan det medvirke til en bedre afklaring af borgerens muligheder for at komme i arbejde eller uddannelse. Pårørende har ofte et indblik i borgerens muligheder og barrierer, der kan være afgørende for behandlingen af borgerens sag (COWI, 2017).

41 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet angiver, at borgerens pårørende, for eksempel familiemedlemmer, venner eller 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 (Deloitte, 2018).

De medlemmer af rehabiliteringsteamet, der svarer, at borgerens pårørende altid eller ofte er til stede på mødet i rehabiliteringsteamet, vurderer i lidt højere grad (80 procent), at borgerens pårørendes deltagelse i 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 sjæld-

dent er til stede på mødet i rehabiliteringsteamet (68 procent) (Deloitte, 2018).

7.4.3 Inddragelse i rehabiliteringsplanens indsatsdel

Ifølge reformen skal den koordinerende sagsbehandler aktivt inddrage borgeren i udarbejdelse af indsatsplan og fastsættelse af jobmål og sikre, at planen er realistisk og tilpasset borgerens aktuelle situation og behov.

Hovedparten af de koordinerende sagsbehandlere inddrager borgeren i udarbejdelsen af indsatsdelen. 82 procent svarer, at det altid eller ofte er muligt i praksis (COWI, 2017). Henholdsvis 76 procent og 71 procent oplever endvidere, at det altid eller ofte er muligt at tilrettelægge indsatsen efter borgerens behov og ønsker.

Evalueringen viser, at inddragelse af borgeren kan være udfordrende i forbindelse med opstillingen af jobmål i indsatsdelen. Knap hver tredje (31 procent) af de koordinerende sagsbehandlere giver udtryk for, at det kun sommetider er muligt at inddrage borgeren i opstillingen af jobmål (COWI, 2017). Ifølge sagsbehandlerne hænger dette blandt andet sammen med, at nogle af de borgere, der får tildelt et ressourceforløb, hellere ville have haft en førtidspension og derfor kan have meget svært ved at se sig selv i et job. Hertil kommer, at målgruppen generelt er kendetegnet ved at have komplekse problemer udover ledighed og derfor ofte kun har haft sporadisk kontakt med arbejdsmarkedet tidligere.

7.5 Konklusioner og opmærksomhedspunkter

Evalueringen af rehabiliteringsteam giver anledning til følgende konklusioner.

Kommunerne har samlet set etableret velfungerende rehabiliteringsteam med de rette kompetencer, og indstillingerne fra rehabiliteringsteamene udgør generelt et godt og relevant grundlag for tilrettelæggelsen af den efterfølgende indsats.

Mere konkret kan det konkluderes:

- Der er etableret rehabiliteringsteam, og at der afholdes rehabiliteringsteammøder i alle kommuner. Generelt fungerer konstruktionen med rehabiliteringsteam godt.
- De obligatoriske medlemmer af rehabiliteringsteamet deltager stort set altid i møderne i rehabiliteringsteamet.
- Kommunerne afholder generelt velfungerende møder, og borgerne er generelt tilfredse med inddragelsen i forberedelsen og i selve mødet, jf. kapitel 3.
- Rehabiliteringsteamet foretager en tværfaglig vurdering af sagen og indstiller til helhedsorienterede og tværfaglige indsatser – både i form af indsatser fra forskellige forvaltninger og ved at beskrive tværfaglige hensyn til tilrettelæggelsen af den virksomhedsrettede indsats.
- Rehabiliteringsteamene har fokus på virksomhedsrettede indsatser og indstiller i 80 procent af sagerne til en virksomhedsrettet indsats. Der indgår dog kun en virksomhedsrettet indsats i 33 procent af indsatsplanerne, og der er kun igangsat en virksomhedsrettet indsats i 21 procent af sagerne indenfor de første seks måneder.
- På nogle områder er der forskel på de hensyn, der beskrives i indstillingen, og de hensyn, der videreføres til indsatsplanen. Det gæl-

der for psykiske hensyn (34 procent af indstillingerne og 25 procent af indsatsplanerne), hjælpemidler/personlig assistance (23 procent af indstillingerne og 9 procent af indsatsplanerne) og sociale udfordringer (13 procent af indstillingerne og 4 procent af indsatsplanerne).

- I 46 procent af rehabiliteringsplanernes indsatsdel, hvor der er beskrevet en virksomhedsrettet indsats, er der beskrevet ét eller flere hensyn til borgerens udfordringer i tilrettelæggelsen af den virksomhedsrettede indsats.
- De koordinerende sagsbehandlere betragter i overvejende grad rehabiliteringsteamets indstilling som et godt og relevant grundlag for udarbejdelsen af rehabiliteringsplanens indsatsdel og for tilrettelæggelsen af virksomhedsrettede indsatser.
- Rehabiliteringsplanens forberedende del udgør generelt et godt og relevant grundlag for rehabiliteringsteamets arbejde. I alle de gennemgåede sager er borgeren blevet tilkendt den ordning, som rehabiliteringsteamet indstillede til.

Der er dog også identificeret en række opmærksomhedspunkter i relation til rehabiliteringsteamet og den proces, der er knyttet hertil.

Sikre korrekt indhold i rehabiliteringsplanen

Der er et opmærksomhedspunkt i forhold til at sikre, at rehabiliteringsplanen har det rette indhold og er skåret til, så der ikke mangler vigtige oplysninger, og så der ikke er medtaget irrelevant materiale. Det er vigtigt, at der i rehabiliteringsplanens forberedende del skabes overblik over sagen, at det står tydeligt frem, hvad der har været afprøvet, og hvad konklusionen har været herpå. Knap halvdelen af sundhedskoordinatorerne vurderer, at rehabiliteringsplanens forberedende del altid eller ofte udgør et tilstrækkeligt grundlag for teamets behandling af sagen, og 37 procent vurderer, at dette sjældent eller aldrig er tilfældet.

Udfordringer med datadeling

Udfordringer med datadeling på tværs af forvaltningerne er en af årsagerne til, at den forberedte sag ikke altid har det rette indhold. Særligt har sagsbehandlere vanskeligt ved at danne sig et overblik over, hvilke oplysninger der findes om borgeren i kommunens øvrige forvaltninger. 45 procent af sagsbehandlere finder det svært eller meget svært at skabe et overblik over, hvilke oplysninger der findes om borgeren i kommunens øvrige forvaltninger. 25 procent finder det svært eller meget svært at indhente relevante oplysninger. Det gør, at der er risiko for, at sagsbehandlere ikke får de rette oplysninger med i sagen, og at rehabiliteringsteamet derfor efterfølgende ikke kan tage vigtige forhold i betragtning, når de afgiver deres indstilling. Da der er udfordringer med at indhente og dele data, ender borgeren selv med at skulle tilvejebringe viden om sin sag. Denne udfordring er særlig problematisk, fordi der er tale om udsatte borgere, hvor kognitive udfordringer kan gøre, at borgeren ikke selv kan oplyse om relevante forhold.

Manglende deltagelse af virksomhedskonsulenter og medarbejdere fra børne- og familieområdet

Selvom rehabiliteringsteamet i kommunerne overordnet set er velfungerende, er der alligevel brug for hyppigere deltagelse fra virksomhedskonsulenter og medarbejdere fra børne- og familieområdet. Kun 3 procent af medlemmerne af rehabiliteringsteamet vurderer, at medarbejdere fra børne- og familieområdet altid eller ofte deltager i møderne. For virksomhedskonsulenter er det 28 procent. Kommunerne peger på, at især virksomhedskon-

sulenten kan medvirke til at sikre det øgede jobfokus på mødet. I forhold til medarbejdere fra børne- og familieområdet er det helt centralt, at de inddrages i alle sager, hvor der er en børnesag. 15 procent af borgerne i ressourceforløb har en aktiv børnesag. Borgerens praktiserende læge kan også være relevant at inddrage i mødet, da den praktiserende læge kan konfirmere borgerens evne til at deltage i eventuelle indsatser.

Unødvendig proces i forbindelse med tilkendelse af ordning på baggrund af rehabiliteringsteamets indstilling

Kommunens afgørelse i borgerens sag på baggrund af indstillingen fra rehabiliteringsteamet synes i betydeligt omfang at være en formaliseret arbejdsgang med en begrænset reel betydning, da samtlige gennemgåede sager ender med tilkendelse af den ordning, som teamet har indstillet til. Når teamet ikke kan træffe endelig beslutning, medfører det ventetid for borgeren.

Potentiale ved bedre inddragelse af borgere og pårørende i mødet i rehabiliteringsteamet

Der er behov for fortsat fokus på, at kommunerne udvikler og anvender faste procedurer for inddragelse af borgeren og pårørende i mødet, da begge parter er afgørende for at sikre gode resultater fra mødet. I de kommuner, der har en fast procedure for borgerinddragelse, svarer 81 procent, at borgerens deltagelse i 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.

Der mangler klare mål, retning og jobmål i rehabiliteringsteamets indstillinger

Der er et væsentligt opmærksomhedspunkt i, at for få indstillinger fra rehabiliteringsteamet indeholder konkrete slutmål for job eller uddannelse (25 procent). Desuden sker der et fald fra den forberedende del hvor 32 procent af sagerne indeholder konkrete mål til indstillingen, hvor kun 25 procent har konkrete mål. Borgernes egne mål er helt afgørende for, at borgerne kan se mening med og retning for ressourceforløbet, og borgerne efterspørger selv både planer og mål, jf. kapitel 3.

Indstillingerne omsættes ikke til indsatsplanerne

Der er endelig et opmærksomhedspunkt i, at analysen indikerer, at det indsatsmæssige indhold i indstillingerne ikke i samme grad omsættes i indsatsplanerne. Af en sagsgennemgang fremgår det eksempelvis, at mens rehabiliteringsteamet peger på mentor og virksomhedsrettet indsats i henholdsvis 73 og 80 procent af sagerne, så fremgår disse indsatstyper alene af indsatsplanerne i 31 og 33 procent af sagerne. Samme tendens synes at gøre sig gældende på social og sundhedsområdet, men dog i væsentligt mindre omfang. Risikoen er, at borgeren ikke får den indsats, som var tiltænkt i ressourceforløbet.

8. Sundhedsmodellen: Samarbejde med borgeren i centrum

Der blev med reformen af førtidspension og fleksjob etableret en helt ny samarbejdsmodel mellem kommuner og regioner om borgere i målgruppen for ressourceforløb, førtidspension og fleksjob. I modellen fastlægges et struktureret sundhedsfagligt samarbejde mellem kommuner, regioner og praktiserende læger.

I forarbejderne til reformen fremgår det, at det var et centralt politisk ønske bag den nye samarbejdsmodel, at den skulle minimere de forskellige risici, som aktørerne oplevede med de tidligere samarbejdsrelationer:

- Borgere oplevede at komme i klemme mellem kommune, den kommunale lægekonsulent og de forskellige læger (praktiserende læge og speciallæger) involveret i deres sag. Samtidig oplevede mange borgere, at de - som led i at få afklaret deres arbejdsevne - skulle igennem en række af arbejdsprøvninger uden mål og retning i forhold til arbejdsmarkedet.
- Kommuner oplevede, at det kunne være svært at få klare svar fra sundhedsvæsenet. Hvor, hvornår og hvem er de rette samarbejdspartner? Hvornår er en borger tilstrækkelig helbredsmæssigt afklaret? Kommunerne oplevede endvidere, at det var nødvendigt at hente flere og gentagende speciallægeerklæringer på den enkelte borger som led i at belyse og dokumentere sagen.
- Regionerne oplevede at miste overblikket over ressourcetrækket på eget system. Kommunernes træk på praktiserende læger, speciallæger og sygehusvæsenet skete ikke efter en systematisk model.
- De praktiserende læger fik oplevelsen af at udarbejde erklæringer, som det var svært at se formålet med, og som lægerne følte tog tiden fra arbejdet med patienterne.

Da den nye model for samarbejde mellem kommuner og regioner om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering blev indført som led i reformen, var det med følgende intentioner:

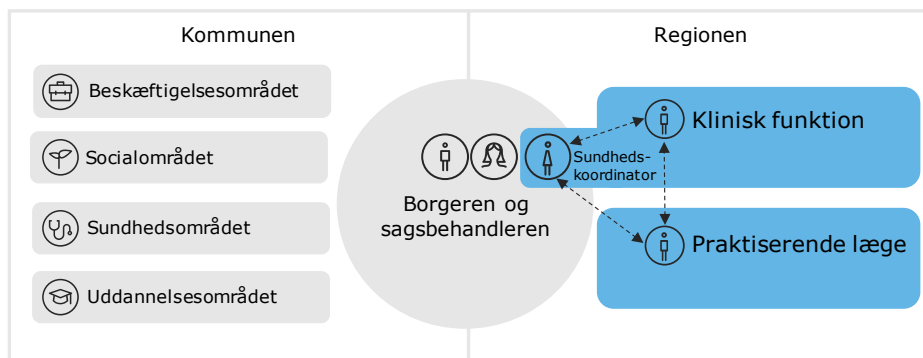
- At kommunerne skal have let adgang til sundhedsfaglig rådgivning og vurdering fra det regionale sundhedsvæsen. Der skal være systematisk fokus på sammenhængen mellem helbred og borgerens mulighed for at arbejde.

- At de regionale sundhedskoordinatorer og kliniske funktioner, som blev indført med reformen, skal give kommunerne én indgang til sundhedsfaglige ydelser af høj kvalitet og være en kvalificeret vejviser i forhold til at vurdere behovet for helbredsoplysninger. Sundhedskoordinatoren er regionens repræsentant i rehabiliteringsteamet og skal endvidere understøtte kommunens samarbejde med de praktiserende læger.
- At borgerens praktiserende læge skal fungere som indgangen til behandling i sundhedsvæsenet. Den praktiserende læge orienteres derfor løbende om sagens forløb og inddrages i vurderingen af borgerens mulighed for at arbejde.

Sigtet med samarbejdsmodellen er således at sikre, at borgeren kommer i centrum i sin egen sag og ikke bliver kasterbold mellem system og læger. Dette skal ske ved at etablere et struktureret samarbejde med en klar rollefordeling mellem kommune, sundhedskordinator/klinisk funktion og praktiserende læge i forhold til den helbredsmæssige vurdering af borgerens mulighed for at arbejde.

Mere konkret skal sundhedskordinator/klinisk funktion støtte kommunerne i at håndtere helbredsudfordringer i indsatsen til udsatte borgere. Disse borgers helbredsudfordringer skal afklares og håndteres parallelt med kommunale beskæftigelsesindsatser, social indsatser, sundhedsindsatser, uddannelsesindsatser mv., jf. figur 93.

Figur 93. Model for struktureret samarbejde mellem kommuner og regioner om sager til behandling i rehabiliteringsteam



Sundhedskordinatorfunktionen og klinisk funktion skal således sikre kapacitet, kompetencer og en ydelsespalet, der kan tilgodese intentionen om at være en kvalificeret vejviser i sundhedssystemet. En vejviser, der har to centrale borgerrettede formål:

- Vejviserfunktionen skal bidrage til, at udsatte borgere, der er tilstrækkelig helbredsmæssigt afklaret, ikke belastes af yderligere krav om undersøgelse og afklaring.
- Vejviserfunktionen skal også bidrage til, at borgere, der mangler en helbredsmæssig afklaring, får systematisk og målrettet adgang til sundhedsydelser.

8.1 Implementering af samarbejdsmodellen

Det helt overordnede billede er, at der er opbygget og etableret en samarbejdsmodel, hvor borgeren sættes i centrum og ikke oplever at blive kasterbold i samme grad som tidligere.

Sundhedskordinatoren er regionens repræsentant i rehabiliteringsteamet og kan efter behov yde sundhedsfaglig rådgivning i sager, der skal/har været behandlet i rehabiliteringsteamet.

Klinisk funktion er etableret til brug for undersøgelser af borgere og udarbejdelse af speciallægeattester til vurdering af borgerens helbredssituation.

Sundhedskordinatorfunktionen/klinisk funktion varetages typisk af medarbejdere uddannet speciallæger, herunder særligt som socialmedicinere eller arbejdsmedi-

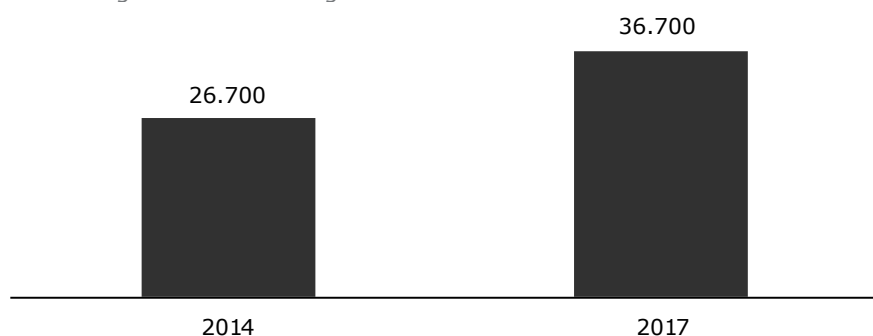
Herudover er den relevante og efterspurgte kapacitet i sundhedskoordinatorfunktionen og klinisk funktion blevet tilvejebragt, og der er blandt kommunerne udpræget tilfredshed med de ydelser, der leveres.

8.1.1 Sundhedskoordinatorfunktionen var tidligt fuldt etableret

Sundhedskoordinatorfunktionen i regionerne var tidligt i stand til at dække behovet for deltagelse i rehabiliteringsteammøderne i kommunerne. Sundhedskoordinatorfunktionens kapacitet er tilrettelagt efter kommunernes indmeldinger om forventet antal sager og møder. Kommunernes indmeldinger til regionerne muliggør en fornuftig dimensionering af kapaciteten, efter en første periode præget af usikkerhed i forbindelse med reformens indfasning i kommunerne. Der indgås årlige samarbejdsaftaler mellem den enkelte region og alle kommuner, som fastsætter kapaciteten for det kommende år og understøtter planlægning, antal sundhedskoordinatorer mv. I samarbejdsaftalerne indgår også de aftalte tidsfrister i relation til sundhedskoordinatorfunktionen og takster for de enkelte ydelser.

Der er stor aktivitet i sundhedskoordinatorfunktionen. I 2014 havde sundhedskoordinatorerne 26.700 sager på tværs af hele landet. Dette tal er i 2017 steget til cirka 36.700 sager, jf. figur 94.

Figur 94. Det estimerede antal sager, som sundhedskoordinatorerne har haft i rehabiliteringsteamet i 2014 og 2017



Kilde: Deloitte's egne beregninger på baggrund af Tættere på job og uddannelse: Evaluering af samarbejdet mellem kommuner og regioner om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering fra de regionale sundhedsenheder, Deloitte (2015a) og Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Der er altså sket en markant forøgelse af antallet af sager, der skal håndteres på møder i rehabiliteringsteamet, hvor sundhedskoordinatoren deltager.

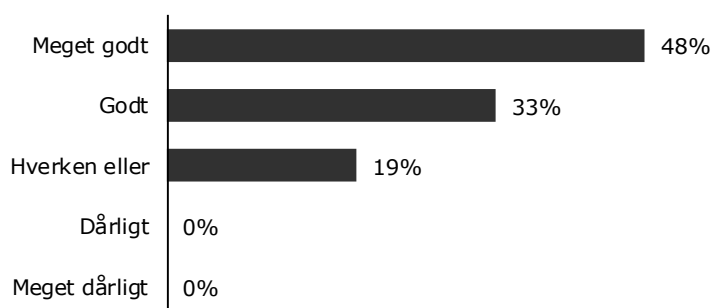
Den organisatoriske forankring er i 4 ud af 5 regioner sket som en del af en socialmedicinsk eller arbejdsmedicinsk enhed/afdeling, eller som en enhed herunder. Kun i Region Syddanmark er sundhedskoordinatorfunktionen/klinisk funktion ikke placeret på en socialmedicinsk eller arbejdsmedicinsk enhed/afdeling. Hovedparten af kommunerne udtrykker tilfredshed med den måde, som regionerne har organiseret og forankret sundhedskoordinatorfunktionen/klinisk funktion på (Deloitte, 2017a). Og kommunerne tilkendegiver i forlængelse heraf, at det er mindre relevant, hvor sundhedskoordinatorfunktionen/klinisk funktion fysisk er placeret.

Hvis der ses på kompetencesiden i sundhedskoordinatorfunktionen/klinisk funktion er stort set alle medarbejdere uddannet speciallæger, herunder særligt som socialmedicinere eller arbejdsmedicinere. Netop den faglige baggrund som arbejds- eller socialmedicinere er relevant i forhold til sundhedskoordinatorrollen, hvilket hænger sammen med, at begge disse specialer beskæftiger sig med helbredsmæssige forhold set i relation til sociale

forhold og/eller arbejdsmæssige forhold. I forarbejderne til reformen var forventningen et gennemsnitligt lavere uddannelsesniveau blandt sundhedskoordinatorerne med en blanding af speciallæger, læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andet sundhedsfagligt personale. Sundhedskoordinatorfunktionen er således kompetencemæssigt tungere bemanded end forventet, hvilket alt andet lige tilfører yderligere kvalitet i behandlingen af sagerne og på rehabiliteringsteam møderne.

Samlet set er der blandt kommunerne stor tilfredshed med samarbejdet med sundhedskoordinatorerne om sundhedsfaglig rådgivning. 81 procent af kommunerne vurderer, at samarbejdet mellem kommunerne og regionerne om den sundhedsfaglige rådgivning, der leveres af sundhedskoordinatorfunktionen, fungerer godt eller meget godt, og ingen kommuner vurderer samarbejdet dårligt eller meget dårligt, jf. figur 95.

Figur 95. Kommunernes vurdering af, hvordan samarbejdet mellem kommuner og regioner om sundhedsfaglig rådgivning overordnet fungerer, for så vidt angår sundhedskoordinatorfunktionen



Kilde: Tættere på job og uddannelse: Evaluering af samarbejdet mellem kommuner og regioner om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering fra de regionale sundhedsenheder, Deloitte (2015a).

Note: n = 69 kommuner.

I forhold til muligheden for at få løbende sundhedsfaglig rådgivning fra sundhedskoordinatoren i rehabiliteringsteamet, kan det konstateres, at sundhedskoordinatoren kun i begrænset omfang inddrages inden mødet (Deloitte, 2017a). Sundhedskoordinatoren inddrages før mødet i gennemsnit i 15 procent af de sager, som vedkommende er med til at behandle på rehabiliteringsmødet, mens sundhedskoordinatoren yder sundhedsfaglig rådgivning efter mødet i rehabiliteringsteamet i 13 procent af sagerne. Tallene dækker over en markant spredning mellem de enkelte regioner i forhold til brug af sundhedsfaglig rådgivning før og efter mødet.

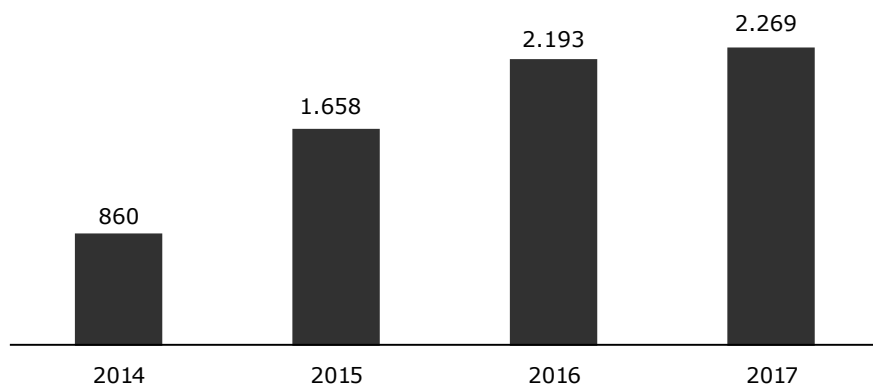
8.1.2 Tilfredshed med ydelser fra klinisk funktion

Udover sundhedskoordinatorfunktionen er der i hver region en klinisk funktion til brug for undersøgelser af borgere og udarbejdelse af speciallægeattester til vurdering af borgerens helbreds situation i forhold til mulighederne for arbejde. En væsentlig rolle for de kliniske funktioner er at sikre, at borgere, der allerede er helbredsmæssigt udredt, ikke sendes til yderligere undersøgelser og afklaring. Det er derfor ikke et succeskriterie i sig selv med høj aktivitet i klinisk funktion, da mange borgere netop ikke vil skulle undersøges yderligere (Deloitte, 2015a).

Hvis der ses på aktiviteten i klinisk funktion, har der siden 2014 været en markant stigning i kommunernes anvendelse af attesterne fra klinisk funktion. Mens der i 2014 kun blev udarbejdet 860 attester, hvilket er markant under den forventede efterspørgsel i forarbejderne til reformen, har der

været en betydelig stigning frem til 2016. I 2016 blev der udarbejdet 2.193 attester. Stigningen er aftaget i 2017 med 2.269 attester i forhold til foregående år, jf. figur 96.

Figur 96. Antal attester fra klinisk funktion i perioden 2014-2017



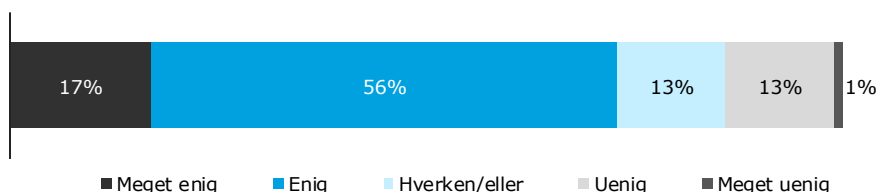
Kilde: Tættere på job og uddannelse: Evaluering af samarbejdet mellem kommuner og regioner om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering fra de regionale sundhedsenheder, Deloitte (2015a) og Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Klinisk funktion har altså kunnet levere på den stigende efterspørgsmål på lægeattester og har samtidig varetaget rollen som vejviser ved at afvise anmodninger om undersøgelser af borgere, der ikke har behov for yderligere afklaring. Det er dog vanskeligt på det foreliggende grundlag at vurdere, om det nuværende niveau er det rette, eller om stigningen er problematisk i den forstand, at for mange borgere skal igennem unødvendige undersøgelser.

Blandt kommunerne er der generelt et stort kendskab til de ydelser, som klinisk funktion tilbyder, og kommunerne vurderer, at de ydelser, som klinisk funktion stiller til rådighed, er relevante og bidrager til udredning af borgerne.

Samlet set giver dette sig udslag i en generelt stor tilfredshed med samarbejdet med klinisk funktion blandt kommunerne. For eksempel svarer 73 procent af kommunerne i en spørgeskemaundersøgelse, at de enten er enige eller meget enige i, at attesten (LÆ 275) opfylder det informationsbehov, kommunerne har, jf. figur 97.

Figur 97. Fordelingen af, hvor enige kommunerne er i, at lægeattesterne fra klinisk funktion opfylder det informationsbehov, kommunerne har



Kilde: Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats, Deloitte (2018).

Note: n = 63 kommuner.

8.2 Samarbejdet med de praktiserende læger

Rammen om samarbejdet med de praktiserende læger er, at den praktiserende læge i en lægeattest – den såkaldte LÆ 265 – vurderer borgerens helbred og mulighed for at arbejde, inden borgerens sag behandles på mø-

de i rehabiliteringsteamet. Herudover er det sigtet, at kommunen løbende informerer den praktiserende læge om kommunens beslutninger for at kunne støtte op om borgerens sag, og at sundhedskoordinatoren efter behov, og med samtykke fra borger, drøfter de sundhedsfaglige aspekter i en sag med den praktiserende læge for at skabe fælles retning for borgeren. Dialogen med de praktiserende læger skal således sikre, at alle har de nyeste informationer og den relevante viden om borgerne, så alle parter bedst muligt kan støtte borgeren og finde de rigtige løsninger.

De praktiserende læger leverer generelt set lægeattesten indenfor de fastsatte tidsrammer. Der er blandt både sundhedskoordinatorer og kommuner endvidere enighed om, at lægeattesten er relevant i forhold til at belyse borgerens mulighed for at arbejde. Mens relevansen af lægeattesten generelt vurderes positiv, er billedet ikke helt så entydigt, når det kommer til kvaliteten i lægeattesterne. Her er de kommunale sagsbehandlere forholdsvis kritiske, mens sundhedskoordinatorerne omvendt er relativt positive i forhold til kvalitet og indhold og ikke finder behov for yderligere helbreds-mæssig udredning af borgeren. Desuden er sundhedskoordinatorerne sjældent uenige i de praktiserende lægers helbreds-mæssige vurdering af borgerens mulighed for at arbejde.

8.2.1 Kvaliteten i den helbreds-mæssige vurdering af borgerens muligheder for at arbejde kan påvirkes af kommunale tiltag

De kommunale sagsbehandlere vurderer, at kvaliteten i lægeattesterne fra de praktiserende læger ofte ikke er tilstrækkelig. Men samtidig er der meget, der tyder på, at sagsbehandleren selv kan påvirke kvaliteten af de lægeattester, de anmoder om. Dette kan sagsbehandlerne gøre ved at sikre, at det fremgår klart af anmodningen, hvad praktiserende læge skal fokusere på i lægeattesten. I de tilfælde, hvor sagsbehandler i anmodningen (jf. faktaboks) angiver et konkret fokus for den praktiserende læge, indeholder 64 procent af lægeattesterne en uddybende beskrivelse af funktionsevnen. Hvis sagsbehandleren til gengæld ikke konkretiserer, hvad praktiserende læge skal fokusere på i lægeattesten, indeholder 50 procent af lægeattesterne en uddybende beskrivelse af funktionsevnen, mens den resterende halvdel ikke gør, jf. tabel 29.

Anmodning om lægeattest til rehabiliteringsteam (LÆ 261) udarbejdes af kommunen med det formål at få den praktiserende læges vurdering af, hvilken betydning helbredsforholdene har i forhold til borgerens muligheder for at arbej-

Tabel 29. Sammenhængen mellem, at sagsbehandleren, der forbereder sagen til rehabiliteringsteamet, anlægger et konkret fokus i anmodningen, og at praktiserende læge giver en uddybende beskrivelse af funktionsevnen i LÆ 265

	Ikke uddybende beskrivelse af funktionsevne	Uddybende beskrivelse af funktionsevne	I alt (n)
Ej konkret fokus i anmodningen	50%	50%	100% (64)
Konkret fokus i LÆ 261	36%	64%	100% (36)

Kilde: Evaluering af sundhedsmodellen: Samarbejde med de praktiserende læger, Deloitte (2017a)

Note: n = 100.

Et andet område, der ser ud til at have en positiv indvirkning på kvaliteten i lægeattesterne, er, når kommunerne iværksætter tiltag, der har til formål at forbedre samarbejdet med de praktiserende læger. For eksempel gennem informationsaktiviteter, dialogfora, gåhjemmøder, tilknytning af praksiskonsulent mv. Mens 26 procent af de kommuner, der har iværksat tiltag, vurderer, at alle eller over halvdelen af lægeattesterne udgør et godt

grundlag, vurderer kun 10 procent af de kommuner, der ikke har iværksat tiltag, at alle eller over halvdelen af lægeattesterne udgør et godt grundlag, jf. *tabel 30*.

Tabel 30. Sammenhængen mellem, at kommunen iværksætter tiltag til at forbedre samarbejdet med de praktiserende læger og kommunens vurdering af andelen af LÆ 265, der udgør et godt grundlag for rehabiliteringsteamets vurdering

	Ingen eller under halvdelen udgør et godt grundlag	Cirka halvdelen udgør et godt grundlag	Alle eller over halvdelen udgør et godt grundlag	Total (n)
Ikkekommunale tiltag	62%	28%	10%	100% (21)
Kommunale tiltag	48%	26%	26%	100% (46)

Kilde: Evaluering af sundhedsmodellen: Samarbejde med de praktiserende læger, Deloitte (2017a).

Note: n = 67 kommuner.

8.2.2 Manglende adgang til helbredsoplysninger for den praktiserende læge

Som en central sundhedsfaglig kontaktperson for borgeren og samarbejdspartner for kommunen er det vigtigt, at den praktiserende læge får de relevante helbredsoplysninger om borgeren. Imidlertid vurderer hver tredje praktiserende læge, at de aldrig eller sjældent modtager alle relevante helbredsoplysninger, som kommunen har indhentet som en del af sagens oplysning fra for eksempel speciallæger og psykologer, og som den praktiserende læge ikke selv kan tilgå.

Det betyder, at der er asymmetri i informationsniveauet, og at den praktiserende læge har et mangelfuldt grundlag at udfylde for eksempel LÆ 265 på. En sagsgennemgang af knap 400 sager, der er blevet behandlet af rehabiliteringsteamet, viser, at udover helbredsoplysningerne i LÆ 265 har kommunerne indhentet andre helbredsoplysninger i 79 procent af de gennemgåede sager (Deloitte, 2018). Der ligger således i langt de fleste sager helbredsoplysninger, som det er væsentligt, at den praktiserende læge får kendskab til.

Endvidere, og nok så væsentligt, er det borgeren, der på den baggrund risikerer at komme i klemme og blive kastebold i systemet, når de relevante oplysninger ikke er delt mellem de helt centrale aktører omkring borgeren.

Hvis den praktiserende læge ikke har de relevante oplysninger, kan det være vanskeligt at understøtte borgeren i at skabe mening og retning i det videre forløb. Desuden kan det ofte ende med, at borgeren selv skal distribuere relevante informationer om egen sag. Da det ofte er borgere, som er kognitivt udfordrede, er dette ikke hensigtsmæssigt og understøtter ikke et samarbejde eller en effektiv belysning af borgerens sag.

8.2.3 Den generelle helbredsattest kan træde i stedet for LÆ 265

I forlængelse af intentionen om, at kommunerne alene skal rekvirere den nødvendige lægelige dokumentation, viser evalueringen, at lægeattesten LÆ 265 vurderes som mindre relevant at indhente. Dette er tilfældet, hvor der indenfor kort tid er indhentet en generel helbredsattest (LÆ 145), idet

Den generelle helbredsattest (LÆ 145) kan bringes i anvendelse, når kommunen har behov for en samlet fremstilling og vurdering af en borgers helbredsforhold på baggrund af en konsultation.

denne i vidt omfang vurderes at indeholde de samme oplysninger om borgerens helbred og mulighed for at arbejde, og da den også er udarbejdet på baggrund af konsultation med borgeren.

Fra interview med praktiserende læger fremgår det, at det opleves som en gentagelse, når de skal udarbejde en LÆ 265 kort tid efter en generel helbredsattest (LÆ 145), og derfor henviser den praktiserende læge typisk til den generelle helbredsattest i selve lægeattesten. I cirka 8 procent af sagerne er der indenfor 6 måneder allerede indhentet en generel helbredsattest.

Erstattes LÆ 145 med LÆ 265 vil det være muligt for borgeren at nøjes med ét lægebesøg, hvilket kan bidrage til en hurtigere proces for belysning af borgerens sundhedsmæssige situation.

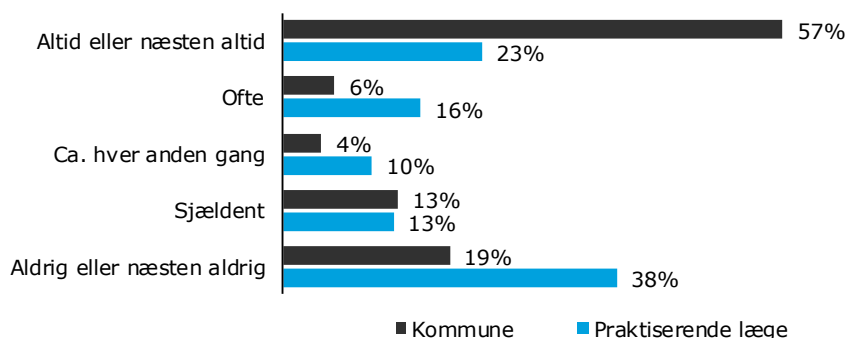
8.2.4 Kommunal variation i forhold til at sende rehabiliteringsteamets indstilling til den praktiserende læge

Kommunerne skal efter mødet i rehabiliteringsteamet sikre, at den praktiserende læge er velinformeret om kommunens beslutning i borgerens sag. Dette gør kommunen ved at sende rehabiliteringsteamets indstilling til den praktiserende læge. På denne baggrund kan den praktiserende læge bidrage til at skabe mening og retning for borgeren, undgå at borgeren kommer i klemme, afhjælpe usikkerhed og påpege relevante skånehensyn. Men dette kræver, at den praktiserende læge er orienteret om udviklingen i borgerens sag.

En opgørelse tyder på, at kommunerne kun i 34 procent af tilfældene sender indstillingen fra rehabiliteringsteamet til den praktiserende læge (Deloitte, 2017a)¹⁴.

Cirka halvdelen af de praktiserende læger vurderer, at de aldrig eller sjældent bliver orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling, jf. figur 98. Det ses endvidere af figuren, at 32 procent af kommunerne vurderer, at de sjældent eller aldrig orienterer den praktiserende læge om indstillingen.

Figur 98. Andelen af sager, hvor kommunerne skønner, at de orienterer praktiserende læge om indstillingen, og praktiserende lægers vurdering af andelen af sager, hvor de modtager indstillingen fra rehabiliteringsteamet



Kilde: Evaluering af sundhedsmodellen: Samarbejde med de praktiserende læger, Deloitte (2017a).

Note: n = 68 kommuner og n = 700 praktiserende læger.

¹⁴ Opgørelsen dækker over andelen af udarbejdede lægeattester (LÆ 265), der i 2017 er videresendt digitalt til den praktiserende læge.

Udfordringen i mange kommuner er, at der ikke er fastlagt en praksis for fremsendelse af indstillingen fra rehabiliteringsteamet, som derfor sendes ad andre veje end en fælles digital vej. For eksempel, fysisk post, via borgeren og lægens e-Boks.

Som det fremgår af nedenstående tabel, er der en positiv sammenhæng mellem, at praktiserende læge orienteres om rehabiliteringsteamets indstilling og lægens tilfredshed med samarbejdet med kommunen. Kun 9 procent af de læger, som skønner aldrig eller sjældent at være blevet orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling, vurderer samarbejdet med kommunen som meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende. Omvendt svarer 37 procent af de læger, der skønner altid eller ofte at være blevet orienteret om indstillingen, at de oplever samarbejdet med kommunen som meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende.

Tabel 31. Sammenhæng mellem praktiserende læges tilfredshed med samarbejdet med kommunen og andelen af attester, hvor praktiserende læge skønner at være blevet orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling

	Meget utilfredsstillende/tilfredsstillende	Hverken eller	Meget tilfredsstillende/tilfredsstillende	Total (n)
<i>Modtagelse af</i>				
Aldrig eller sjældent	52%	39%	9%	100% (220)
Cirka hver anden gang	26%	42%	32%	100% (65)
Altid eller næsten altid	17%	46%	37%	100% (166)

Kilde: Evaluering af sundhedsmodellen: Samarbejde med de praktiserende læger, Deloitte (2017a).

Note: n = 521 praktiserende læger.

Samtlige praktiserende læger tilkendegiver i interview, at modtagelsen af rehabiliteringsteamets indstilling er meget væsentlig for at kunne støtte op om borgeren.

8.2.5 Sundhedskoordinatorerne har begrænset kontakt med de praktiserende læger

Sundhedskoordinatoren har efter mødet i rehabiliteringsteamet en vigtig rolle som bindeled mellem kommune og praktiserende læge. Imidlertid vurderer henholdsvis 90 procent af de praktiserende læger og 76 procent af sundhedskoordinatorerne, at de aldrig eller næsten aldrig har været i kontakt med hinanden efter mødet i rehabiliteringsteamet.

Selvom det langt fra er relevant i alle sager at tage kontakt til den praktiserende læge, peger sundhedskoordinatorer og praktiserende læger på, at det vil være relevant, at sundhedskoordinatoren tager kontakt til borgers praktiserende læge i en række specifikke situationer:

- Rehabiliteringsteamet vil bede den praktiserende læge om at overveje en bestemt behandling.
- Den praktiserende læge eller borgeren er uenig i rehabiliteringsteamets indstilling.

- Borger fremkommer på mødet med helbredsoplysninger, hvor teamet er usikker på, om de er kendt af praktiserende læge.
- Borger fremstår på mødet på en måde, som vækker mistanke om væsentlige helbredsforhold, der ikke er omtalt i den foreliggende helbredsdocumentation, og som antageligt er ukendte for den praktiserende læge.

Der er ikke i dag fastlagt faste procedurer for, i hvilke tilfælde sundhedskoordinatoren skal tage kontakt til den praktiserende læge. En forudsætning for, at sundhedskoordinatoren kan tage kontakt er desuden, at der sikres et dækkende samtykke fra borger i forbindelse med mødet, og at det er muligt for sundhedskoordinatoren rent faktisk at komme i kontakt med den praktiserende læge, for eksempel via et direkte telefonnummer.

Fordi der ofte ikke er etableret kontakt mellem sundhedskordinator og praktiserende læge, er det ofte borgeren selv, der bliver bedt om at tage kontakt til sin praktiserende læge for at overlevere beskeder eller informationer fra rehabiliteringsteamet.

8.3 Konklusioner og opmærksomhedspunkter

Samarbejdet mellem kommuner og regioner om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering fra sundhedskordinatorfunktionen/klinisk funktion er overordnet godt etableret:

- Sundhedskordinatorfunktionen er i stand til at dække behovet for deltagelse i rehabiliteringsteammøderne i kommunerne, og det estimeres, at der i 2017 behandles cirka 10.000 flere sager (36.700 sager), end det var tilfældet i 2014 (26.700 sager).
- Der er blandt kommunerne tilfredshed med organiseringen af sundhedskordinatorfunktionen/klinisk funktion, og sundhedskordinatorfunktionen er bemandet med højtuddannede speciallæger.
- Der er generelt stor tilfredshed med samarbejdet med sundhedskordinatorerne blandt kommunerne, idet 81 procent af kommunerne vurderer, at samarbejdet med kommunerne om den sundhedsfaglige rådgivning fungerer godt eller meget godt.
- De kliniske funktioner har generelt kunnet levere den nødvendige kapacitet i forhold til udarbejdelse af lægeattester, og der har været en betydelig stigning i kommunernes anvendelse af lægeattesterne fra klinisk funktion.
- Der er blandt kommunerne et stort kendskab til de ydelser, som klinisk funktion tilbyder, og de ydelser, som klinisk funktion stiller til rådighed, vurderes af kommunerne som relevante og bidrager til udredning af borgerne. Endvidere angiver 73 procent af kommunerne, at de er enige eller meget enige i, at attesterne fra klinisk funktion opfylder det informationsbehov, kommunerne har.

Der kan samtidig identificeres en række mindre opmærksomhedspunkter, der knytter sig til samarbejdet med den praktiserende læge og deling af sundhedsoplysninger:

Kommunerne deler ikke indhentede helbredsoplysninger med praktiserende læge

Kommunerne deler ikke relevante helbredsoplysninger med den praktiserende læge. Hver tredje praktiserende læge oplever sjældent eller aldrig at modtage alle relevante helbredsoplysninger om sin patient. Men evalueringen viser, at udover helbredsoplysningerne i LÆ265 indhenter kommunerne supplerende helbredsoplysninger i 79 procent af sagerne. Den manglende

deling af helbredsoplysninger betyder, at borgeren kan komme i klemme i systemet, og at det kan være vanskeligt for den praktiserende læge at skabe mening og fælles retning i det videre forløb sammen med borgeren.

Sundhedskoordinator kontakter ikke den praktiserende læge

Evalueringen peger overordnet set på, at det er en udfordring, at sundhedskoordinatorerne kun meget sjældent tager kontakt til den praktiserende læge efter mødet i rehabiliteringsteamet. Det er problematisk, da sundhedskoordinatoren har en vigtig rolle som bindeled mellem kommune og praktiserende læge i forhold til borgeren.

Mulighed for afbureaukratisering i forbindelse med indhentning af LÆ 265

Det er et opmærksomhedspunkt, at det i nogle tilfælde ikke er relevant at indhente lægeattesten LÆ 265. En anden attest – den generelle helbredsattest – kan i visse tilfælde dække behovet. Den generelle helbredsattest indeholder i vidt omfang de samme oplysninger som LÆ 265, hvorfor den generelle helbredsattest kan træde i stedet, når den er indhentet indenfor kort tid (6 måneder). Dette er tilfældet i cirka 8 procent af sagerne, hvor lægeattesten efterspørges.

9. Datadeling til opfølgning og administration

Det er afgørende for såvel reformimplementering som reformopfølgning, at data effektivt kan indhentes og anvendes på tværs af forvaltningerne i kommunerne på beskæftigelses-, social-, og sundhedsområdet.

Datadeling til administrativt brug skal sikre, at kommunens medarbejdere kan realisere en tværgående koordineret indsats og sætte fælles mål og retning for den enkelte borger. Data til statistisk brug skal sikre opfølgning på og styring af ordningerne på reformområdet på såvel kommunalt som centralt niveau.

Af lovbemærkningerne for reformen fremgår det således, at data skal kunne deles til administrative formål i kommunen: *”Relevante oplysninger på uddannelses-, social- og sundhedsområdet skal indgå i det fælles datagrundlag på beskæftigelsesområdet til løsning af administrative opgaver, herunder til kontrol, samt at udstille oplysninger til borgeren på Min Side i Jobnet”.*

Udover administrativ datadeling i forbindelse med sagsbehandling i kommunerne, er det afgørende, at beskæftigelses-, social- og sundhedsdata kan indhentes og anvendes til statistisk og analytisk opfølgning på reformens intentioner, såvel i kommuner som nationalt.

Det fremgår således af aftaleteksten, at et fokuspunkt for den løbende opfølgning på ressourceforløb er, *”[at kunne følge] brugen af tilbud så detaljeret som muligt, herunder beskæftigelses-, sociale- og sundhedstilbud”.*

For at sikre adgang til data til statistisk formål blev der med reformen indført hjemmel til, at STAR kan indhente data fra de relevante områder til statistik- og analysebrug, jf. Lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen § 43.

Generelt skal der sikres datadeling på tre niveauer til tre forskellige formål:

- På *nationalt niveau* skal data på tværs af fagområder anvendes til statistik og opfølgning på, i hvilket omfang de politiske intentioner i reformen indfries. Data skal endvidere danne baggrund for analyser og effektevalueringer på reformområdet. Opgørelserne og analyserne skal sikre gennemsigtighed om reformens mål og resultater.
- På *kommunalt niveau* skal data anvendes til ledelsesinformation målrettet beslutningstagere lokalt i kommunerne, så indsatsen kan styres og tilrettelægges på et oplyst grundlag. Derudover skal data

bidrage til at give et overblik på tværs af kommunerne i forhold til udvikling og resultatskabelse.

- På *sagsbehandlerniveau i kommunerne* skal tværgående data bruges administrativt til at sikre fuld belysning af sagerne med henblik på at etablere et fælles målbillede for borgeren og tilrettelægge en effektiv, tværfaglig indsats og en effektiv og sikker sagsbehandling. Det er desuden ambitionen, at borgeren skal have adgang til informationerne i sin egen sag, så der sikres transparens, et fælles fokus og en indsats, der er tilrettelagt under hensyntagen til borgers individuelle behov.

9.1 Nationalt niveau: Data til statistik og opfølgning

Efter reformens ikrafttræden er dataindsamlingen på tværs af områder igangsat. Der arbejdes fortsat på at få dækkende data på alle områder. Status på, hvilke data der på nuværende tidspunkt er tilgængelige på de tre områder er følgende:

- Data er fuldt dækkende på beskæftigelsesområdet for alle kommuner og for hele perioden fra reformens ikrafttræden.
- Data på socialområdet er tilgængelige i et vist omfang, men er ikke fuldt dækkende hverken for kommuner eller på indsats. Data er således for socialområdet alene tilgængelige for 55 kommuner, data dækker først fra 2014 (og pt. frem til 2016), og data dækker en delmængde af de relevante indsatser.
- Data på det regionale sundhedsområde er tilgængelige. Dog er data om årsag til kontakt med praktiserende læge, speciallæger mv. ikke tilgængelige.
- Data på det kommunale sundhedsområde er ikke tilgængelige.

Der er således aktuelt fortsat en række udeståender i forhold til dækkende data på især socialområdet. Data på social og sundhedsområde er således ikke fyldestgørende i forhold til at lave statistik og opfølgning på, i hvilket omfang de politiske intentioner i reformen indfries.

Status på datatilgængeligheden indenfor hvert af de tre områder er nærmere beskrevet i tabellen nedenfor.

Tabel 32. Oversigt over datatilgængelighed på tværs af beskæftigelses-, sundheds- og socialområdet

	Tilgængelige data	Ikke tilgængelige data, men data findes	Ikke central dataindsamling (data findes ikke)	Kommentar
Beskæftigelsesdata	- Forsørgelsesgrundlag og -historik - Arbejdsmarkedsstatus - Kontaktforløb (samtaler) - Aktiv beskæftigelsesindsats og mentorstøtte - Ordinær beskæftigelse - Arbejdstid i fleksjob - Baggrundskarakteristika			
Socialdata	- Socialsager (børn og ungesager) i forhold til: - Anbragte børn - Forebyggende foranstaltninger til børn - Efterværn (unge)	- Socialsager (voksenhandicap og udsatte) i forhold til: - Socialpædagogisk støtte (bostøtte og støttekontaktperson) - Ophold i institutioner		Ved sager om handicappe udsatte voksne findes validerede data fra 55 kommuner. Data dækker først fra 2014 og pt. Frem til 2016. En række områder opdateres kun én gang årligt.
Regionale sundhedsdata	- Diagnoser - Indlæggelser på - Somatisk afdeling - Psykiatriske hospitalsafdelinger - Ambulant behandling på somatisk afdeling - Kontakt til: - Almen læge - Speciallæge - Privat fysioterapeut/kiropraktor - Privat psykiater - Privat psykolog - Distriktpsychiatrien - Psykiatrisk skadestue	Receptpligtige præparater fra apoteker (data er ikke tilgængelige pga. persondatahensyn.) Der er ikke hjemmel til indhentning af oplysninger om borgeres recept på receptpligtige præparater.	- Årsager til kontakt og diagnoser med: - Almenpraktiserende læger - Speciallæger - Tandlæger - Fysioterapeuter - Kiropraktorer - Fodterapeuter - Psykologer	Der indsamles ikke centralt data om årsager til kontakt og diagnoser med de praktiserende læger m.fl. Disse årsager findes kun i de praktiserende lægers, speciallægers mv. egne systemer. Data indhentes i stedet via lægeerklæringer, dvs. ikke strukturerede data.
Kommunale sundhedsdata			Kommunale sundhedstilbud, for eksempel genoptræning, ryg- og smertestringstilbud, kostvejledning, motion og træning mv.	Data findes alene i kommunale fagsystemer og indsamles ikke centralt. Kvalitet, validitet og karakteren af data om kommunale sundhedstilbud i de kommunale fagsystemer er uklare.

Kilde: Oversigt over Beskæftigelsesministeriets arbejde med at sikre data til statistisk og administrativ brug i forbindelse med reformen af førtidspension og fleksjob, STAR (2018e).

9.1.1 Beskæftigelsesområdet

På beskæftigelsesområdet er der fuldt dækkende data for alle kommuner. Disse data bruges til statistiske og opfølgningsrelaterede formål om antallet af borgere i ordningerne og den indsats, der gives for målgrupperne på reformområdet i beskæftigelsessystemet.

På beskæftigelsesområdet indsamler Beskæftigelsesministeriet (STAR) data direkte fra kommunerne, herunder data om, hvilke ydelser og indsatser borgerne modtager i beskæftigelsessystemet (STAR, 2018e).

Beskæftigelsesministeriet bruger data på beskæftigelsesområdet til statistik, analyser, opfølgning på reformer samt effektmålinger mv. Data leveres endvidere efter ansøgning videre til eksterne forskere mv. mhp. analyser og effektmålinger mv. af reformen.

9.1.2 Socialområdet

Data på socialområdet indsamles af Danmarks Statistik på vegne af Børne- og Socialministeriet.

Data til statistik og opfølgning på socialområdet indsamles indenfor følgende tre hovedområder:

- Voksenhandicapdata: data om sager og tilbud/ophold.
- Data om udsatte børn og unge: anbringelsesdata og data vedrørende person- og familierettede forebyggende foranstaltninger.
- Ældredata: herunder hjemmepleje mv. til yngre personer.

Data om udsatte børn og unge er fuldt dækkende, men på en række områder udestår der en indsamling af socialdata i forhold til at kunne give et fuldt dækkende billede af indsatsen på socialområdet på nationalt niveau. Beskæftigelsesministeriet modtager således aktuelt alene validerede data fra 55 kommuner på voksenhandicapområdet. Nuværende data dækker kun fra 2014 og frem til aktuelt 2016. En række områder opdateres endvidere kun én gang årligt.

Derudover er der udfordringer ift. hjælpemiddeldata, hvor der ikke aktuelt indsamles data. En indsamling er dog aktuelt under opbygning.

Beskæftigelsesministeriet har haft adgang til socialdata på Danmarks Statistiks ministerieordning i takt med at data er blevet indberettet og valideret af kommunerne. I dag modtager Beskæftigelsesministeriet socialdata i eget datavarehusmiljø i takt med at data fra kommunerne indsamles af Børne- og Socialministeriet og valideres af Danmarks Statistik. Dette giver mulighed for, at Beskæftigelsesministeriet kan anvende data til ledelsesinformation i kommunerne via STARs statistikbank Jobindsats.dk.

9.1.3 Regionale sundhedsdata

STAR har med Sundhedsdatastyrelsen indgået en aftale om levering af regionale sundhedsdata til eget statistiske datavarehus. Dermed har STAR adgang til en række data om borgernes kontakt til det regionale sundhedssystem, herunder:

- Kontaktdata ved praktiserende læge og speciallæger mv.
- Indlæggelser
- Somatiske og psykiske behandlinger

- Diagnoser stillet i det regionale sundhedsvæsen (ikke praktiserende læger).

Regionale sundhedsdata er fordelt på mange forskellige registre:

- *Landspatientregistret* – kontakt med hospitaler, diagnoser, behandlinger m.m.
- *Sygesikringsregisteret* – samtlige sygesikringsydelser.
- *DUSAS* – danske patienters behandling i udlandet og aktiviteter i danske speciallægepraksis, der ikke afregnes under sygesikringsoverenskomsten
- *Det Nationale Alkoholbehandlingsregister* – behandling for alkoholmisbrug
- *Register over stofmisbrugere i behandling* – type af stofafhængighed og behandlinger m.m.
- *Lægemiddelstatistikregisteret* – receptpligtige præparater fra almindelige apoteker
- *Genoptræningsregisteret* – genoptræningsplaner og -ydelser fra Landspatientregisteret og kommunale genoptræningsydelser.

Beskæftigelsesministeriet (STAR) vurderer, at der er en udfordring med datakomplethed i forhold til registrene for alkoholbehandling og behandling af stofmisbrug.

Data på receptpligtig medicin indsamles centralt, men Beskæftigelsesministeriet (STAR) har ikke hjemmel til at modtage data om receptpligtig medicin.

Årsager til kontakt og diagnoser fra praktiserende læger, speciallæger mv. indsamles ikke centralt i sundhedssystemet, men findes kun i de praktiserende lægers, speciallægers mv. it-systemer. Dermed er data om årsag til kontakt med praktiserende læge og diagnoser ikke tilgængelige, hvilket er en udfordring i analyse- og opfølgningssøjemed, da en betydelig del af målgruppens helbredsindsats gives via de praktiserende læger, speciallæger mv.

9.1.4 Kommunale sundhedsdata

Udover regionale sundhedstilbud yder kommunerne også en række tilbud inden for sundhedsområdet. Dette er eksempelvis rygtræning, motionshold mv. Beskæftigelsesministeriet har ikke adgang til data om kommunale sundhedstilbud/-indsatser, da der ikke findes strukturerede data om kommunale sundhedstilbud og der ikke indsamles data om kommunale sundhedstilbud fra de centrale myndigheder. Data findes alene i de kommunale fagsystemer. Kvalitet, validitet og karakter af disse data er uklar.

9.2 Kommunalt niveau: Data til ledelsesinformation til styring og tilrettelæggelse (statistik og opfølgning)

Det er centralt i reformen, at der er adgang til ledelsesinformation for beslutningstagere i kommunerne om reformens målgrupper og de tværgående indsatser, disse modtager. Information om ydelsesmodtagere og indsatser medvirker til at synliggøre, i hvilket omfang de kommunale jobcentre lever op til intentionerne med reformen.

Beskæftigelsesministeriet har derfor som ambition at sikre transparens i beskæftigelsesindsatsen ved at udstille frit tilgængelige målinger, hvor også social- og sundhedsindsatser for målgrupperne indgår.

Som det er tilfældet med data til brug på nationalt niveau, viser evalueringen af datatilgængelighed til opfølgning og statistik på kommunalt niveau, at der er dækkende og validerede data på beskæftigelsesområdet, mens der er udfordringer med især data på socialområdet.

Beskæftigelsesministeriet (STAR) stiller fra centralt hold systematisk ledelsesinformation til rådighed for alle kommuner på Jobindsats.dk, om reformmålgrupperne. Kommunerne har eksempelvis mulighed for at følge med i, hvor mange borgere i kommunen, der er i ressourceforløb, fleksjob, ledighedsydelse og førtidspension; varigheden af disse forløb; timer og progression i fleksjob; indsatser og kontakt i beskæftigelsessystemet samt status efter endt ydelsesforløb mv.

Kommunerne kan tilgå socialdata via Danmarks Statistik, men der er ikke validerede data fra alle kommuner på alle socialområder.

På sundhedsområdet er der ikke systematiske og validerede sundhedsdata til rådighed for kommunerne for målgrupperne i reformen.

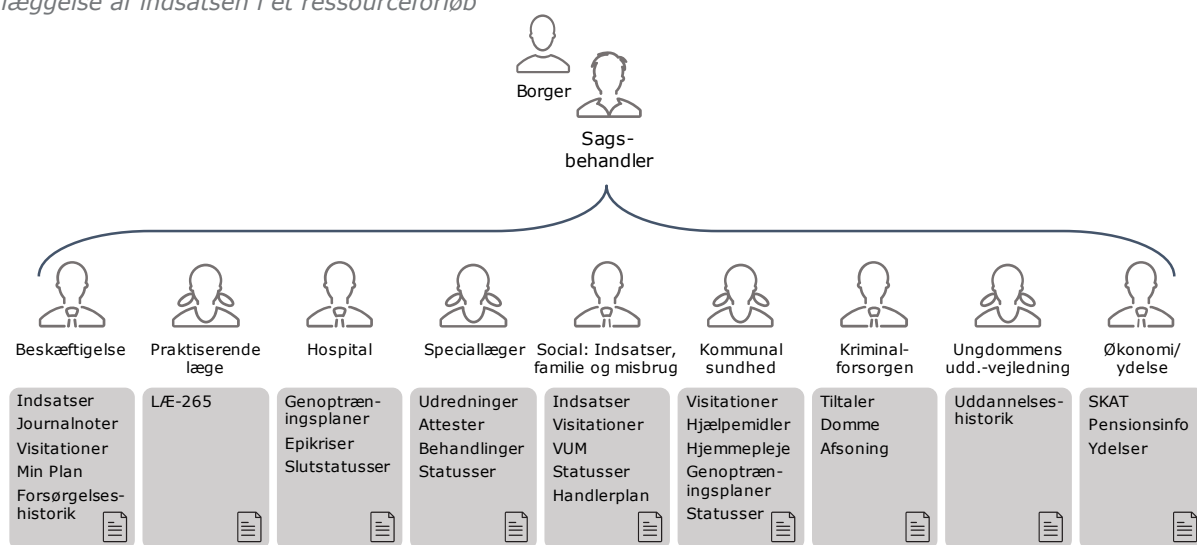
Data for social- og sundhedsindsatser, der gives som led i beskæftigelsesindsatsen, indgår aktuelt ikke på Jobindsats.dk i dag. Beskæftigelsesministeriet forventer, at den første måling med socialdata på Jobindsats.dk offentliggøres i første kvartal af 2018 for de kommuner, hvor der foreligger valide data indenfor alle socialområder. Der er ligeledes planer om på Jobindsats.dk at udstille opgørelser med sundhedsdata i løbet af 2018.

9.3 Sagsbehandlerniveau: Data og information til sagsbehandling og administration

Det er centralt for tilrettelæggelse af en tværfaglig indsats, at sagsbehandlere i kommunerne effektivt kan få et dækkende billede af indsatser og relevante forhold på tværs af forvaltninger, primært indenfor beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet. Dette kræver, at jobcentermedarbejderen har adgang til data om målgrupper på tværs af forvaltningsområder. Denne adgang til tværgående data i de administrative data findes ikke pt.

Sagsbehandlere skal for sager, der skal i rehabiliteringsteamet manuelt indhente forskellige typer dokumentation og oplysninger fra øvrige forvaltninger i kommunen mv. Nedenfor fremgår en illustration af de områder, hvorfra sagsbehandler kan have brug for at indhente oplysninger på borgers sag. Af figuren fremgår eksempler på, forskellige typer dokumenter sagsbehandlere kan have brug for at indhente i forbindelse med forberedelse af en sag til rehabiliteringsteamet eller tilrettelæggelse af indsatsen i et ressourceforløb.

Figur 99. Illustration af oplysninger, som sagsbehandler skal indhente på tværs af forvaltninger i forberedelsen af en sag til rehabiliteringsteamet eller tilrettelæggelse af indsatsen i et ressourceforløb



Kilde: Afdækning af behov for deling af oplysninger i forbindelse med rehabiliteringssager, Discus og Alexandra Instituttet (2017).

9.3.1 Barrierer for datadeling

Datadeling i forbindelse med forberedelsen af en sag til rehabiliteringsteamet eller tilrettelæggelse af indsatsen i et ressourceforløb er ikke digitalt understøttet på tværs af de forvaltningsspecifikke it-systemer. Der er endvidere ikke fælles praksis og procedurer for indhentning og videreformidling af data (Discus og Alexandra Instituttet, 2017).

I boksen nedenfor er en liste over eksempler på typiske it-systemer, hvor der kan foreligge relevante informationer på en borger med en rehabiliteringssag.

Eksempler på it-systemer, hvori data om borgere kan findes:

Centrale databaser og serviceplatforme:

- DFDG
- De nationale sundhedsregistre
- Ungedatabasen

ESDH-systemer (elektroniske sags- og dokumenthåndteringssystemer):

- ACADRE
- Get organised

Sektorspecifikke fagsystemer:

- Beskaeftigelse: Schultz Facit, KMD Opera, Workbase og KMD Momentum
- Social: EG Sensus
- Kommunal social-, sundheds-, og omsorgsindsatser: KMD NEXUS
- Regional sundhed: Sundhedsplatformen, Cosmic, og Columna Clinical Information System
- Kriminalforsorgen: Visma
- Økonomi: SKAT, kommunale ydelsessystemer, Pensionsinfo og Udbetaling Danmark

Systemer til tværsektoriel kommunikation/samarbejde:

- MediConnect
- NetForvaltning Sundhed.

Kilde: Discus og Alexandra Instituttet (2017).

Sagsbehandlere i jobcentrene, der arbejder med reformmålgruppen, har adgang til de data, der ligger i jobcentrets eget fagsystem. De data, der ligger i øvrige kommunale forvaltninger, har sagsbehandlerne ikke digital adgang til (Discus og Alexandra Instituttet, 2017).

Da datadeling imellem de kommunale forvaltninger ikke er understøttet af et fælles it-system, foregår indhentning af data manuelt og videreformidling primært via mail eller telefon. Derudover har mange kommuner ikke systematiske procedurer for, hvordan sagsbehandlere skal afsøge, om der er relevante data i andre kommunale forvaltninger (Discus og Alexandra Instituttet, 2017). I stedet anvender sagsbehandleren typisk sit netværk og sine relationer på tværs i kommunen til at indhente data om borgeren. Det medfører, at sagsbehandler er meget afhængig af sit netværk i andre forvaltninger og sit personlige kendskab til fagpersoner, der kan bidrage med relevant information til gældende sag.

Den gennemførte afdækning af deling af oplysninger i forberedelsen af en sag til rehabiliteringsteamet eller tilrettelæggelse af indsatsen i et ressourceforløb peger desuden på, at mange sagsbehandlere er usikre på, hvilke typer data de må dele, hvilket udgør yderligere barrierer både for indhentning og senere hen formidling og anvendelse af data (Discus og Alexandra Instituttet, 2017). For eksempel er der stor variation i kommunal praksis omkring indhentning af samtykke fra borgeren og kommunernes vurdering af nødvendigheden af karakteren af samtykket (mundtlig, skriftlig, partsført).

Manglen på et samlet system og/eller ensrettede procedurer, der sikrer systematisk søgning efter data på tværs af områder og forvaltninger, giver udfordringer i forhold til at sikre, at sagerne er tilstrækkeligt belyst. Desuden gør det sagsforberedelsen ineffektiv og kompliceret (Discus og Alexandra Instituttet, 2017).

På socialområdet indsamles i dag strukturerede data for alle kommuner. Data indberettes til Børne- og Socialministeriet via Danmarks Statistik. Der findes aktuelt valide data fra 55 kommuner. Teknisk set kan disse data "gives tilbage til kommunerne", således at den tværgående datadeling sikres i rehabiliteringssager. Dette kræver imidlertid, at det i lovgivningen præciseres, at data skal benyttes såvel til statistiske som administrative formål. I dag indsamler Børne- og Socialministeriet alene data til statistiske formål.

9.3.2 Borgeren bliver informant i egen sag

Når der ikke findes understøttende systemer, der giver overblik over, hvilke informationer der er relevante i en sag, hvilke data der kan indhentes, eller hvordan data skal indhentes, er det i høj grad den enkelte sagsbehandler og borgeren, der skal skabe overblik over data i en sag (Discus og Alexandra Instituttet, 2017). Derfor er sagsbehandleren i høj grad afhængig af, hvad borgeren selv fortæller om egen situation og historik. Dette udgør en risiko for at væsentlige forhold i borgerens sag overses.

Således danner sagsbehandleren sig et foreløbigt overblik ud fra, hvad borgeren fortæller, og ud fra data i jobcentrets egne systemer. Herefter kan sagsbehandler undersøge, hvilke informationer der foreligger i andre forvaltninger på baggrund af de fagpersoner, der kan opnås kontakt til.

Borgeren ender således med en stor del af ansvaret for at formidle relevant information i egen sag, hvilket er et problem, fordi der ofte er tale om borgere, som er særligt udsatte, og borgere, der er kognitivt udfordret. Børgeren har derfor ikke altid et komplet overblik eller kan huske, hvem der kan bidrage med relevante data i andre forvaltninger. Derudover er det et retssikkerhedsmæssigt problem, da der ikke er sikkerhed for, hvorvidt borgers sag er retmæssigt belyst, eller om der eksisterer relevante informationer, der ikke er kommet frem (Discus og Alexandra Institut, 2017).

9.4 Konklusioner og udfordringer

Evalueringen af udfordringerne med datadeling i reformen af førtidspension og fleksjob til brug for 1) statistik og opfølgning og 2) sagsadministration giver anledning til følgende hovedkonklusioner:

- Data indsamlet på centralt niveau på *beskæftigelsesområdet* kan anvendes til både statistiske og administrative formål. Det gælder således både i forhold til statistik og opfølgning på nationalt niveau og til ledelsesinformation for beslutningstagere på kommunalt niveau samt til administrativt brug blandt sagsbehandlere, der arbejder med reformgrupperne, i kommunerne. Data på beskæftigelsesområdet er fuldt dækkende for alle kommuner og perioder efter reformens ikrafttræden.
- Der er ikke fuldt dækkende data på *socialområdet*, og data indsamlet på centralt niveau kan alene anvendes til statistik og opfølgning på dels nationalt niveau dels ift. kommunal ledelsesinformation. Der er aktuelt alene validerede data fra 55 kommuner for alle socialområder (børn og unge samt voksenhandicapområdet), og disse dækker aktuelt alene perioden 2014-2016.
- Centralt indsamlede socialdata fra kommunen kan pt. ikke gives retur til kommunerne, således at der sikres adgang til socialdata i rehabiliteringssager. Dette vil kræve, at det præciseres i lovgivningen, at socialdata indsamles til såvel statistiske som administrative formål. Aktuelt indsamler Børne- og Socialministeriet alene socialdata til statistiske formål.
- Regionale data på *sundhedsområdet* indsamles centralt, og for perioden 2013 og fremefter er der fuldt dækkende data for så vidt angår regionale sundhedsdata/-indsatser. Data kan anvendes til statistik og ledelsesinformation på nationalt og kommunalt niveau. I forhold til regionale sundhedsdata er det en udfordring, at data vedr. årsager til kontakt og diagnoser ved praktiserende læge/speciallæge mv. ikke er tilgængelige. En stor del af den helbreds-mæssige kontakt med sundhedsvæsenet for reformgruppen foregår via praktiserende læge/speciallæger mv.
- Der indsamles centralt ingen data om kommunale sundhedsindsatser. Disse data findes alene i kommunale fagsystemer.

Uden relevante, dækkende, strukturerede og tværgående data fra de forskellige forvaltninger i kommunerne begrænses evaluerings- og opfølgningssmulighederne på reformen på nationalt niveau, ligesom den løbende lokale styring af og ledelsesinformation om udviklingen i målgrupperne og indsatserne på reformområdet på kommunalt niveau svækkes.

Evalueringen peger på tre hovedudfordringer i forbindelse med anvendelse og deling af data internt i kommunerne mellem forvaltninger i forhold til ambitionen om, at strukturerede, tværgående data kan skabe grundlaget

for en beslutningsunderstøtning af sagsbehandlerne i den løbende administrative sagsbehandling:

- Der findes ikke it-systemer/-processer, der understøtter struktureret deling af data mellem de forskellige forvaltninger i kommunerne. Sagsbehandlerne i beskæftigelsesforvaltningen har således umiddelbart ingen kanal til at få informationer om, hvorvidt en borger har sager i andre af kommunens forvaltninger.
- Der er i kommunerne usikkerhed om hjemlerne og reglerne vedr. indhentning (herunder samtykkeerklæringer fra borgerne). Dette giver sig udtryk i usikkerhed om, samt hvilke data der må deles, samt hvornår oplysninger er at betragte som relevante i en given sag, så de hermed må deles med andre aktører involveret i sagen.
- Manglende mulighed for sagsbehandlere for at anvende de data, der allerede er indsamlet til statistik og analyse ude i kommunerne, til belysning af den enkelte sag. De strukturerede socialdata, som kommunerne bruger tid og ressourcer på at registrere og indsamle til centrale statistik- og analyseformål, er alene indsamlet med statistikformål for øje og kan derfor som udgangspunkt ikke anvendes til sagsbehandling i kommunerne. Strukturerede data findes således på kommuneniveau, men må ikke bruges til administrative formål. Adgang til at anvende strukturerede data til administrative formål kunne potentielt bane vejen for implementering af it-løsninger, der kan understøtte datadeling og formidling i forbindelse med sagsbehandlingen i kommunerne og dermed skabe grundlaget for at beslutningsunderstøtning af sagsbehandlerne.

En konsekvens ved manglende adgang til strukturerede data samt uensartede praksisser i forhold til indsamling og deling af data er, at borgeren bliver informant i egen sag og selv skal viderebringe relevant information til sagsbehandler. Der er herigennem en væsentligt risiko for, at vigtige oplysninger ikke inddrages i sagsbehandlingen – hvilket både udgør et problem for borgerne og sagsbehandling af sagerne i kommunerne.

10. Administrative udfordringer og mulige forbedringer

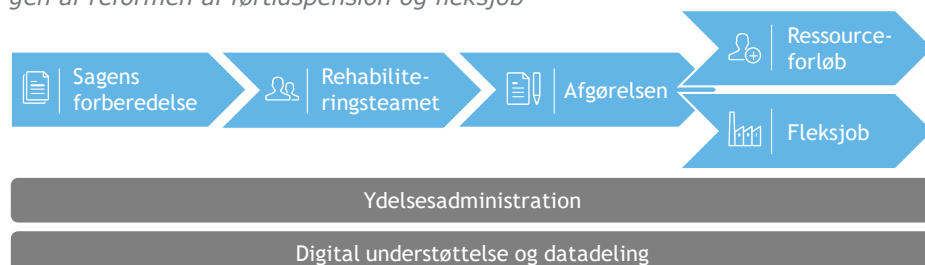
Med reformen af førtidspension og fleksjob blev der indført en række nye regler og krav til kommunernes praksis for behandling af sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. Det er centralt for reformen, at nye regler om organisering, ydelser og indsatser kan administreres enkelt og ubureaukratisk.

Med henblik på at identificere utilsigtede administrative udfordringer forbundet med reformen og få et indtryk af, hvordan reformens regler og proceskrav kan forbedres, er der gennemført en temperaturmåling blandt et udvalg af kommunale jobcenter- og ydelsescentermedarbejdere og ledere.

Temperaturmålingen er gennemført som to workshops om mulige forbedringer med deltagere fra 10 kommuner. Temperaturmålingen er baseret på deltagernes tilkendegivelser om oplevede udfordringer og forslag til forbedringer og afbureaukratisering relateret til reformens regler og administrative rammer. Der er derfor tale om data, der ikke har repræsentativ karakter. Af den årsag inddrages i det følgende alene udfordringer og forbedringsforslag, der understøttes af andre kilder i evalueringsarbejdet.

Udfordringer og forslag er blevet drøftet indenfor fem processuelle temaer og to tværgående temaer, jf. figur 100.

Figur 100. Drøftede temaer i workshops til temperaturmåling af implementeringen af reformen af førtidspension og fleksjob



Kilde: Implementering af regler, administration og proceskrav i reformen af førtidspension og fleksjob: Oplevelser fra udvalgte medarbejdere og ledere fra 10 kommuner, DISCUS, Epinion og COWI (2018).

Som led i drøftelsen af de syv temaer har én eller flere kommunale medarbejdere peget på en række konkrete men mindre udfordringer, som opleves at gøre sig gældende for medarbejdere i kommunerne. Der blev endvidere peget på en række mindre forslag til afbureaukratisering.

10.1 Oplevede udfordringer

De deltagende kommunale medarbejdere har samlet set peget på konkrete udfordringer, som er oplistet nedenfor.

1. Uklart, hvad dokumentationskravet præcist er i sager til rehabiliteringsteamet

I forhold til forberedelsen af sagen peger flere medarbejdere fra kommunerne på, at dokumentationskravet til rehabiliteringssager er omfattende, og der er en oplevelse af, at kravene er stigende. Medarbejderne peger desuden på, at det er uklart, hvilken dokumentation der skal indgå ifølge reglerne, herunder i henhold til nye afgørelser fra Ankestyrelsen.

Udfordringen vedrørende dokumentationskravet skal ses i sammenhæng med evalueringsresultater i kapitel 7 om rehabiliteringsteam.

2. Uklart, hvornår en sag er tilstrækkeligt belyst

I såvel forberedelsen af *mødet i rehabiliteringsteamet* som selve mødet blev der påpeget administrative udfordringer. Ifølge medarbejderne er det ofte uklart, hvornår en sag er tilstrækkeligt belyst, og iblandt rehabiliteringsteamets medlemmer er der forskellige fortolkninger af reglerne herfor.

Udfordringen vedrørende belysning af sagerne skal ses i sammenhæng med evalueringsresultater i kapitel 7 om rehabiliteringsteam og kapitel 9 om datadeling.

3. Kan være en udfordring at sikre rette kompetencer på mødet

Desuden blev det påpeget, at der kan være udfordringer med at have de rigtige fagpersoner med til møderne, for eksempel virksomhedskonsulenter. Evalueringen har vist, at virksomhedskonsulenter ofte kan bidrage til et stærkere beskæftigelsesfokus på møderne.

Udfordringen vedrørende kompetencerepræsentation på rehabiliteringsmøderne skal ses i sammenhæng med evalueringsresultater i kapitel 7 om rehabiliteringsteam.

4. Unødigt bureaukrati, at indstilling og afgørelse er skilt ad

Afgørelsen af sagen indeholder ofte dobbeltarbejde, og processen er meget forskellig kommunerne imellem ifølge de medarbejdere, der deltog i temperaturmålingen. Det blev adresseret, at det ofte er unødigt ressourcekrævende når rehabiliteringsteamet har udarbejdet deres indstilling, hvorefter et andet udvalg i kommunen skal træffe afgørelse om indsatsen. I forbindelse hermed har evalueringen peget på, at kommunerne altid følger rehabiliteringsteamets indstilling.

Udfordringen vedrørende adskillelse af indstilling og afgørelse skal ses i sammenhæng med evalueringsresultater i kapitel 7 om rehabiliteringsteam.

5. Tidskrævende og besværligt at udarbejde indsatsplanen

I borgerens *overgang til ressourceforløb* oplever medarbejderne i kommunerne, at det er tidskrævende at udarbejde en indsatsplan, når rehabiliteringsteamet ikke har beslutningsmyndighed indenfor eget område. Der opstår ofte tilbageløb, når rehabiliteringsteamet indstiller til en indsats, der senere viser sig ikke at være mulig, når man spørger i forvaltningen – der mangler samarbejde og beslutningsmyndighed i rehabiliteringsteamet, mener de adspurgte medarbejdere.

Udfordringen vedrørende indsatsplanen skal ses i sammenhæng med evalueringsresultater i kapitel 4 om ressourceforløb og kapitel 7 om rehabiliteringsteam.

6. Vanskelig dokumentation i forbindelse med fastholdelsesfleksjob

Der er vanskeligt administrerbare regler vedrørende fastholdelsesfleksjob. Medarbejderne påpeger, at kravet om ansættelse på særlige vilkår i 12 måneder forud for fastholdelsesfleksjob er vanskeligt administrerbart og svært at forklare virksomhederne, der typisk ikke lever op til de strenge dokumentationskrav.

Udfordringerne i forhold til fleksjob skal ses i sammenhæng med evalueringsresultater i kapitel 5 om fleksjobordningen.

7. Ikke gavnligt med krav om obligatorisk brug af anden aktør på ledighedsydelse

Desuden blev det konkluderet, at obligatorisk brug af anden aktør ikke er gavnlig for alle borgere, og at det ikke understøtter en aktiv jobsøgning.

Udfordringerne i forhold til obligatorisk brug af anden aktør skal ses i sammenhæng med evalueringsresultater i kapitel 5 om fleksjobordningen.

8. U hensigtsmæssig opfølgningsskandance og skelnen mellem midlertidige og permanente fleksjob

Det blev adresseret, at opfølgningen på fleksjob efter to et halvt år er overflødig, da den allerede finder sted, og at det er uhensigtsmæssigt, at borgere både kan få midlertidige og permanente fleksjob.

Udfordringerne i forhold til opfølgningsskandance og midlertidighed skal ses i sammenhæng med evalueringsresultater i kapitel 5 om fleksjobordningen.

9. Svært at beregne og kommunikere flekslønstilskuddet

Ydelsesadministrationen i praksis er udfordrende i forhold til flekslønstilskuddet, som medarbejderne, der deltog i de afholdte workshops, mener er en administrativ tung beregningsopgave. Medarbejderne udtrykker, at det kun i begrænset omfang kan betale sig at gå op i tid for borgere med små indkomster, og det er udfordrende at udregne og kommunikere flekslønstilskuddet.

Udfordringerne i forhold til fleksjobtilskuddet skal ses i sammenhæng med evalueringsresultater i kapitel 5 om fleksjobordningen.

Af de gennemførte workshops fremgik der ligeledes udfordringer i forhold til digital understøttelse af sagsadministration. Disse udfordringer er afdækket i kapitel 9.

10.2 Forslag til forbedringer

Efter at have peget på ovennævnte udfordringer har de kommunale jobcentermedarbejdere peget på en række mindre forslag til ændringer eller afbureaukratisering indenfor hvert af de berørte temaer.

Deltagernes forslag til forbedring og afbureaukratisering er generelt kendetegnet ved at være forslag til mindre ændringer og justeringer i forhold til bedre at understøtte den retning, der er lagt i reformen.

I oversigten nedenfor ses en kort beskrivelse af, hvilke typer forslag der er blevet peget på indenfor de syv temaer.

Forslag til forbedringer og afbureaukratisering

Forslag i forbindelse med forberedelse af sagen drejer sig blandt andet om

- Større grad af fleksibilitet i kravene til forberedelsen, særligt indenfor krav til rehabiliteringsplaner, åbenlyse pensionssager og brug af LÆ 265.
- Præcisering af, hvilke forvaltninger der skal deltage i forberedelsen, og øget borgeradgang til rehabiliteringsplanen.

Forslag i forbindelse med mødet i rehabiliteringsteamet drejer sig blandt andet om

- Yderligere deltagelse af virksomhedskonsulenter og yderligere lægekonsultation end alene fra sundhedskoordinator.
- Øget beslutningsmyndighed til rehabiliteringsteamet.

Forslag i forbindelse med afgørelsen drejer sig blandt andet om

- Afbureaukratisering ved øget beslutningsmyndighed til rehabiliteringsteamet og jobcentret.
- Faste rammer for datadeling efter mødet i rehabiliteringsteamet.

Forslag i forbindelse med ressourceforløb drejer sig blandt andet om

- Kun én plan for borgeren.
- Flere krav til brug af digitale redskaber skal øges – særligt kravet om digitalt cv.

Forslag i forbindelse med fleksjob drejer sig blandt andet om

- Ændring af specifikke krav til opfølgning og revurderinger samt afskaffelse af midlertidige fleksjob.

Forslag i forbindelse med ydelsesadministration drejer sig blandt andet om

- Mere klare regler i forhold til fleksløn tilskud, normallønsloft, afholdelse af ferie og modregning på tværs af ydelser.

Forslag i forbindelse med digital understøttelse og datadeling drejer sig blandt andet om

- Bedre borgeradgang og en fælles datadelingsplatform.
- Løbende opdatering af vejledninger og skemaer.

Materialeliste

Ankestyrelsen (2014) *Praksisundersøgelse af kommunernes anvendelse af rehabiliteringsteam*

Ankestyrelsen (2015) *Praksisundersøgelse af kommunernes tilkendelse af førtidspension*

Ankestyrelsen (2016) *Fleksjob til borgere med aktuelt meget begrænset arbejdsevne*

Ankestyrelsen (2018) *Ankestyrelsens undersøgelse: Redegørelse for Ankestyrelsens afgørelser i sager om ressourceforløb - når borgeren har klaget over, at der ikke er tilkendt førtidspension*

Beskæftigelsesministeriet (2016) *Effekterne af førtidspensions- og fleksjob-reformen for unge i kontanthjælpssystemet og på ressourceforløb*

Beskæftigelsesministeriet (2018) *Evaluering af økonomien i reformen af førtidspension og fleksjob*

Beskæftigelsesudvalget (2017a) *Alm.del endeligt svar på spørgsmål 554 – Offentligt*

Beskæftigelsesudvalget (2017b) *Alm.del endeligt svar på spørgsmål 555 – Offentligt*

COWI og DISCUS (2015) *Kommunernes brug af fleksjob på få timer*

COWI (2018) *Evaluering af koordinerende sagsbehandler og mentor for ressourceforløb*

Deloitte (2014) *Fleksjob født med progression: Analyse af drivere og barrierer for progression i små fleksjob*

Deloitte (2015a) *Tættere på job og uddannelse: Evaluering af samarbejdet mellem kommuner og regioner om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering fra de regionale sundhedsenheder*

Deloitte (2015b) *Fleksjob født med progression. Projektforløb og resultater*

Deloitte (2017a) *Evaluering af sundhedsmodellen: Samarbejde med de praktiserende læger*

Deloitte (2017b) *Evaluering af Empowermentprojektet*

Deloitte (2018) *Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats*

DISCUS og Alexandra Instituttet (2017) *Afdækning af behov for deling af oplysninger i forbindelse med rehabiliteringssager*

DISCUS og Epinion (2017) *Rundt om fleksjob*

DISCUS, Epinion og COWI (2018) *Implementering af regler, administration og proceskrav i reformen af førtidspension og fleksjob: Oplevelser fra udvalgte medarbejdere og ledere fra 10 kommuner*

KL (2016) *KL-undersøgelse af jobcentrenes erfaringer med ressourceforløb*

Metrica og K. Lykke Sørensen (2017) *Effektanalyse af begrænset adgang til førtidspension: betydning for arbejdsmarkedstilknytning*

Mploy (2015a) *Åbenlyse førtidspensionssager*

Mploy (2015b) *Processen for sager, der skal behandles i et rehabiliterings-team*

Mploy og Epinion (2016) *Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i ressourceforløb*

Mploy og Kantar Gallup (2018) *Landsdækkende brugerundersøgelse blandt borgere i målgruppen for reformen af førtidspension og fleksjob*

Rambøll (2015) *Analyse af den tværfaglige rehabiliterende indsats*

Rigsrevisionen (2016) *Rigsrevisionens beretning om BM's data om ressourceforløb*

SFI (2015) *Ressourceforløb: Koordinerende sagsbehandler og borgeres erfaringer*

SFI (2016) *Borgere i fleksjob efter reformen*

STAR (2016) *Mentor som eneste indsats*

STAR (2017a) *Grupper af ressourceforløbsmodtagere*

STAR (2017b) *Indsatser for borgere i ressourceforløb*

STAR (2017c) *Nøddeskalsnotat 2017: Oversigt over forsørgelsesydelsesmodtagere, der modtager sociale ydelser*

STAR (2017d) *Kvantitativ kortlægning af mentorordningen på FØP/FLEKS-området*

STAR (2017e) *Forløbsanalyse af fleksjobbere*

STAR (2017f) *Grupper af fleksjobbere før og efter reformen 2013*

STAR (2017g) *Grupper af fastholdelsesfleksjobbere før og efter reformen 2013*

STAR (2017h) *Analyse af udvikling i arbejdstid for ansatte i fleksjob under ny fleksjobordning*

STAR (2017i) *Fleksjobberenes arbejdsmarked*

STAR (2017j) *Kommunal variation i tilkendelser af førtidspension*

STAR (2017k) *Førtidspensionisternes arbejde og alder*

STAR (2017m) *Rummelighed og økonomiske incitamentter til progression i den nye fleksjobordning*

STAR (2017n) *Centrale figurer for reformen af førtidspension og fleksjob (november 2017)*

STAR (2018a) *Socialindsatser og sundhedskontakt*

STAR (2018b) *Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013*

STAR (2018c) *Supplerende opgørelser til brug for evalueringen af FØP/FLEKS*

STAR (2018d) *Viden om effekter af indsatser for ledige og andre personer på overførselsindkomster*

STAR (2018e) *Oversigt over Beskæftigelsesministeriets arbejde med at sikre data til statistisk og administrativt brug i forbindelse med reformen af førtidspension og fleksjob*

STAR (2018f) *Intentionerne bag samarbejdsmodellen mellem regioner og kommuner om sundhedsfaglig rådgivning og klinisk funktion*

STAR (2018g) *Databehov og datatilgængelig*

Sundhedsstyrelsen (2011) *Notat vedrørende prognose for psykiske lidelser*

Væksthuset (2017) *BIP indikatorer og jobsandsynlighed*



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 264.000 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 for en udførlig beskrivelse af den juridiske struktur i Deloitte Touche Tohmatsu Limited og dets medlemsfirmaer.