

”En længe ventet gæst ...?”



”En længe ventet gæst ...?”

"En længe ventet gæst...?"

2011

Psykiatrisk Center København
Region Hovedstaden Psykiatri

OPUS Nørrebro
Hans Kirks Vej 6, 2200 København N
www.opus-kbh.dk

Forord

Denne rapport med titlen *"En længe ventet gæst...?"* sammenfatter resultatet af en undersøgelse, som er gennemført i 2010, af relationen mellem voksne unge med skizofrenilidelser og jobcentrene med henblik på integration og fastholdelse på arbejdsmarkedet.

Undersøgelsen er igangsat, fordi der mangler viden om, hvordan voksne unge med skizofrenilidelser ser sig selv i forhold til arbejdsmarkedet, hvilke erfaringer de har med jobcentrene, og hvordan de vurderer den indsats, som bliver gjort for dem i forbindelse med valg af uddannelse og erhverv, jobsøgning, arbejdsmarkedsrettede tiltag o.l.

I takt med udbygningen af distriktpspsykiatrien er man i stigende grad begyndt at interessere sig for at gøre en arbejdsmarkedsrettet indsats over for psykisk syge. Indsatsen er forankret i forskellige systemer og med forskellige indfaldsvinkler.

Nogle udfolder sig på områder med fast forankrede procedurer, for eksempel kommunale beskæftigelseskonsulenter, revalideringsinstitutioner o.l., andre i regi af væresteder, der som et sidetilbud forsøger at få brugerne i arbejde. Derudover opererer private firmaer og oplysningsforbund på området.

Det har derfor været et vigtigt formål at belyse, hvilken effekt jobcentrenes vejledning har på motivationen hos voksne unge i skizofrenispektret for at fastholde eller forsøge at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet.

Et andet vigtigt formål har været at få systematisk og evidensbaseret viden om, hvad der skal til for at fremme relationen mellem voksne unge med skizofrenilidelser og arbejdsmarkedet med udgangspunkt i de pågældendes egne holdninger, forventninger og erfaringer. Det har således været et ønske at give denne målgruppe mulighed for at komme til orde.

Denne nye viden har endelig skullet bruges til at udvikle en strategi for individuel vejledning, hjælp og støtte til voksne unge i skizofrenispektret i forbindelse med valg af erhverv og jobsøgning såvel som fastholdelse af et arbejde.

Undersøgelsen har haft tre målgrupper, nemlig patienter i aldersgruppen 18 til 35 år, der er tilknyttet OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet, patienternes kontaktpersoner i de tre OPUS-teams samt beskæftigelseskonsulenter og fagpersoner i jobcentre og forvaltninger.

Undersøgelsen er gennemført med tilskud fra Trygfonden og baserer sig på et omfattende feltarbejde.

Undersøgelsen er tilrettelagt af OPUS Nørrebro og gennemført i samarbejde med OPUS Hvidovre, OPUS Rigshospitalet samt analysevirksomheden Strategisk Netværk® ApS.

Den 26. april 2011

Johnny O'Hagan
Erhvervskonsulent
OPUS Nørrebro
Psykiatrisk Center København
Region Hovedstadens Psykiatri

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Forord..... | 3 |
| Indholdsfortegnelse..... | 5 |
| Sammenfatning..... | 7 |
| Kapitel 1: Konklusioner og strategi | |
| - Behov for en nytænkende alliance..... | 13 |
| 1.1. Undersøgelsens rationale..... | 13 |
| 1.2. Undersøgelsens fokus..... | 13 |
| 1.3. Undersøgelsens konklusioner | 14 |
| 1.4. En alliancestrategi..... | 16 |
| 1.4.1. Strategiens fundament | 18 |
| 1.4.2. Vurdering af modellens fordele og ulemper | 19 |
| Kapitel 2: Kontakt, kommunikation, samarbejde | 21 |
| 2.1. Profil af 32 interviewpersoner | 21 |
| 2.2. Den første kontakt med jobcentret..... | 23 |
| 2.2.1. Miljøet i jobcentret | 26 |
| 2.3. Samarbejdet og kommunikationen med jobcentret | 27 |
| 2.3.1. Dialogen | 28 |
| 2.3.2. Kommunikationsformen og kontakten..... | 30 |
| Kapitel 3: Behovet for anerkendelse..... | 33 |
| 3.1. Menneske - ikke sagsnummer..... | 33 |
| 3.1.1. Fra underkendelse til anerkendelse..... | 34 |
| 3.2. Behandlingssted, jobcenter og bisidder | 36 |
| 3.3. Erfaringer med uddannelse og arbejdsmarked | 38 |
| 3.4. En case | 40 |
| 3.5. Patienternes råd til jobcentret | 44 |
| 3.5.1. Bedre koordination | 44 |
| 3.5.2. Bedre kommunikation..... | 45 |
| Kapitel 4: Hvad mener patienterne? | |
| - Om kontakten, miljøet i og samarbejdet med jobcentret..... | 47 |
| 4.1. Respondenternes baggrund | 48 |
| 4.2. Meninger om kontakten med og miljøet i jobcentret..... | 50 |
| 4.3. Samarbejdet med jobcentret..... | 53 |
| Kapitel 5: Kontaktpersoner i OPUS | |
| - Bisiddere og interessevaretagere | 59 |
| 5.1. Patienternes motivation | 60 |

| | | |
|--------|---|----|
| 5.2. | Kontaktperson, bisidder og advokat..... | 62 |
| 5.3. | Kommunikationen med jobcentret | 64 |
| 5.3.1. | Hyppige sagsbehandlerskift hæmmer dialogen | 64 |
| 5.3.2. | Beskæftigelsessystemet er formelt enstrengt, men reelt flerstrengt..... | 65 |
| 5.4. | Relationen mellem jobcentret, OPUS og voksne unge med skizofrenilidelser..... | 67 |
| 5.4.1. | Jobcentrets kendskab til patienterne | 67 |
| 5.4.2. | Den beskæftigelsesrettede indsats..... | 68 |
| 5.4.3. | Patienternes behov for uddybende information..... | 69 |
| 5.4.4. | Stigma om skizofreni | 70 |
| 5.4.5. | Det ulige samarbejde..... | 71 |
| 5.5. | Kontaktpersonernes forslag til forbedring af beskæftigelsesindsatsen | 72 |

**Kapitel 6: Beskæftigelseskonsulenter i jobcentret
- Myndighedspersoner og formidlere..... 75**

| | | |
|--------|--|----|
| 6.1. | Organiseringen af borgerkontakten | 75 |
| 6.1.1. | Titlens og strukturens betydning..... | 76 |
| 6.1.2. | Jobcenter Rødovre og Jobcenter København Skelbækgade | 78 |
| 6.2. | Beskæftigelseskonsulenternes viden om psykiske lidelser | 79 |
| 6.3. | Samarbejdet med og rundt om en borger med en psykisk lidelse | 81 |
| 6.3.1. | Procedure, tilbud og forsørgelsens varighed | 81 |
| 6.3.2. | Den tillidsskabende samtale | 83 |
| 6.4. | Samarbejdet mellem beskæftigelseskonsulent, borger og OPUS | 85 |
| 6.5. | Det arbejdsmarkedsrettede perspektiv | 88 |

Bilag

Sammenfatning

Målet med undersøgelsen af relationen mellem voksne unge i skizofrenispektret, jobcentrene og arbejdsmarkedet er at bibringe systematisk og evidensbaseret viden, der gør det muligt at udvikle en strategi for individuel vejledning, hjælp og støtte til de pågældende personer i forbindelse med såvel valg af erhverv og jobsøgning som fastholdelse af et arbejde.

Begrundelsen for at gennemføre undersøgelsen er, at der mangler en detaljeret kortlægning af, hvilke erfaringer voksne unge i skizofrenispektret har med jobcentrene, og hvordan de vurderer relevansen af den vejledning og de tilbud, som de har fået i forbindelse med integration og fastholdelse på arbejdsmarkedet.

Man ved derfor ikke med sikkerhed, hvilken effekt jobcentrenes vejledning har på motivationen hos voksne unge med funktionsnedsættelse i skizofrenispektret for at fastholde eller søge et job. Der er med andre ord behov for at tilvejebringe et mere dækkende grundlag for at kvalificere indsatsen specielt for denne gruppe mennesker.

Om undersøgelsen

Undersøgelsens primære målgruppe er den samlede population på 282 patienter i aldersgruppen 18 til 35 år tilknyttet OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet. De pågældende patienter har diagnoser inden for F20-området (skizofreni, psykoser og skizotypi)¹.

De sekundære målgrupper består dels af beskæftigelseskonsulenter og sagsbehandlere i de kommunale forvaltninger og jobcentre, som dækker optagelsesområderne for ovennævnte OPUS-teams, dels patienternes kontaktpersoner i OPUS.

I rapporten benyttes ordet "patienter", fordi det er den betegnelse, som OPUS selv benytter om deltagerne i et behandlingsforløb. Desuden anvendes ordet "interviewpersoner" om deltagerne i interviewene, uanset om de er patienter eller kontaktpersoner i OPUS eller beskæftigelseskonsulenter og fagpersoner. Endvidere bruges betegnelsen "respondenter" om deltagerne i spørgeske- maundersøgelsen, som udelukkende henvendte sig til patienterne i de tre OPUS-teams. Endelig benyttes ordene "beskæftigelseskonsulenter" og "sagsbehandlere" uden nærmere definition på eventuelle forskelle, fordi patienterne i interviewene ikke sondrer specifikt mellem de forskellige fagpersoner, som de har mødt i sagsforløbet.

Undersøgelsen er baseret på research af dokumentarisk materiale samt et omfattende feltarbejde, der har omfattet følgende aktiviteter:

1. Et antal patientforløb er gennemgået med henblik på at identificere typiske karakteristika, særpræg og fællestræk. To forløb er efterfølgende beskrevet som cases, og det ene er sammenfattet i anonymiseret form i rapporten.
2. Der er gennemført dybtgående personlige interviews med 32 patienter, hvoraf 20 mænd og 12 kvinder, hvilket er på niveau med kønsfordelingen i den samlede population. Gennemsnitsalderen er godt 27 år. 31 af patienterne bor i Københavns Kommune og en enkelt i Frederiksberg Kommune.

¹ Kategoriseringen henviser til WHO's diagnosesystem for psykiatriske lidelser, ICD-10.

3. Desuden er 9 kontaktpersoner i OPUS blevet interviewet. De pågældende kontaktpersoner fordeler sig antalsmæssigt ligeligt på OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet.
4. Der er herudover foretaget interviews med 4 beskæftigelseskonsulenter i Jobcenter København Skelbækgade, 2 beskæftigelseskonsulenter i Jobcenter Rødovre samt 2 fagpersoner ansat i Team Handicap og Socialpsykiatri i Fredensborg Kommune. Interviewene med medarbejderne i Jobcenter Rødovre og Fredensborg Kommune er foretaget med henblik på at perspektivere interviewene med medarbejderne i Jobcenter København Skelbækgade.
5. Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse, som gav samtlige 282 patienter i de tre OPUS-teams mulighed for at besvare en række spørgsmål om blandt andet deres uddannelsesmæssige baggrund, forsørgelsesgrundlag, erfaringer med arbejdslivet samt kontakt og samarbejde med jobcentret. Svarprocenten var ca. 46 og godt 44, når der ses bort fra 2 blanke og 2 ugyldigt udfyldte spørgeskemaer. I og med spørgeskemaundersøgelsen omfattede hele populationen - og ikke blot en stikprøve - af patienter, er resultatet statistisk robust.
6. Der er afholdt en workshop den 6. januar 2011 med deltagelse af repræsentanter fra Jobcenter København Skelbækgade og Jobcenter Rødovre samt medlemmerne af undersøgelsens følgegruppe. Workshopen havde tre formål:
 - At debattere væsentlige temaer, observationer og resultater, der kan udledes af undersøgelsen, med repræsentanter fra beskæftigelsessystemet og det ambulante behandlende psykiatriske område.
 - At drøfte hvilke tiltag undersøgelsens resultater kan give anledning til for at sikre så optimale vilkår som muligt for samarbejdet mellem voksne unge med en lidelse i skizofrenispektret og jobcentrene.
 - At kvalificere grundlaget for rapporten.
7. Temaer, problemstillinger og observationer er endelig løbende blevet drøftet i dels en følgegruppe bestående af erhvervskonsulent Johnny O'Hagan, OPUS Nørrebro, projektchef Søren Carøe, Strategisk Netværk ApS, psykolog Klaus Christensen samt arbejdsfstholdelseskonsulent Kåre Petersen, Jobcenter Rødovre, dels i Rådet for ligestilling af mennesker med psykosociale handicap på arbejdsmarkedet.

Rapporten indeholder forord, sammenfatning, seks kapitler og tre bilag vedrørende interessenter og spørgeguides, svarfordelingerne i spørgeskemaundersøgelsen samt dokumentarisk materiale.

Indholdet i de seks kapitler sammenfattes i det følgende.

Kapitel 1: Konklusioner og strategi - Behov for en nytænkende alliance

Kapitlet uddyber baggrunden for undersøgelsen, og hvad den har fokuseret på. Dernæst præsenteres tre konklusioner om beskæftigelsesindsatsens effekt, de beskæftigelsesrettede tilbud samt den virkning, som samarbejdet med jobcentret har på nogle voksne unge med en skizofrenilidelse. Endelig formuleres en strategi vedrørende en specialiseret indsats over for såvel voksne unge med en skizofrenilidelse som andre borgere med psykiske lidelser.

Kapitel 2: Kontakt, kommunikation, samarbejde

Kapitel 2 og kapitel 3 belyser og sammenfatter interviewene med 32 patienter. Formålet med interviewene har været at give voksne unge i skizofrenispektret mulighed for med egne ord at fortælle, hvilke holdninger, forventninger og erfaringer de har, når det drejer sig om uddannelse, jobcentre og arbejdsmarked. Det første af de to kapitler vedrører patienternes kontakt, samarbejde og kommunikation med jobcentret og er inddelt i tre hovedafsnit. Det første indeholder en profil af de 32 patienter, og det fremgår, at der er tale om en sammensat gruppe med hensyn til alder, uddannelse, sygdomsforløb, erfaringer med arbejdsmarkedet, diagnose m.v. Det andet hovedafsnit beskriver patienternes kontakt med jobcentret fra de modtager et brev med praktiske oplysninger om tid og sted for samt formål med samtalen. Patienterne beretter om deres følelser forud for samtalen, hvordan de oplever den, hvad den fører til, og hvad det videre forløb indebærer. De fortæller videre om miljøet i jobcentret, sådan som de opfatter det. Det sidste hovedafsnit redegør for patienternes oplevelse af samarbejdet og kommunikationen med jobcentret. Patienternes beretninger har mange facetter. Det er imidlertid kendetegnende, at langt størsteparten af patienterne ikke bryder sig om samtalerne i jobcentret. Mødet med mange forskellige sagsbehandlere skaber ikke kun forvirring, men vækker især angst hos mange patienter. Brevene fra jobcentret gør heller ikke tilværelsen nemmere. De har svært ved at forstå indholdet, og de opfatter tonen i brevene som truende. Flere giver udtryk for, at kontakten og kommunikationen med jobcentret forværrer deres psykiske tilstand.

Kapitel 3: Behovet for anerkendelse

Kapitel 3 starter med en beskrivelse af patienternes behov for anerkendelse og støtte. Mange patienter mener, at samtalerne i jobcentret bliver gennemført efter en dagsorden, som de ikke har nogen indflydelse på, og de giver udtryk for, at de ikke føler sig hørt, forstået og respekteret. De mener tillige, at sagsbehandlere bør bruge mere tid på at sætte sig ind i deres livs- og sygeforløb og lære dem bedre at kende. En god dialog mellem sagsbehandler og patient forudsætter en atmosfære af tillid og tryghed, og det er i den forbindelse vigtigt, at sagsbehandlere er i stand til at forfølge og forholde sig til den tilstand af stress og angst, som patienterne ofte befinder sig i på forhånd eller let bringes i. Patienterne har ligeledes stort behov for at møde den samme sagsbehandler og ikke gang på gang skulle forholde sig til en ny. De foretrækker at have en bisidder med til møderne i jobcentret og mener, at det er til fordel for alle parter. Patienterne fremhæver, at deres kontaktpersoner i OPUS har et indgående kendskab til dem og udviser forståelse for dem som mennesker. Det har tillige stor betydning, at kontaktpersonerne har et betydeligt mindre antal patienter at forholde sig til end jobcentrets sagsbehandlere. Kapitlet redegør dernæst for patienternes erfaringer med uddannelse og arbejdsmarked. Overordnet set har langt de fleste haft svært ved at starte på og gennemføre en uddannelse. Størsteparten har tillige kun haft ufaglærte jobs og som regel kun af kortere varighed. Alle har været i aktivering, men heller ikke disse forløb har været særligt perspektivrige. Kapitlet indeholder derudover en case, der beskriver en patients relationer til jobcentret og arbejdsmarkedet. Formålet er at give et illustrativt eksempel på den følelsesmæssige belastning, som mange patienter oplever i kontakten med jobcentret, og når de skal varetage et arbejde. Kapitlet indeholder til sidst en række gode råd fra patienterne til jobcentret med fokus på bedre koordination og kommunikation.

Kapitel 4: Hvad mener patienterne - Om kontakten, miljøet i og samarbejdet med jobcentret?

Kapitel 4 sammenfatter resultatet af en spørgeskemaundersøgelse, der er gennemført efter afslutningen af interviewene med patienter, beskæftigelseskonsulenter og kontaktpersoner. Spørgeskemaundersøgelsen gav alle 282 patienter, der på tidspunktet for gennemførelsen af projektet var

tilknyttet OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet, mulighed for at give deres besyv med om en række af de temaer og spørgsmål, som også havde været omdrejningspunkt for interviewene. Interviewundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen supplerer hinanden på den måde, at den første går i dybden og den anden i bredden med spørgsmålene. Spørgeskemaundersøgelsen bidrager derved til at nuancere og perspektivere synspunkter og holdninger, som kom frem i forbindelse med interviewene. Da spørgeskemaundersøgelsen sluttede, var der modtaget 125 gyldige skemaer, hvilket giver en svarprocent på 44,3. I kapitlet sammenfattes resultatet i tre afsnit om respondenternes socioøkonomiske og uddannelsesmæssige baggrund samt deres synspunkter om kontakten, miljøet i og samarbejdet med jobcentret.

Kapitel 5: Kontaktpersoner i OPUS - Bisiddere og interessevaretagere

Kapitel 5 indledes med en kort beskrivelse af OPUS, der er et behandlingstilbud under Region Hovedstadens Psykiatri. Derudover indeholder kapitlet fem hovedafsnit. Det første drejer sig om patienternes motivation for uddannelse og for at få et arbejde. Alle patienter er overraskende motiverede, hvilket blandt andet forklares med, at uddannelse og arbejde signaliserer normalisering. Næste hovedafsnit belyser kontaktpersonernes roller som bisiddere og "advokater" for patienterne, når de deltager i møder i jobcentret. Kontaktpersonernes rolle indebærer ligeledes, at de kommer ud for at skulle redegøre for, hvad det er, patienterne siger og mener, fordi sagsbehandlerne eller beskæftigelseskonsulenterne ikke har nogen særlig viden om psykiatriske lidelser. Det følgende hovedafsnit vedrører kommunikationen med jobcentret. Det beskrives, hvilken betydning det har, at patienterne gentagne gange skal forholde sig til en ny sagsbehandler. Desuden diskuteres konsekvenserne af beskæftigelsessystemets opsplnitning i et jobcenter, et ydelsescenter og et socialcenter. Det fjerde hovedafsnit analyserer relationen mellem jobcentret, OPUS og borgere med psykiske lidelser. Det tages udgangspunkt i, at medarbejderne i jobcentret kun har begrænset kendskab til de patienter, som de møder, selv om de godt kan være klar over, at de er i et behandlingstilbud hos OPUS. Et andet aspekt vedrører den beskæftigelsesrettede indsats. Der bliver brugt meget tid på at hjælpe patienterne med at udarbejde uddannelses- og jobplaner og forholde sig til forskellige udspil fra jobcentret. Patienternes behov for uddybende information spiller en stor rolle, eftersom de kan have vanskeligt ved at gennemskue de tilbud, som de bliver præsenteret for i jobcentret. Dernæst redegøres for den betydning, som stigma om skizofreni har for patienternes valg af uddannelse og arbejde. Til sidst udfoldes en diskussion om det, som nogle kontaktpersoner kalder det ulige samarbejde mellem jobcentret og patienterne, og som blandt andet giver sig udslag i manglende besvarelse af henvendelser. Uligheden forklares med, at der er skabt et beskæftigelsessystem, som ikke kun er uoverskueligt for borgerne, men også for dets egne medarbejdere. Det sidste hovedafsnit sammenfatter kontaktpersonernes overvejelser om, hvad der skal til for at udvikle og forbedre beskæftigelsesindsatsen over for mennesker, der har lidelser i det skizofrene spektrum. Kontaktpersonerne har ni forslag.

Kapitel 6: Beskæftigelseskonsulenter i jobcentret - Myndighedspersoner og formidlere

Kapitel 6 sammenfatter interviewene med fire beskæftigelseskonsulenter i Jobcenter København Skelbækgade og to beskæftigelseskonsulenter i Jobcenter Rødovre. Det indledende afsnit belyser den måde, som de to jobcentre har organiseret kontakten med ledige borgere på. Det diskuteres endvidere, om det har nogen betydning, at jobfunktionen som beskæftigelseskonsulent også betegnes med titler som sagsbehandler, jobkonsulent m.m. Det nævnes i den forbindelse, at ordet *job* kan virke angstfremkaldende på nogle borgere med en psykisk lidelse, når det for eksempel fremgår af en indkaldelse til et møde i jobcentret, at det drejer sig om en jobsamtale. Det efterfølgende afsnit redegør for beskæftigelseskonsulenternes opfattelse af, om de har tilstrækkelig viden om psykiske lidelser. Det indeholder tillige deres vurdering af, om de har behov for systematisk

opkvalificering, kollegial supervision m.m. Herefter beskrives i et tredje afsnit, hvilken procedure beskæftigelseskonsulenterne anvender, når de tilrettelægger og gennemfører en samtale med en borger, som har en psykisk lidelse. Der redegøres dels for, hvilke rammer der lægges om samtalen, dels hvilke overvejelser beskæftigelseskonsulenterne gør sig med hensyn til aktiviteter o.l. Det forklares desuden, hvad beskæftigelseskonsulenterne gør for at skabe en tillidsvækkende relation med borgeren, når de møder ham eller hende for første gang. Det undersøges tillige, om beskæftigelseskonsulenternes samtaler med borgere, som har en psykisk lidelse, er anderledes end deres samtaler med borgere, der ikke har problemer ud over ledighed. I mange af samtalerne deltager en bisidder, og hvis borgeren er i et behandlingstilbud hos OPUS, er det hyppigt vedkommendes kontaktperson. Alle beskæftigelseskonsulenter mener, at det er positivt, at en borger ønsker at have en bisidder med til en samtale, når det er klart, hvilken rolle han eller hun skal spille. Derefter belyses beskæftigelseskonsulenternes vurdering af samarbejdet med OPUS og deres forslag til, hvordan og under hvilke former det kan udbygges. I kapitlets sidste afsnit redegøres for beskæftigelseskonsulenternes opfattelse af, hvor realistisk det er, at voksne unge i skizofrenispektret kan få en uddannelse og sidenhen et arbejde.

Kapitel 1: Konklusioner og strategi

Behov for en nytænkende alliance

Projektet *Voksne unge i skizofrenispektret, jobcentre og arbejdsmarkedet* har undertitlen "En undersøgelse af relationen mellem voksne unge med funktionsnedsættelse i skizofrenispektret og jobcentre med henblik på integration på arbejdsmarkedet".

1.1. Undersøgelsens rationale

Undersøgelsen blev sat i gang, fordi der mangler systematisk viden om, hvordan unge mennesker, der har en skizofrenilidelse, ser sig selv i forhold til arbejdsmarkedet, hvilke erfaringer de har med jobcentre, og hvordan de vurderer den indsats, som bliver gjort for dem i forbindelse med job-søgning, aktivering o.l.

Derfor vidste man heller ikke, hvilken effekt jobcentrenes vejledning har på de pågældende borgere motivation for at fastholde eller forsøge at få et job eller gå i gang med en uddannelse, som kan kvalificere dem til at varetage et arbejde og derigennem blive selvforsørgende.

Den manglende indsigt gør det naturligvis svært at dosere beskæftigelsesindsatsen over for borgere med psykiske lidelser præcist. Beskæftigelseskonsulenterne i jobcentret famler i virkeligheden i blinde på grund af manglende viden om et svært tilgængeligt sygdomskompleks. De bruger derfor de virkemidler, som de nu engang har, selv om de er udviklet til at kunne hjælpe borgere, som ikke har andre problemer end ledighed.

Undersøgelsen har detaljeret kortlagt holdninger, forventninger og erfaringer hos repræsentanter for den primære målgruppe, nemlig 32 voksne unge med en skizofrenilidelse, med hensyn til jobcentre og arbejdsmarkedet.

Deres synspunkter er sat i perspektiv ved hjælp af dels en spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige 282 patienter i OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet, dels interviews med beskæftigelseskonsulenter i Jobcenter København Skelbækgade og Jobcenter Rødovre, fagpersoner i Team Handicap og Socialpsykiatri i Fredensborg Kommune samt kontaktpersoner i de tre OPUS-teams.

Undersøgelsen har afdækket den selvforståelse, som voksne unge med en skizofrenilidelse har i forhold til arbejdslivet. Denne afdækning vil i kombination med øget indsigt i sygdommens kompleksitet kunne bruges til at udarbejde individuelle handleplaner, der bygger på et helt andet og langt mere præcist grundlag end tidligere, og som derfor har større sandsynlighed for at blive gennemført.

1.2. Undersøgelsens fokus

Det videre sigte med undersøgelsen har som nævnt været at fremme mulighederne for integration på arbejdsmarkedet. Begrundelsen er, at patienterne har bedre mulighed for at komme sig efter en psykisk sygdom, når de bevarer kontakten til arbejdsliv, familie, venner m.v.:

"Mange patienter har et stort ønske om at kunne finde en plads på arbejdsmarkedet og på den måde indgå i det samfundsmæssige fællesskab. Langtidsopfølgningsundersøgelser viser, at det er muligt for 20-30 procent at klare et fuldtidsarbejde på det almindelige arbejdsmarked".¹

Endvidere taler regeringens oplæg vedrørende nye veje for sindslidende på arbejdsmarkedet om en skræddersyet indsats over for den enkelte, uanset hvilket problem der kæmpes med.² Filosofien er, at selv de svagest stillede psykisk syge skal integreres i samfundet i videst mulig udstrækning.

Den skræddersyede og individuelle tilgang er vigtig, fordi mennesker med en psykisk lidelse har særlige behov:

"På grund af en psykisk lidelse har jeg i lang tid været uden for arbejdsmarkedet. Jeg oplevede, hvor svært det kan være at overbevise sig selv om, at tiden er inde til at prøve at komme i gang igen. Andre må skubbe på. En overgang irriterede det mig grænseløst. Jeg oplevede det i første omgang som om, de ikke respekterede, at jeg sagde fra og ikke var klar endnu. Men i dag er jeg glad for, at jeg fik taget hul på arbejdslivet igen, selv om jeg ikke følte mig parat dengang".³

1.3. Undersøgelsens konklusioner

De patienter, som har deltaget i interviewene og spørgeskemaundersøgelsen, har tilknytning til Jobcenter København Skelbækgade og Jobcenter Nyropsgade. Nedenstående konklusioner vedrører derfor alene relationen mellem disse jobcentre og patienterne. Konklusionerne er endvidere udtryk for, hvad især patienterne oplever i samarbejdet med jobcentrene, og hvilke konsekvenser det har for dem.

1. **Beskæftigelsesindsatsen har kun begrænset effekt, når det drejer sig om bringe voksne unge med en skizofrenilidelse nærmere til arbejdsmarkedet**

Den arbejdsmarkedsrettede indsats for voksne unge med en skizofrenilidelse - og formentlig også for andre borgere med psykiske lidelser - er præget af dårlig tilrettelæggelse, manglende koordination samt omfattende og tidskrævende administration.

Den nuværende indretning af beskæftigelsessystemet indebærer i vid udstrækning, at det er op til borgeren selv at synliggøre og sandsynliggøre støttebehovet, hvilket reducerer sandsynligheden for, at voksne unge med skizofrenilidelse kommer i uddannelse eller i arbejde.

De interviewede patienter oplever langsommelig sagsbehandling, sagsbehandlere uden kendskab til eller forståelse for psykiske lidelser, hyppigt skiftende sagsbehandlere, manglende tilbagemelding på telefoniske henvendelser, for lidt tid i forbindelse med møderne i jobcentret, utilstrækkelig og tilfældig kommunikation om sagsgangen, intimiderende trusler om tilbageholdelse af kontanthjælpen m.m.

Beskæftigelsessystemet er formelt enstregenget, men patienter og kontaktpersoner oplever det i praksis som flerstregenget, fordi sagerne hyppigt skal behandles i både jobcentret, ydelsescentret og

¹ Merete Nordentoft og Mette Bertelsen, *Psykosociale interventioner ved debuterende psykoser i skizofrenispektret*, Ugeskrift for Læger, 10. november 2008.

² Regeringen, *Nye veje til arbejde - Hjælp til sindslidende og andre udsatte grupper*, 2006.

³ Psykiatrisk Informationscenter Psykiatrien i Nordjylland, *Hvis det er så sundt at arbejde, så lad de syge komme til*, udateret.

socialcentret. Erfaringen er, at overgangen fra et center til et andet forlænger færdiggørelsen af sagerne urimeligt.

Opdelingen mellem jobformidling, udbetaling af ydelser samt varetagelse af andre sociale opgaver er ikke kommunens ansvar, eftersom den er et lovgivningskrav. Patienterne og kontaktpersonerne oplever blot, at opdelingen har negative konsekvenser.

Interviewene med såvel beskæftigelseskonsulenter som kontaktpersoner vidner desuden om et noget anstrengt klima mellem jobcentret og OPUS. Begge parter udtrykker imidlertid ønske om at udbygge samarbejdet med henblik på at opnå et bedre samspil mellem beskæftigelsestilbuddet og behandlingstilbuddet til glæde for patienterne.

Det anerkendes af alle kontaktpersoner og mange patienter, at beskæftigelseskonsulenterne har et overvældende antal sager at forholde sig til. Der er ligeledes forståelse for, at den store *case load* er en væsentlig del af forklaringen på, at det er vanskeligt at afse nødvendig tid til at vejlede borgere med psykiske lidelser.

På den anden side er tilrettelæggelsen af arbejdsprocedurer samt fordelingen af opgaver og sager et internt anliggende, som hverken patienter eller kontaktpersoner har ansvar for. De forventer kun at blive holdt orienteret om, hvordan sagsbehandlingen forløber, og hvad tidshorizonten for en afgørelse er, hvis det ikke er muligt at leve op til de frister, der fremgår af lovgivningen.

2. De beskæftigelsesrettede tilbud matcher kun sjældent behovene hos voksne unge med en skizofrenilidelse

Der findes mange beskæftigelsesrettede tilbud til svage ledige, men de er helt generelle og skelner ikke mellem de forskellige grupper. De tager således sjældent højde for de særlige behov hos borgere med psykiske lidelser.

Voksne unge med en skizofrenilidelse kæmper både med symptomer og et lavt selvværd. De har derfor i særlig grad brug for personlig vejledning og støtte i hele processen fra afklaring til formidling af arbejdsmarkedsrettede tilbud. Det forudsætter viden om psykiske lidelser og fornemmelse for, hvilke tilbud en borger med en skizofrenilidelse og dertil hørende vanskeligheder reelt vil kunne magte.

Der er behov for tilbud, som er fleksible på den måde, at de kan deles op i enkeltdele, så patienter med en skizofrenilidelse eller borgere med andre psykiske lidelser får mulighed for at gennemføre forløbet i en anden takt, end hvis deres eneste problem var ledighed.

3. Overraskende mange får det værre som følge af kommunikationen med jobcentret

Et betydeligt antal voksne unge med en skizofrenilidelse får det dårligere efter at have været i kontakt med jobcentret.

I spørgeskemaundersøgelsen blev patienterne spurgt, hvordan de alt i alt vurderer jobcentrets indsats. 45 pct. svarede, at indsatsen havde været god eller meget god. 36 pct. mente, at den havde været dårlig eller meget dårlig. Den sidste femtedel havde markeret "ved ikke" til spørgsmålet.

Man kan naturligvis vurdere denne svarfordeling efter, om man mener, at "glasset er halvt fuldt eller halvt tomt". I første tilfælde er det et plus, at flere end 4 patienter ud af 10 har en positiv vur-

dering af jobcentrets indsats. Omvendt trækker det ned, at et forholdsvis stort mindretal på næsten 4 patienter ud af 10 har en negativ vurdering af indsatsen.

Besvarelsen sættes i perspektiv af svarene på et andet spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen: *"Hvordan påvirker dit samarbejde med jobcentret behandlingen af din sygdom?"*

Lidt under en tredjedel af patienterne mener ikke, at samarbejdet har haft nogen indvirkning på behandlingen. 18 pct. mener, at virkningen har været positiv, 30 pct. har den modsatte opfattelse, og den resterende femtedel har svaret "ved ikke".

Det må naturligvis give anledning til overvejelse, at 3 ud af 10 patienter giver udtryk for, at de har fået det dårligere efter at have samarbejdet med jobcentret.

Det er ikke realistisk at forestille sig, at alle voksne unge med en skizofrenilidelse kan gennemføre en uddannelse samt få og fastholde et arbejde.

Nogle kontaktpersoner har i interviewene givet udtryk for, at op til 40 pct. af patienterne i OPUS erfaringsvist vil blive i stand til at varetage en eller anden form for arbejde efter behandlingsforløbet. Det kunne være et positivt mål for beskæftigelsesindsatsen, når der er tale om denne patientgruppe.

Tilsvarende må det være et mål at undgå, at en næsten lige så stor andel bliver mere syg af den behandling, som de får i jobcentret. Det må være muligt at tilrettelægge beskæftigelsesindsatsen for voksne unge med en skizofrenilidelse såvel som andre borgere med psykiske lidelser på en sådan måde, at den ikke forværrer symptomerne hos de pågældende.

1.4. En alliancestrategi

Er man ung, uden uddannelse og diagnosticeret med en skizofrenilidelse har man i særlig grad brug for hjælp.

Det er vigtigt, at denne hjælp ikke er standardiseret, men individualiseret, kvalificeret og helhedsorienteret, fordi den bør bygge på integreret viden om såvel arbejdsmarkedet, psykiatriske lidelser som socialfaglige forhold.

Hvis den beskæftigelsesrettede tilgang baseres på et sådant helhedssyn, vil det være et væsentligt skridt i retning af at nå en sådan grad af *recovery*, at patienter med en skizofrenilidelse bliver i stand til at gennemføre en uddannelse og efterfølgende at finde og fastholde et arbejde.⁴

⁴ Recovery - at komme sig - er tanken om, at mennesker med psykiske lidelser kan komme sig helt eller delvist. Tankgangen er udtryk for en erkendelse af, at psykiske lidelser ikke er kroniske. Recovery er en personlig udviklingsproces, hvor målet er at blive i stand til at leve et tilfredsstillende og meningsfyldt liv på trods af de begrænsninger, man oplever som følge af lidelsen. Processen er dybt personlig, og det er individuelt, hvor lang tid den varer. Processen kan inddeles i fire faser: 1) *Stabilisering (I)*: Fokus på at få kontrol over symptomerne og formindske lidelsen, 2) *reorientering*: Udforskning af umiddelbare implikationer i forbindelse med lidelsen og af, hvordan man kan vende tilbage til et meningsfyldt liv, 3) *reintegration*: Gendannelse af meningsfulde aktiviteter, sociale relationer og roller, samt 4) *stabilisering (II)*: Opretholdelse af en ønskværdig situation og begyndende rutiner i hverdagslivet. Recovery er en personlig proces, der kun kan foregå i det pågældende menneske selv. Processen med at komme sig udfoldes imidlertid i et socialt rum. Andre mennesker spiller derfor en stor rolle, idet ingen kan komme sig alene. Recovery kan derfor kun opnås ved hjælp af sociale relationer eller professionel bistand. Kilde: www.socialpsykiatri.dk.

Undersøgelsen af relationen mellem voksne unge i skizofrenispektret, jobcentrene og arbejdsmarkedet bekræfter, at det vil være muligt for en del mennesker med en skizofrenilidelse at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet, men det forudsætter:

- At den kliniske behandling og de erhvervsforberedende tilbud er integreret.
- At vejledningen og støtten bliver ydet med udgangspunkt i den pågældende persons prioriteringer med hensyn til uddannelse og beskæftigelse.

På workshoppen den 6. januar 2011 med repræsentanter fra Jobcenter København Skelbækgade, Jobcenter Rødovre og undersøgelsens følgegruppe drøftede man, hvad der skal til for at yde voksne unge med en skizofrenilidelse optimal vejledning i forbindelse med valg af uddannelse, afdækning af erhvervsmæssige muligheder og jobsøgning.

Debatten mandede ud i enighed om, at der behov for en bedre koordination af indsatsen for de enkelte patienter mellem OPUS og jobcentret. Det blev udtrykt på denne måde:

"(...) hvis man virkelig skulle gøre noget, der ville hjælpe, så skulle man samle alle OPUS-borgere i en enhed, hvor de forhåbentligt blev håndteret mere ens".

I Jobcenter Rødovre varetager to medarbejdere opgaverne i relation til borgere med psykiske lidelser. Derved undgår man, at de pågældende bliver "kastet" rundt mellem forskellige afdelinger.

I Jobcenter København Skelbækgade er de fleste borgere med psykiske lidelser spredt på to afdelinger, der tager sig af henholdsvis uddannelse og afklaring. Det drejer sig i alt om ca. 2.200 borgere, som dog ikke alle har psykiske lidelser. På workshoppen blev det oplyst, at ca. 200 borgere har psykiske lidelser, og nogle af dem er tilknyttet OPUS.

Der var enighed om, at det kunne være et frugtbart perspektiv at samle de pågældende borgere med psykiske lidelser i én enhed, der gør det muligt at yde en specialiseret indsats, fordi den bemannes med medarbejdere fra såvel beskæftigelsessystemet som behandlingssystemet og dermed råder over relevante kompetencer.

Der var ligeledes enighed om, at jobcentret i givet fald skal have ansvaret for den specialiserede indsats.

Workshoppens deltagere formulerede herefter følgende elementer i en operationel strategi, der vil kunne virkeliggøre modellen:

- Jobcentret har koordinatorrollen og ansvaret for at fastholde momentum i sagsforløbet.
- En kontaktperson fra OPUS deltager i den første samtale med patienten. Ved denne samtale redegøres blandt andet for den pågældende patients aktuelle situation. Kontaktpersonen deltager efter behov i de efterfølgende samtaler.
- Jobcenter København Skelbækgade og OPUS udarbejder sammen en plan for:
 - ▶ Hvilke beføjelser og hvilket ansvar den specialiserede indsats skal have
 - ▶ Hvordan samarbejdet og kommunikationen tilrettelægges
 - ▶ Hvordan opgaverne fordeles

- ▶ Hvordan de forskellige aktiviteter koordineres
- ▶ Hvilke andre fagpersoner der eventuelt skal involveres

- ▶ og afklarer ligeledes andre relevante spørgsmål

1.4.1. Strategiens fundament

Strategien bør forholde sig til følgende forhold, der har betydning for, at beskæftigelsesindsatsen over for voksne unge med en skizofrenilidelse og andre borgere med psykiske lidelser bliver vellykket:

1. Hurtig sagsbehandling

Det er nødvendigt at handle hurtigt, når forudsætningerne for at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet eller gennemføre en uddannelse er til stede. Mulighederne for at fastholde eller opnå beskæftigelse eller gennemføre en uddannelse må ikke forringes som følge af lange sagsbehandlingstider.

2. Ukompliceret kontakt

Det er vigtigt, at borgeren og en eventuel bisidder ikke er i tvivl om, hvem der skal rettes kontakt til i jobcentret. Det er ligeså vigtigt at kunne komme i kontakt med den relevante sagsbehandler eller beskæftigelseskonsulent.

3. Økonomisk tryghed

Det er vigtigt, at borgeren ikke oplever usikkerhed med hensyn til forsørgelsesgrundlaget. Usikkerhed vil kunne medføre, at borgeren udvikler symptomer, som hæmmer eller forhindrer fremdrift i sagsbehandlingen.

4. Flexibilitet i sagsbehandlingen

Beskæftigelsessystemet må kunne rumme, at voksne unge i skizofrenispektret såvel som andre borgere med psykiske lidelser kommer ud for uforudsete hændelser som følge af sygdommen, og at det periodevis vil påvirke deres evne til at deltage aktivt i beskæftigelsesindsatsen.

5. Stigmatisering

Voksne unge med en skizofrenilidelse samt andre borgere med psykiske lidelser må ikke begrænses i deres udfoldelsesmuligheder som følge af fordomme og generaliserende vurderinger. Et eksempel på sidstnævnte er den opfattelse, at borgere med psykiske lidelser er uegnet til at arbejde professionelt med andre mennesker.

6. Sammenhængende sagsforløb

Samarbejdet mellem jobcentret og private aktører skal fungere godt. Der må ikke herske tvivl om, hvem der er ansvarlig for hvilke aspekter af beskæftigelsesindsatsen, og hvem der skal følge op på hvad. Det er ligeledes vigtigt at undgå afbrydelser i et forløb.

7. Nødvendig viden om psykiatriske lidelser

Det er vigtigt, at beskæftigelseskonsulenter og sagsbehandlere har tilstrækkelig viden om psykiatriske lidelser, så de er i stand til at kunne forstå og tolke funktionsvanskeligheder hos voksne unge med skizofrenilidelser og andre borgere med psykiske lidelser.

8. Indsigt i egen sygdom

Voksne unge med skizofrenilidelser og borgere med psykiske lidelser skal have hjælp til at kunne beskrive symptomerne på deres lidelser, hvordan de påvirker dem i hverdagen, og hvilken effekt de har på deres handlemuligheder. Det er tillige vigtigt at kunne dokumentere kognitive vanskeligheder i funktionsprofiler. Jobcentrets telefonsystem er for eksempel en væsentlig barriere for borgere med kognitive vanskeligheder.

9. Fast sagsbehandler

Voksne unge med en skizofrenilidelse og borgere med psykiske lidelser har vanskeligt ved at forholde sig flere personer. Det er derfor nødvendigt, at de har en fast sagsbehandler i jobcentret. Det er en vigtig forudsætning for at opnå et hurtigt og hensigtsmæssigt sagsforløb.

10. Det fysiske miljø i jobcentret

Det fysiske miljø i jobcentret må være af en sådan art, at det 1) gør det muligt at sikre voksne unge med skizofrenilidelser og borgere med psykiske lidelser diskretion, 2) er overskueligt for mennesker med kognitive vanskeligheder og 3) ikke fremprovokerer angst, stress e.l. symptomer.

11. Gennemsigtighed i jobcentrets organisation

Opgave- og ansvarsfordelingen i jobcentret skal være gennemskelig, fordi det fremmer mulighederne for at identificere og kontakte de relevante medarbejdere.

12. Bevillingskompetence

Grænsen for de enkelte medarbejders bevillingskompetence må ikke hindre, at voksne unge med skizofrenilidelser eller borgere med psykiske lidelser får bevilget de rette tilbud eller ydelser. Ved at inddrage specialviden fra OPUS er det muligt at sikre de pågældende borgere optimale muligheder.

1.4.2. Vurdering af modellens fordele og ulemper

Modellen med en specialiseret indsats har flere fordele - og umiddelbart ingen ulemper:

- Den gør op med dogmet om, at beskæftigelseskonsulenterne skal kunne behandle borgere med psykiske lidelser på samme måde som borgere, der ikke har problemer udover ledighed.
- Den fastholder jobcentrets ansvar for beskæftigelsesindsatsen og skaber via smidig tilgang af kompetencer og specialistviden fra OPUS mulighed for hurtigere afklaring og individuel behandling af patienter såvel som andre borgere med psykiske lidelser.

- Den giver bedre mulighed for at "klargøre" patienter og borgere med psykiske lidelser til at deltage i samtaler i jobcentret og dels forstå, hvad der forventes af dem, dels formulere egne behov og prioriteringer i forhold til funktionsniveauet. En sådan klargøring har især betydning for udvikling af de sociale kompetencer.
- Den kvalificerer sagsbehandlingen, reducerer risikoen for fejl og forsinkelser og må alt andet lige forventes at resultere i større tilfredshed blandt såvel borgerne, kontaktpersoner som beskæftigelseskonsulenter.
- Den er omkostningsneutral. Det må tilmed forventes, at modellen er samfundsøkonomisk fordelagtig, fordi patienter og borgere med psykiske lidelser dels bliver afklaret hurtigere, dels får tilbud, som matcher deres behov og formåen.

Modellen er udtryk for en alliancestrategi, nemlig en alliance mellem tre væsentlige aktører: Jobcentret, den voksne unge med en skizofrenilidelse og OPUS.

Ideen er, at beskæftigelseskonsulenter, kontaktpersoner og eventuelt andre fagpersoner slår ring om den enkelte patient eller borger med en psykisk lidelse og øger værdien af indsatsen ved at kombinere deres respektive kompetencer i forbindelse med beskæftigelses- og behandlingstilbudet.

Præmisserne for konklusionerne og strategien udfoldes i de følgende kapitler.

Kapitel 2: Kontakt, kommunikation, samarbejde

Hvordan overkommer voksne unge i skizofrenispektret barriererne for at opnå og fastholde et job?

Internationale undersøgelser tyder på, at den vigtigste forudsætning er motivationen: At han eller hun har en positiv holdning, er i stand til at møde til tiden, kan modtage råd og vejledning, vil kunne arbejde selvstændigt m.v.

Erfaringerne viser endvidere, at arbejde medvirker til at styrke de sociale færdigheder, og at de unge i skizofrenispektret som tendens ikke udvikler flere symptomer, end de har i forvejen.¹

Men hvad mener de voksne unge med en lidelse i skizofrenispektret selv? Hvilke holdninger, forventninger og erfaringer har de med hensyn til uddannelse, jobcentre og arbejdsmarked?

Ønsket om at få svar på disse spørgsmål har været den vigtigste grund til at gennemføre undersøgelsen. Svarene følger i dette og det næste kapitel.

2.1. Profil af 32 interviewpersoner

Der er som nævnt gennemført interviews med 32 patienter i OPUS, heraf 20 mænd og 12 kvinder. Denne kønsfordeling afspejler sammensætningen af den samlede population på de 282 mennesker, som på tidspunktet for undersøgelsen var patienter hos OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet.

De interviewede patienter udgør en sammensat gruppe med hensyn til alder, uddannelse, sygdomsforløb, erfaringer med arbejdsmarkedet, diagnose m.m.

Den yngste er 19 år og den ældste 36 år, gennemsnitsalderen er godt 27 år. De har alle en lidelse i F20-området, men det er ikke alle, der ønsker eller kan oplyse deres præcise diagnose, som i øvrigt hyppigt er sammensat. Nogle patienter beskriver deres diagnose med ord som "skizofreni", "skizotypi", "skizoaffektiv sindslidelse", "paranoid skizofreni", "paranoid psykose" eller "polymorf psykose".

De fleste bor i egen lejlighed og nogle få hos deres forældre. En patient beretter om et tidligere misbrug af rusmidler, andre at de er gift eller har en kæreste. Nogle få fortæller ligeledes, at de har børn.

Det har ikke været et formål med undersøgelsen at kortlægge patienternes livshistorier, men at give dem mulighed for at fortælle, hvordan de ser på relationen mellem dem selv, jobcentrene og arbejdsmarkedet. Interviewene har dog som antydning givet et vist indblik i deres livsvilkår og dermed bidraget til at øge forståelsen for deres synspunkter og ræsonnementer.

Oversigten i tabel 2.1. på næste side viser, at halvdelen af patienterne ikke er kommet videre med en uddannelse efter grundskolen. Interviewene indeholder historier om skiftende småjobs i typisk serviceerhvervene samt gentagne og forgæves forsøg på at komme i gang med en ungdomsuddannelse. En del er lykkedes med at afslutte en gymnasial uddannelse. Ganske få har efterfølgende afsluttet en erhvervskompetencegivende uddannelse af længere varighed.

¹ Center for Ligebehandling af Handicappede, *Handicappede og karriere på arbejdsmarkedet*, 2003.

Otte patienter er i færd med at uddanne sig, to deltager i forskellige kurser, andre to er i arbejdsprøvning, og fire er i virksomhedspraktik.

Patienternes forsørgelsesgrundlag afspejler, at alle med en enkelt undtagelse er på forskellige former for overførselsindkomst, og at kun meget få er i stand til at varetage et job med en lønindtægt i denne fase af deres liv med en debuterende lidelse i det skizofrene spektrum. Oversigten viser også, at en patient er uden indtægt. Alle har en meget anstrengt økonomi.

Ovennævnte karakteristik er baseret på patienternes egne udmeldinger i forbindelse med interviewene. Oplysningerne kan derfor være forbundet med en vis usikkerhed, blandt andet fordi flere giver udtryk for at have svært ved at huske på grund af medicineringen.

Det har imidlertid som nævnt været vigtigt at lade patienterne komme til orde og derigennem få et indtryk af, hvordan de selv beskriver deres faktiske situation og - om muligt - håb for fremtiden.

Udvælgelsen af interviewpersonerne er sket ved dels at spørge, hvem der har haft lyst til at deltage i et interview, dels at identificere patienter, som har særligt markante oplevelser med jobcentret og arbejdsmarkedet med henblik på at beskrive lærerige eksempler.

De følgende afsnit belyser patienternes oplevelser og erfaringer med jobcentret og arbejdsmarkedet samlet i følgende temaer:

- Den første kontakt med jobcentret
- Samarbejdet og kommunikationen med jobcentret

Formålet med denne tematisering er at give et indtryk af sagsforløbet, sådan som patienterne oplever det, fra den første kontakt, til der foreligger en afgørelse eller et konkret tilbud.

| Tabel 2.1. | |
|---|--------------|
| <i>Karakteristik af 32 patienter.</i> | |
| Køn (32) | Antal |
| Kvinde | 12 |
| Mand | 20 |
| Alder (32) | |
| 18-20 år | 3 |
| 21-25 år | 9 |
| 26-30 år | 11 |
| 31-35 år | 8 |
| 36-40 år | 1 |
| Etnicitet (32) | |
| Dansk oprindelse | 26 |
| Indvandrere og efterkommere | 6 |
| Senest afsluttede uddannelse (32) | |
| Folkeskole (9. eller 10. klasse) | 15 |
| Gymnasial uddannelse | 9 |
| Erhvervsuddannelse (EUD) | 3 |
| Kort videregående uddannelse | 1 |
| Mellemlang videregående uddannelse | 2 |
| Lang videregående uddannelse | 1 |
| Ikke oplyst | 1 |
| Forsørgelsesgrundlag (32) | |
| Kontanthjælp | 15 |
| SU, herunder SU med handicaptillæg | 5 |
| Elevløn | 1 |
| Revalidering | 5 |
| Sygedagpenge | 2 |
| Løn, herunder løntilskud og fleks | 2 |
| Pension | 1 |
| Uden indtægt | 1 |
| Note: Oversigten er baseret på patienternes egne oplysninger. Kilde: Strategisk Netværk. | |

2.2. Den første kontakt med jobcentret

Alle patienter har været i kontakt med en enhed under Jobcenter København. De fleste kender til Jobcenter København Skelbækgade, andre har ligeledes været i Jobcenter Nyropsgade og Jobcenter Musvågevej eller i sygedagpengekontoet i Baldersgade.

Kontakten med jobcentret starter ofte med, at patienterne får et brev, der indeholder praktiske oplysninger om tid og sted for samtalen samt formålet med den. Det kan for eksempel være en afklaringsamtale, en opfølgningssamtale, en jobsamtale eller blot et møde om indsatsens karakter.

Derudover indeholder brevet oplysninger om dels det relevante retsgrundlag, dels hvilke sanktionsmuligheder der kan blive taget i anvendelse, såfremt den pågældende borger ikke møder frem til samtalen. Afhængig af samtalen karakter kan der tillige være et oplysningsskema, som skal udfyldes.

Langt hovedparten af patienterne opfatter de formelle breve fra jobcentret som uoverskuelige og til dels truende. De fleste har vanskeligt ved at forstå ordlyden, og mange giver udtryk for, at brevet vækker angst hos dem. En enkelt føler sig direkte intimideret. De begrundede denne reaktion med deres psykiske tilstand, som gør det vanskeligt for dem at få overblik over, hvad det er, de skal, og hvad der forventes af dem:

"Der var en lang periode, hvor jeg brød sammen, hver gang der dumpede et brev, hvor der stod 'jobcenter' på, ind i postkassen. Jeg følte et stort pres over, at jeg skulle præstere noget, som jeg egentlig ikke kunne, eller at jeg skulle overbevise dem om, at det jeg sagde, var rigtigt".

Patienterne giver udtryk for, at ordlyden i brevene ikke giver dem lyst til at tage ind i jobcentret og tale med en sagsbehandler. En patient beskriver følelsen på denne måde:

"Jeg synes, at mange af brevene har været sådan: 'Nu skal du møde op den og den dag, og hvis du ikke gør det, så tager vi dine penge!' Så kan jeg godt blive lidt trodsig, for jeg kunne jo ikke vide, om jeg den dag ville være ved at falde fra hinanden og ikke kunne komme ud. Jeg har været meget isoleret i den første periode af min sygdom, men jobcentret gav ikke plads til, at jeg kunne være syg eller have det rigtig skidt den dag, jeg skulle til samtale. Jeg oplevede det faktisk som et trusselsbrev".

En anden patient har denne opfattelse:

"Det har været svært at overskue de mange sider med klagevejledninger og paragraffer. Det er lidt grinagtigt, at man sender en klagevejledning med det samme. Det gjorde de [jobcentret] allerede før det første møde. Hvorfor ikke prøve først at se, om jeg fungerer, i stedet for at lægge ud med at sige, hvornår jeg kan klage? Det var en underlig måde at starte et samarbejde på. Hvis det går helt galt, skal jeg nok finde ud af, hvordan jeg skal klage. Hvis man som det første får at vide, hvordan man skal klage, så er man tilbøjelig til at tro, at det skal være skidt fra starten".

Samme patient fortæller, hvordan hun oplevede presset for at møde frem til en samtale i jobcentret, da hun sygemeldte sig via sin kontaktperson i OPUS:

"En enkelt gang har jeg været nødt til at ringe til jobcentret for at melde mig syg, men det kunne jeg ikke, og derfor gjorde NN [min kontaktperson i OPUS] det for mig. Det er kun sket én gang, at jeg ikke er mødt op, og det skete lige i den periode, hvor jeg blev indlagt. Jeg kunne knapt nok stå ud

af min seng, så det var helt udelukket at tage over til møde i jobcentret. Og de blev ved med at sende breve - også med trusler om, at de ville trække i min kontanthjælp, hvis jeg ikke snart mødte op, og hvis jeg ikke snart lod høre fra mig. Det er virkelig ubehageligt! Det har medført, at jeg er helt vildt bange for de breve!”

Interviewene viser, at mange patienter hyppigt lider af angst i flere dage og nogen gange i længere tid før en samtale i jobcentret. Selve mødeindkaldelsen kan altså være angstfremkaldende hos nogle. Flere patienter giver udtryk for, at de skal kæmpe for noget i jobcentret, og det skræmmer dem. De forklarer blandt andet følelsen med, at de ikke ved præcist, hvad de kan forvente. En patient giver denne beskrivelse af sin tilstand, når hun møder op til samtale i jobcentret:

”Jeg sveder faktisk. Mit hjerte banker helt vildt meget, og jeg ved ikke, hvad de forventer af mig. Det er sket rigtig mange gange, men det var værst i starten. Efterhånden blev jeg mindre bange. Jeg bliver bange i dagene før, jeg skal til samtale. Det er allerværst lige inden, jeg træder ind i lokalet, for jeg ved ikke, hvad der forventes af mig. Man tænker over, hvad man skal sige”.

Enkelte fortæller, at de forsøger at tænke, at det er jobcentret, der skal gøre noget for dem. Når de møder frem, får de imidlertid den fornemmelse, at det er dem, som skal præstere noget, som de ikke helt forstår, hvad er. Denne modsætning virker angstprovokerende, fordi de pågældende patienter oplever, at de skal forsvare sig.

De samme patienter tilføjer, at det beroliger dem, hvis de kan få hjælp til at forstå, hvad formålet med mødet i jobcentret er, hvad der forventes af dem, og hvad de selv kan forvente. De efterspørger en form for struktur, der kan skabe ro hos dem både før og under mødet.

Det har stor betydning, at brevene er formuleret på en måde, der er så fortolkningsfri som muligt. En patient fortæller således i et interview, at han blev indkaldt til en jobsamtale lige efter, at han havde afsluttet sin uddannelse. Indkaldelsen gjorde ham nervøs, fordi den kom uventet. Han forstod godt ordlyden og meningen, nemlig at der skulle udarbejdes en jobplan.

Da han mødte frem, viste det sig imidlertid, at sagsbehandleren med ordet ”jobplan” mente ”fremtidsplaner”:

”Nu er du jo syg, så derfor skal vi have lagt nogle fremtidsplaner, som kan fungere”.

Den pågældende patient beskrev i interviewet den information, som han fik i brevet og på mødet, som ”dobbeltmening”. Han havde forberedt sig på at skulle til samtale om en jobplan, som han opfattede som et konkret og formålsrettet værktøj, men blev overrasket over at høre, at mødet i virkeligheden havde et mere generelt og uforpligtende formål, nemlig at lægge ”nogle fremtidsplaner”.

Patienten bemærker, at der blev taget hensyn til hans situation, fordi sagsbehandleren tog udgangspunkt i, at han er syg. Alligevel blev mødet ikke frugtbart, fordi mødeindkaldelsen var udformet som et standardbrev, der skabte nogle bestemte forestillinger om mødets formål.

Skismaet mellem brevets ordvalg, der er standardiseret og derfor ikke tilpasset patientens situation, og hans oplevelse af praksis, som faktisk afspejlede et forsøg på at tage et individuelt hensyn, resulterede således i et mindre heldigt møde.

Andre reflekterer over ventetiden, fra de modtager det første brev med mødeindkaldelse, til samtalen finder sted:

"Jeg forstår ikke, at der kan gå fire måneder, fra man får et brev, til man kan få et møde".

Ventetiden har særlig betydning for borgere med en psykisk lidelse i det skizofrene spektrum, fordi lidelsens uforudsigelighed gør det ekstra vanskeligt at planlægge ret lang tid ud i fremtiden. Patienterne har svært ved at vide, om de vil være så raske, at de vil kunne deltage i et planlagt møde. Denne uvished i kombination med oplevelsen af en latent trussel om at blive sanktioneret, såfremt de ikke møder op, selv om udeblivelsen begrundes med sygdom, er stress- og angstprovokerende med et muligt psykotisk gennembrud til følge.²

En patient, der er diagnosticeret med paranoid psykose, og som er i gang med en uddannelse, hørte første gang fra jobcentret, da hun var indlagt som døgnpatient på et psykiatrisk afsnit.

Den pågældende patient blev kontaktet i forbindelse med en sygedagpengesag, der var speciel, fordi hun fik halvtids sygedagpenge, som blev suppleret op med kontanthjælp, da hun fik stillet sin diagnose:

"Jeg blev ringet op af en dame, som stillede mig en masse spørgsmål, og jeg vidste ikke, hvordan jeg skulle forholde mig. Først fik jeg at vide, at jeg skulle møde op, og så sagde jeg, at det kunne jeg simpelthen ikke, så måtte de ringe til mig, hvis det var. Jeg var døgnpatient på det tidspunkt, og det var alt for voldsomt. Jeg har jo aldrig været i kontakt med jobcentret før og vidste ikke noget om det. Jeg husker ikke særlig meget andet, end at jeg så fik et brev bagefter, hvor der stod, hvad jeg havde sagt. Det var den første gang, og det var ikke særligt behageligt. Det ubehagelige var, at jeg ikke var bevidst om, hvad intentionen med samtalen var. Damen sagde bare, at de ville vide, hvor jeg var henne i forløbet, og hvor lang tid jeg regnede med, at det varede, og det vidste jeg jo ikke selv noget om på det tidspunkt".

En anden patient mener, at den første kontakt med jobcentret forløb uden særlige problemer. Han havde afbrudt sin uddannelse og levede i en periode af en kassekredit. Da den finansieringsmulighed var opbrugt efter nogle måneder, "(...) var jeg jo nødt til at gøre et eller andet, og så kom jeg ned til jobcentret og fik meldt mig arbejdsløs".

Han forklarer, at han ikke fik meldt sig ledig på et tidligere tidspunkt, fordi han havde det meget dårligt og havde svært ved at tage initiativer. Derfor havde han ikke lyst til at tale med nogen. Desuden boede han alene på et værelse, og der var ingen, som fortalte ham, hvad han skulle gøre.

Patienten beskriver sin oplevelse af den første kontakt med jobcentret på denne måde:

"Det var egentlig rimelig nemt. Jeg skulle bare udfylde nogle papirer, og de gav mig også ekstra kontanthjælp. Jeg var på ydelsescentret, og så sendte de mig et andet sted hen for at få en arbejdsløshedsattest eller noget i den stil og fortalte mig, at jeg skulle tilbage igen og tilmelde mig kontanthjælp. Alt i alt var det rimelig nemt, og så blev jeg også tilmeldt aktivering".

² Psykoser opstår som følge af en kombination af biologiske, psykologiske og sociale påvirkninger. Det psykotiske gennembrud afhænger af samspillet mellem en psykologisk og biologisk sårbarhed og ydre stress. De mest tydelige tegn på psykose er hallucinationer og vrangforestillinger, som ofte kommer til udtryk i usammenhængende tale og tankegang samt mærkelig og uforståelig adfærd. En psykotisk person kan reagere med mistroiskhed eller aggression, fordi omgivelserne ikke forstår den pågældendes adfærd eller udsagn. Angst og depression ses ligeledes hyppigt i forbindelse med psykosen.

En anden patient fortæller om sin første personlige kontakt med jobcentret, at *"(...) folk var rigtig søde, når man kom og spurgte ved skrankerne, hvor man skulle henvende sig. Det gav et bedre indtryk, end når man lige trådte ind af døren"*.

2.2.1. Miljøet i jobcentret

Enkelte patienter har ingen problemer med at møde op i jobcentret og giver også udtryk for, at de er blevet godt modtaget. De hæfter sig heller ikke specielt ved de fysiske rammer. Langt hovedparten bryder sig imidlertid ikke om hverken det fysiske miljø eller atmosfæren. De giver nærmest udtryk for ubehag ved at skulle være fysisk til stede i jobcentret.

Mange af de pågældende patienter beskriver atmosfæren på jobcentret med ord som "kaotisk", "forvirrende", "hektisk", "distanceret", "kold", "upersonlig" og "stressende" og tilskriver det blandt andet de mange mennesker. En patient fortæller, hvordan han oplevede både det fysiske og det psykiske miljø ved den første kontakt:

"Det var lidt kaotisk. Først gik jeg ind, tog et nummer, satte mig ned og ventede i 45 minutter. Så gik jeg op til disken og fik nogle papirer, jeg skulle udfylde, og et nyt nummer. Og så gik jeg op til den næste disk, men fik at vide, jeg var under 25 år, så jeg skulle til en anden disk, hvor jeg blev skrevet på en liste. Det gik til gengæld dejlig hurtigt. Der var kun to mennesker før mig. Så fik jeg en samtale med en medarbejder. Ventetiden var meget, meget lang. De var meget overbebyrdede og meget få mennesker til for mange jobsøgende. Det var spild af tid, specielt fordi jeg ikke havde noget at udfylde de første 45 minutter med. Ja, spild af tid, men de tog godt imod mig. Almindelig, høflig omgangstone. Stille og roligt og jeg var lettere stresset. De var i hvert fald venlige og imødekommende".

En anden patient hæfter sig ved, at det åbne kontorlandskab har nogle negative sider:

"Vi [patienten og hans kontaktperson fra OPUS] kom ind i et åbent kontorlandskab, hvor vi selv skulle finde ud af, hvor vi skulle henvende os. Der var meget travlt. Min oplevelse var, at det var negativt. Jeg følte, det var lidt krænkende sådan: 'Hvem er du? Hvad skal du her? Hvorfor det?'. Der var også andre borgere og medarbejdere til stede. Der var ikke særlig meget diskretion. 'Hvad for en diagnose er det?', blev der råbt. Jeg synes godt, at man kunne have vist lidt mere respekt".

Andre patienter giver udtryk for, at atmosfæren i jobcentret er OK, som det udtrykkes. De hæfter sig ikke så meget ved det fysiske miljø og tilkendegiver, at *"(...) mødet bare er noget, der skal overstås"*. De pågældende patienter er tilbøjelige til at sondre mellem det fysiske miljø forstået som omgivelserne og den måde, som de bliver modtaget på:

"De har som regel meget travlt. Jeg synes ikke, at de tager så godt imod én. Omgivelserne var vel fine nok, men det hjælper ikke noget, hvis servicen ikke er god nok. Der manglede nogle flere spørgsmål om, hvordan jeg havde haft det".

Flere patienter giver udtryk for, at jobcentret er et meget stressende sted. De mener, at medarbejderne har meget travlt, og de synes, at samtalen foregår upersonligt og "lige på og hårdt". En enkelt patient tilføjer, at *"(...) han ikke fik lyst til at komme i jobcentret igen, men at det jo er en nødvendighed, hvis man skal fungere med systemet som hjælp"*.

Han besvarer spørgsmålet om, hvad det er, der gør, at han ikke har lyst til at komme i jobcentret igen, ved at nævne den upersonlige og stressende atmosfære:

"Det får nakkehårene til at rejse sig. Det er ikke et behageligt sted at være, synes jeg".

Nogle patienter bemærker, at man ikke bliver taget imod, når man kommer ind i jobcentret. En patient fortæller, at hun skulle til samtale i jobcentret, og efter nogen søgen fandt hun ud af, at hun blot skulle gå ind og sætte sig:

"Der var ikke engang et venteværelse. Man kom op af trapperne til en lille afsats, hvor der var et par borde og stole, og så sad man egentlig bare på trappen og ventede foran en lukket dør, indtil en sagsbehandler åbnede den og kaldte på én".

En anden patient fortæller en lignende historie:

"Det er ret hektisk. Man sidder ude på en meget kold og klinisk gang og venter på at blive lukket ind. Det er en trappeopgang, man sidder på, og så venter man på, at de kommer og åbner døren og kalder én ind. Derefter går det meget hurtigt. Man har et kvarter eller sådan noget. De ved ikke, at man er ankommet. De kommer bare ud og kalder på én. De kommer ikke altid og henter én til aftalt tid. Der var faktisk engang, hvor de havde glemt at melde afbud til mig, så jeg sad og ventede i en halv time, for man kan ikke selv kontakte dem, fordi døren er låst. Man kan ikke lige stikke hovedet ind og melde sin ankomst. Hvis der ikke kommer nogen ud, sidder man bare og venter. Det synes jeg er helt forkert. Det er ikke særligt rart at sidde på den trappeopgang, og det er slet ikke rart, når man så bliver glemt og til sidst må stå og banke på en låst dør og langt om længe få at vide, at de har glemt at melde afbud".

Mange patienter i skizofrenispektret har svært ved at opholde sig blandt andre mennesker. Det stresser dem, og derfor må de bruge alle deres kræfter på at koncentrere sig om bare at være til stede.

For dem er det en kraftanstrengelse at skulle opholde sig i ukendte omgivelser. Hvis de tilmed virker kolde, kliniske og institutionelle, bliver konsekvensen nemt, at de glemmer, hvad det er, de vil sige, ligesom de kan have vanskeligt ved at deltage i en samtale. Derfor efterspørger flere af dem fleksibilitet med hensyn til mødested, så samtalen kan foregå under kendte og trygge forhold.

En patient oplyser, at han har behov for *"(...) at møde et menneske og ikke blive konfronteret med et helt system"*.

Behovet for at blive modtaget personligt kommer ligeledes til udtryk i dette citat:

"Man skal ikke modtages på en trappe. Det er simpelthen at nedgøre folk ulideligt meget. Man skal modtages i en reception, hvor der er en medarbejder, som fortæller, hvornår man bliver hentet. Der skal bare sidde én og sige goddag, og som også kan besvare telefonopkald, så man ikke bliver stillet om til en socialrådgiver, der sidder i møde".

2.3. Samarbejdet og kommunikationen med jobcentret

Patienterne er blevet bedt om at forklare, hvordan de opfatter deres relationer til jobcentret, herunder dialogen med beskæftigelseskonsulenter og sagsbehandlere, den løbende kontakt og kommunikationsformen. Deres beretninger sammenfattes i dette afsnit.

En del patienter giver udtryk for, at det er vanskeligt for dem at huske præcist, hvornår og hvor mange samtaler de har været til, ligesom de kan have svært at holde dem ude fra hinanden. Andre har derimod en klar erindring om forløbet og et betydeligt overblik over detaljerne i deres sag.

2.3.1. Dialogen

De fleste patienter har deltaget i flere møder i jobcentret. Nogle få har kun deltaget i en eller to samtaler, og en enkelt har slet ikke været i jobcentret. Samtalerne har naturligvis forskellige indfaldsvinkler afhængig af, hvor i forløbet en patient befinder sig, hvor arbejdsmarkedsparat han eller hun er, og om perspektivet er et beskæftigelses- eller et behandlingstilbud.

Den første samtale har typisk til formål at afklare patientens situation og kan resultere i en beslutning om, at der skal udarbejdes en ressourceprofil, hvilket typisk foregår hos en 2. aktør. Efterfølgende vil der ske en opfølgning i form af en eller flere samtaler eller anden form for kontakt.

Patienternes relationer med jobcentret og beskæftigessystemet i det hele taget tegner et broget billede, og derfor er der i praksis mange afvigelser fra de skitserede hovedprincipper. Dertil kommer, at flere patienter har vanskeligt ved at huske, hvilken type samtale de har deltaget i.

Det er et gennemgående træk i interviewene, at patienterne ikke bryder sig om samtalerne i jobcentret. De fortæller, at det er svært at skabe forståelse for deres psykiske lidelse, og hvilken konsekvenser den har for deres evne til at få dagligdagen til at hænge sammen. For mange er det uoverskueligt blot at deltage i et møde.

Jobcentret anvender ofte udtrykket *jobsamtale* i de breve, hvor patienterne indkaldes til et møde. Når samtalen på forhånd beskrives på den måde, kan det få en negativ effekt på patienterne, fordi de får det indtryk, at det drejer sig om at få et job hurtigst muligt, selv om de ikke er i stand til hverken at søge, få eller fastholde et arbejde på grund af deres sygdom og i nogle tilfælde heller ikke magter at få en dagligdag til at hænge sammen..

En anden observation er, at alle patienter stort set uden undtagelse bemærker, at de bliver mødt med mistillid og mistro. At beskæftigelseskonsulenter og sagsbehandlere med andre ord ikke tror på, at de er syge, eller at lidelsen ikke forhindrer dem i at søge arbejde. Flere nævner i den forbindelse, at det dog har hjulpet på forståelsen, når der er stillet en diagnose:

"Efter at jeg gik til lægen og fik en sygemelding, var der pludseligt skrevet på papir, at den var gal. Så var de lidt mere forstående på jobcentret".

Mange lider af angst, og selv om de bliver behandlet, oplever de angstsymptomer i forbindelse med kontakten med jobcentret. Angstanfaldene kan ikke blot vise sig i forbindelse med et møde, men også når patienterne modtager et brev fra jobcentret.

Det er et kendt fænomen, at ydre belastninger og stress er en af de kritiske faktorer ved sygdomme i F20-området. Patienter i skizofrenispektret oplever derfor med sikkerhed, at deres helbredstilstand forværres, såfremt de udsættes for stress eller andre former for ydre belastninger. De udvikler tillige symptomer på denne forværring, som kan vare ved i meget lang tid, ofte i flere uger før de skal deltage i et møde i jobcentret:

"Jeg sveder faktisk. Mit hjerte banker helt vildt meget, og jeg ved ikke, hvad de forventer af mig. Det er sket rigtig mange gange, men det var værst i starten. Efterhånden er jeg blevet mindre ban-

ge. Jeg bliver bange i dagene før, jeg skal til samtale. Det er allerværst lige inden, jeg træder ind i lokalet, for jeg ved ikke, hvad der forventes af mig”.

Det skinner tydeligt igennem i interviewene, at patienterne bliver frustreret over at skulle fortælle om deres lidelse gang på gang uden at blive troet, og at de ligefrem bliver opfattet som snydere, som en af dem udtrykker det:

”Nu har jeg været sygemeldt på grund af min psykiske sygdom, og så skulle jeg sygemeldes endnu en gang, fordi sygeperioden var udløbet, men de [jobcentret] var ikke så glade for at forlænge den med den begrundelse. Så blev jeg ’heldigvis’ indblandet i et trafikuheld og fik piskesmæld, så nu er jeg sygemeldt af den grund i stedet for. Det virkede, som om de tænkte: ’Nå, det er en fysisk skade, den kan vi bedre håndtere’. Jeg har på fornemmelsen, at de tænker, at man ikke kan snyde med en fysisk skade som med en psykisk lidelse. Jeg føler lidt, at man bliver betragtet som en snyder, når man har noget med psyken”.

En del patienter fortæller, at de har haft den tanke, at de blot skal tage sig sammen, for så holder ubehaget op. De fornemmer, at den holdning bliver bekræftet, når de er i jobcentret og får at vide, at de skal gøre som de andre, nemlig ”bare” starte på en uddannelse og få et job.

Pointen er imidlertid, at det ikke ”bare” er muligt at tage sig sammen, når man har ondt i psyken, som det blev udtrykt.

For nogle patienter resulterer et sådant møde ofte i, at de kommer i et krydspres. De mener på den ene side selv, at det drejer sig om at tage sig sammen, til trods for at de ved, at det ikke nytter. På den anden side har de tendens til at være autoritetstro, og når en sagsbehandler så giver udtryk for, at løsningen netop er at tage sig sammen, bliver de i tvivl om deres egen lidelse:

”Min kæreste var helt på min side. Han syntes, det var forrykt at overvære, for han kunne jo tydeligt se på mig, at jeg var helt fra den, men det kunne medarbejderne på jobcentret ikke. Han syntes, det var så synd, at de ikke bare ville tro på mig, men at jeg virkelig skulle bevise over for dem, at jeg ikke løj!”

Mange af patienterne mener, at de bliver mistroet, fordi man ikke kan se på dem, at de er syge. Det er både godt og skidt:

”I hverdagslivet er det rigtig godt, at man ikke tydeligt ser på mig, at jeg er syg. Men i sådanne situationer [som i jobcentret] er det virkelig svært at overbevise folk om, at jeg er syg. Det har hjulpet, at jeg kan sige: ’Jamen, jeg er tilknyttet OPUS’, så er det ligesom: ’Nå, OK, så tror vi på dig’. Det er virkelig hårdt, at det skal være sådan, at man skal have en organisation som OPUS i ryggen. Jeg synes, det er virkelig hårdt at være psykisk syg, for man skal kunne loven udenad. Man skal kunne forsvare sig selv, og det er der ikke altid energi og overskud til”.

Patienterne nævner derudover, at sagsbehandlingen er meget langvarig, og at de ofte har flere forskellige sagsbehandlere, der præger proceduren på hver sin måde. De lange sagsbehandlingstider og de mange forskellige sagsbehandlere skaber forvirring og uoverskuelighed hos patienterne, der har svært ved at bevare overblikket over, hvor langt de er i forløbet, og hvad det ender med. En patient siger:

”Jeg har indtryk af, at det hele afhænger af, om man sidder overfor én, der er rigtig sur og har en dårlig dag, eller om det er en person, som er glad og imødekommende. Jeg kunne sagtens forestil-

le mig en rigtig bitter person, som synes, at det er verdens dårligste ide, at jeg halter mig frem til en uddannelse, og at det vil være meget bedre, hvis jeg fik en fuldtidsplads som kasseassistent i Netto. Jeg ved naturligvis ikke, om samtalen og det, der kommer ud af den, afhænger af personen, men det har jeg på fornemmelsen, at det er.”

En anden patient har en positiv opfattelse af samarbejdet med sin nuværende sagsbehandler:

”Efter den første samtale fik jeg en fast sagsbehandler, og ham har jeg været rigtig godt tilfreds med. Jeg synes, han har været rigtig imødekommende og har taget meget hånd om mig og min situation. Han har været meget forstående og givet mig tid til at få det bedre, så jeg kunne reflektere over, hvad jeg gerne ville. Det hedder sig jo, at det er hver tredje måned, man skal derind [i jobcentret], men jeg tror, der har været to gange, hvor vi blot har klaret det over telefonen. Det ved jeg ikke, om man må, men det var i hvert fald det, han sagde: ’Nu skriver vi lige ned, hvad vi har talt om, for så ser det ud som om, du har været her’. Det, jeg gerne ville tale med ham om, kunne jeg godt fortælle ham over telefonen, så det var fint med mig”.

2.3.2. Kommunikationsformen og kontakten

De fleste patienter giver udtryk for, at de har vanskeligt ved at forstå brevene fra jobcentret. De beskriver dem som lange, upersonlige, komplicerede og med bureaukratiske formuleringer. De nævner ligeledes, at tonen kan virke truende, fordi det fremgår af brevene, at man risikerer at blive trukket i kontanthjælp, hvis man ikke møder op. Indimellem bliver patienterne også truet, når de retter personlig henvendelse til jobcentret. Et eksempel:

”Jeg havde en oplevelse på et tidspunkt, hvor jeg havde influenza. Jeg kunne ikke møde op til et møde og ringede for at melde afbud. Så sagde den medarbejder, som jeg talte med, at influenza ikke var nogen sygdom, og at jeg bare skulle møde op. Så fortalte jeg ham, at jeg havde feber, og at han kunne blive smittet. Men han blev ved. Jeg havde ikke forventet, at han ville tale sådan til mig. Han blev ved med at tale med en hård tone. Jeg måtte så fortælle ham, at jeg var kommet, hvis jeg havde været rask. Så sagde han, at de ville stoppe min kontanthjælp. Jeg tænkte, at det kunne han ikke mene, og det var i øvrigt slet ikke min sagsbehandler, jeg talte med. Jeg fortalte ham, at hvis han ikke troede på mig, kunne han få telefonnummeret til min kontaktperson i OPUS, så han kunne tale med hende, men selv efter den oplysning sagde han, at jeg ikke kunne få min kontanthjælp. Det var meget underligt og meget ubehageligt, for han sagde jo, at jeg var løgner”.

Flere patienter oplyser endvidere, at brevene ofte kommer ganske kort tid før samtalen. En enkelt patient har været ude for, at brevet kom en dag senere end det aftalte møde.

”Det synes jeg ikke er okay, for man får jo ofte selv at vide, at man skal møde på et bestemt tidspunkt, og gør man ikke det, bliver der trukket i kontanthjælpen. Når brevet kommer for sent, er det svært at vide, hvad man skal gøre. Jeg ringede ind til jobcentret, men der gik faktisk 14 dage, før jeg kom igennem til dem, fordi de havde tekniske problemer i en hel uge, så man ikke kunne komme igennem til dem telefonisk. Derefter havde min nye sagsbehandler fået ferie, og de andre kunne ikke tage imod besked. Jeg fik alligevel en af hendes kolleger til at lægge en telefonbesked til hende, men jeg hørte ikke noget. Så ringede jeg selv til hende, og hun var meget imødekommende, men det var tydeligt, at det var sådan en ’standardsamtale’. Hun spurgte, hvad jeg lavede, hvorefter jeg fortalte, at jeg var på HKI. Så sagde hun: ’Nå, ja, det er da rigtigt nok, men så er der jo ingen grund til, at vi mødes’. Så de sendte altså et brev, hvor der stod, at jeg skulle til samtale, og senere sagde de, at det var der alligevel ikke rigtig nogen grund til”.

Enkelte andre patienter foretrækker alligevel at kommunikere skriftligt med jobcentret, for et brev giver dem mere tid til at tænke over, hvad de skal gøre, eller hvad de skal svare. De forklarer uddybende, at de kan have meget svært ved at forholde sig til et spørgsmål, når de deltager i et møde, og det forventes, at de er i stand til at svare med det samme. I en sådan situation kan patienterne være tilbøjelige til at acceptere et tiltag, som de bagefter fortryder. Et eksempel er en ung mand på 21 år:

"Jeg måtte have min mor med den anden gang, jeg skulle til samtale i jobcentret, så hun kunne forklare, hvor dårligt jeg havde det. Første gang var det lidt svært for mig at fortælle, hvad det egentlig var, jeg gerne ville. Jobcentermedarbejderen vidste ikke, hvor dårlig jeg var, så hun sagde bare: 'Nej, men du kan vel godt dét og dét, og du kan vel også godt dét?' Så jeg talte hende bare efter munden og sagde: 'Ja, det kan jeg vel godt'. Og så var det, at min mor måtte sige: 'Nej, han kan ikke komme i jobprøvnin g, det er han for syg til'. Jeg sagde, at det var fordi, jeg havde en depression. Jobcentermedarbejderen spurgte ikke ind til det, men fortsatte med at sige, at hun syntes, jeg skulle i jobprøvnin g eller starte på et center, hvor man skal møde hver morgen".

En del patienter har oplevet forløb, der har strakt sig over flere år. De har derfor også mødt flere sagsbehandlere, måske seks til syv. Nogle patienter med langvarige sagsforløb giver udtryk for, at sagsbehandleren ikke altid laver referat af, hvad der bliver talt om. Det har som oftest den konsekvens, at en ny sagsbehandler ikke har ajourførte oplysninger om status på sagen. I bedste fald indebærer det yderligere forsinkelse, fordi der skal bruges tid på at indhente nye oplysninger. I andre tilfælde får patienten et tilbud, som han eller hun tidligere har drøftet med en anden sagsbehandler, men som ikke har kunnet anvendes af den ene eller den anden grund.

De lange sagsforløb har ofte den konsekvens, at patienterne har skullet fortælle deres historie gang på gang. Enkelte oplyser, at de har skullet forklare sig stort set hver gang, de er kommet til et møde i jobcentret. Bagefter sidder de tilbage med den følelse, at sagen starter forfra igen og aldrig får en ende.

De hyppige skift indebærer ligeledes, at patienterne får indtryk af, at de mange forskellige sagsbehandlere ikke er særligt velforberedte til et møde.

Det er således et gennemgående træk i beretningerne, at patienterne ofte oplever, at den sagsbehandler, som de taler med, ikke har sat sig ordentligt ind i deres sag. Mange møder varer kun et kvarter, og da en stor del af tiden ifølge patienterne bliver brugt til at opdatere sagsbehandleren om deres sag, er der ikke meget tid til overs til at drøfte fremadrettede spørgsmål. Derfor oplever disse patienter ofte, at der ikke er nogen fremdrift i deres sag. På det personlige plan er konsekvensen, at de føler sig tilsidesat.

"Det er irriterende at skulle skifte sagsbehandler. Det er ikke behageligt at tale med en sagsbehandler den ene gang og så få besked om, at næste gang skal man tale med en anden og ikke vide, hvad hun kan gøre for én. Det er stressende ikke at vide, hvem man har at forholde sig til. Det minder om, at der kommer en ny vikar ind i klassen hver gang. Til sidst kan der jo slet ikke undervises, og så ender det hele i sjov og ballade. Altså, jeg ser det ikke på den måde, men når man ikke ved, hvad rammerne er, eller hvem man har med at gøre, ved man heller ikke, hvad man kan forvente, og hvad man skal gøre".

Der er dog undtagelser. En patient med et mangeårigt sagsforløb fortæller således, at hun netop havde været til samtale i jobcentret med en ny sagsbehandler, der i modsætning til de andre vidste alt om, hvad hun fejlede.

Mange patienter har modtaget breve med forskellige oplysninger om, hvad der videre skal ske med dem. En patient beretter for eksempel om, at hun inden for kort tid først modtog et brev, der drejede sig om en sygeopfølgingsplan. Kort tid efter fik hun et andet brev, som oplyste, at hun nu skulle i aktivering som led i et jobafklaringsforløb.

Begge breve er misvisende, fordi den pågældende patient er i gang med at søge pension og i øvrigt er anbefalet at få et fleksjob.

Patienten beskriver sin følelsesmæssige reaktion på denne måde:

"Jeg får en klump i halsen hver gang. Jeg bliver bange og begynder at tvivle på, om de nu lige pludselig synes noget andet end det, vi har talt om, og at de bare vil sparke mig ud!"

Frygten resulterer i usikkerhed, der forværrer patientens psykiske tilstand og gør hende stresset og psykotisk.

Patienterne undrer sig ligeledes over, at det er vanskeligt at komme i kontakt med en sagsbehandler telefonisk eller via mail:

"Det er træls, at man ikke kan komme igennem til dem. Man kan kun ringe til et fællesnummer i jobcentret mellem kl. 9 og kl. 10 om morgenen, men man kan ikke være sikker på, at man kan få fat i en sagsbehandler. Der er stort set altid optaget, og det er umuligt at komme igennem. Hvis man kommer igennem, ved man ikke, om det er samme person, som sidder med ens sag. Man kan heller ikke sende en mail direkte til sin sagsbehandler. Man får at vide, at man kan skrive til en gruppemail, men jeg vil ikke sende en mail med mit personnummer og alle mulige andre personlige oplysninger til en fælles mailadresse. Det vil jeg simpelthen ikke! Det er utrygt! Med et personnummer og et navn kan du gøre ufatteligt mange ting. Det lyder måske paranoidt, men det er en realitet. Ellers bruger jeg snail mail. Et brev, simpelthen. Det betyder alt sammen, at man ikke har nogen kontakt til ens sagsbehandler, som i øvrigt er en del af et team, der ikke kan sige noget om noget som helst. Det hele er et stort kafkask system, som man ikke kan stille noget op imod. Og det er træls!"

Mange patienter nævner derudover, at de har vanskeligt ved at forstå begrundelsen for de forskellige afgørelser. Et eksempel er en patient, der søgte om førtidspension omkring tidspunktet for strukturreformen. Først forsvandt hans sag bogstaveligt talt i forbindelse med oprettelsen af jobcentre. Da ansøgningen blev indsendt på ny, fik han afslag.

Efterfølgende forsøgte han at få oplyst, hvad han så skulle gøre, men det vidste man ikke, fik han at vide af sagsbehandleren. Patienten var i mellemtiden startet hos OPUS, hvor kontaktpersonen forsøgte at rejse en pensionssag igen. Midt i forløbet blev det imidlertid besluttet at sende patienten i arbejdsprøvning hos en 2. aktør, selv om sagsbehandleren i jobcentret havde noteret i sagen, at det var uhensigtsmæssigt på grund af diagnosen.

Den pågældende patient kom i realiteten aldrig i arbejdsprøvning, for det var ikke muligt at finde en praktikplads til ham, hvor det kunne foregå.

Forløbet efterlader et indtryk af, at jobcentret på den ene side er enig i, at patienten er for syg til at blive arbejdsprøvet. På den anden side får han at vide af jobcenter, at han skal i arbejdsprøvning.

Kapitel 3: Behovet for anerkendelse

Dette kapitel belyser patienternes behov for anerkendelse og deres opfattelse af den støtte, som de får fra henholdsvis behandlingsstedet og jobcentret. Endvidere bliver der redegjort for patienternes erfaringer med uddannelse og arbejdsmarked, og en case illustrerer et patientforløb. Kapitellet afrundes med en række gode råd fra patienterne til jobcentret.

3.1. Menneske - ikke sagsnummer

Patienterne har uden undtagelse et stort behov for anerkendelse og støtte. Det går igen i mange beretninger om patienternes erfaringer med jobcentret, at de mere føler sig som et sagsnummer end som et menneske:

"Det bliver meget upersonligt, og når man nu er syg, er det vigtigt at have en personlig relation. Det er svært at opnå, når man møder så mange forskellige sagsbehandlere og skal begynde forfra, hver gang der er en ny".

Kun meget få patienter giver udtryk for, at det ikke er angstskabende at deltage i en samtale i jobcentret. Endnu færre tilkendegiver uden forbehold, at de har fået god hjælp.

En enkelt patient siger dog, at alle de mennesker, som han har været i kontakt med i jobcentret, har været meget søde og haft forståelse for ham. Han tilføjer:

"(...) i hvert fald en menneskelig forståelse. Der er forskel på de regler, som man bliver præsenteret for, og de mennesker, der administrerer dem".

Langt de fleste har den opfattelse, at møderne i jobcentret gennemføres efter en fast dagsorden, der primært indeholder de punkter, som sagsbehandlerne prioriterer. Når patienterne ønsker at drøfte et spørgsmål, bliver svarene korte og hurtige, og der henvises ofte til, at andre borgere venter på at komme til. En del patienter tilføjer, at det er deres indtryk, at sagsbehandlerne er stærkt pressede af travlhed, og at det er grunden til, at møderne foregår så hurtigt.

Konsekvensen er, at patienterne kun sjældent føler sig hørt, forstået og respekteret:

"Jeg følte mig overhovedet ikke respekteret i starten. Det går lidt bedre nu, men jeg følte først, at jeg blev rigtigt respekteret, da jeg fandt en uddannelse, som var håndgribelig. Da jeg startede i jobcentret, var det min store drøm at komme på Kunstakademiet. 'Ja, ja, men hvad vil du rigtigt lave?', spurgte de. Først da jeg sagde, at jeg ville gøre min hf færdig og gå på seminariet, fik jeg at vide, at det var i orden. Jeg måtte ikke have for flyvske drømme".

En anden patient beskriver en lignende følelse:

"Jeg er træt af, at de ikke kender min situation, når jeg kommer i jobcentret. Det virker som om, de ikke engang har læst min sag! De aner ikke, hvem jeg er. Når jeg kommer og sætter mig, spørger de: 'Hvad skal du?', og så tænker jeg: 'Ja, hvad skal jeg?' Jeg regner med, at når jeg bliver indkaldt til et møde, så er det, fordi de har noget, de vil tale med mig om. Jeg regner ikke med, at det er mig, der skal komme og lægge nogle ting på bordet. Hvis jeg laver et møde, har jeg nogle ting, jeg gerne vil lægge på bordet, men når det er andre, forventer jeg det modsatte".

En variant består i at bagatellisere patienternes sygdom ved at sige, at så slem er den vel heller ikke. Det får nogle patienter til at føle sig som kværlanter, men efterfølgende bliver de irriteret over, at der ikke bliver lyttet til dem.

Flere patienter fortæller, at de føler sig underlegne, fordi de ikke ved, hvilke muligheder de har, og hvordan de skal forholde sig.

De efterlyser, at der bliver brugt mere tid på at lære dem at kende, få et dybere indblik i deres livs- og sygehistorie samt finde ud af, hvad de kan og er gode til. Det kan man ikke på ti minutter, som det udtrykkes.

Kendskabet til den enkelte patient er en væsentlig forudsætning for at kunne etablere en dialog baseret på forståelse. Det er igen en forudsætning for at kunne finde løsninger, der er relevante for patienten, og som derfor også har større udsigt til at blive gennemført.

Nogle patienter fortæller, at de har fået at vide, at deres sagsbehandler møder dem dér, hvor de er som mennesker. Sagsbehandlerne tager med andre ord udgangspunkt i patienternes situation og livsvilkår, når de skal hjælpe dem ind eller tilbage på arbejdsmarkedet.

Det er imidlertid kun ganske få patienter, der i praksis oplever, at sagsbehandlerne har en sådan tilgang til dem. De fleste patienter er tilbøjelige til at mene, at der bliver sagt ét, men gjort noget andet. Intentioner og praksis hænger ikke sammen.

Der er dog undtagelser. En patient fortæller, at hun har fået en ny sagsbehandler, som har bedt hende om at skrive et brev, hvor hun forklarer, hvorfor hun ikke ønsker at anvende sin nuværende uddannelse, og hvorfor hun mener, at det vil være en god idé at begynde på en ny:

"Hun [den nye sagsbehandler] lytter og stiller de rigtige spørgsmål, for eksempel: 'Hvilken følelse har du, når du går på arbejde?', hvor andre bare siger: 'Hvis du ikke vil have det tilbudte arbejde, kan du bare søge et andet!' Min nye sagsbehandler forstår, at det hele handler om, hvilken følelse jeg har, når jeg går ud af døren om morgenen, når jeg er på arbejde, og når jeg kommer hjem igen. Det er meget vigtigt at vide, for hvis man ikke har det godt, når man går ud, når man er på arbejde, og når man kommer hjem, så er det nok ikke lige det arbejde, man skal have. Det kunne hun sagtens forstå. Samtalerne med de andre sagsbehandlere har været præget af det ene ultimatum efter det andet. Hvis jeg ikke ville det, som de tilbød, kunne jeg klare mig selv. Det synes jeg ikke er rimeligt. Jeg har ikke valgt at blive syg".

En anden patient fortæller, at hun har fået en ny sagsbehandler, som hun taler godt sammen med:

"Jeg er blevet positivt overrasket. Det har jeg også sagt til hende. Jeg har fortalt hende, at jeg for første gang i de to år, jeg har været i jobcentret, føler, at jeg bliver lyttet til. Så stillede hun sig op og undskyldte på sine kollegers vegne. Det synes jeg er stort!"

3.1.1. Fra underkendelse til anerkendelse

Det er et stort ønske hos patienterne at blive hørt, forstået og respekteret som mennesker - og ikke blive betragtet som sager og cpr-numre. Hvad betyder det?

At blive hørt, forstået og respekteret er et følelsesmæssigt behov. Når det opfyldes, bliver man anerkendt som det individ, man er. For patienterne indebærer anerkendelse, at de bliver betragtet

som ligeværdige, at de bliver medbestemmende over deres egen tilværelse og fremtid, og at der bliver taget hensyn til deres forskellighed. Derved bliver der vist rummelighed, og det medfører, at de føler sig inkluderet.

Anerkendelse er således et grundlæggende behov, der opstår i mødet med andre. Hvis patienterne ikke bliver hørt, forstået og respekteret, føler de sig afvist. Deres behov for anerkendelse opfyldes jo ikke. De bliver tværtimod underkendt, og derved forhindres samspil og kommunikation.

Det fremgår som nævnt af interviewene, at nogle patienter har fået at vide, at deres sagsbehandler i overført betydning møder dem på det sted, hvor de befinder sig nu. Det forudsætter, at den enkelte sagsbehandler er i stand til både at identificere, hvad det sted er, så det ikke blot bliver en flokskel, og respektere det som udgangspunkt for den videre dialog.

Det kan for eksempel ske ved at fornemme en patients følelsesmæssige tilstand af stress og angst og komme ham i møde ved at skabe en tryk atmosfære. Respekten vises ved dels at lade patienten komme til orde i hans eget tempo og lægge vægt på hans livserfaringer og synspunkter, dels at sikre ham indflydelse på forløbet.

En ligeværdig og respektfuld dialog mellem sagsbehandler og patient forudsætter således for det første gensidig opmærksomhed og for det andet fælles social kontakt:

- Den gensidige opmærksomhed er udtryk for en *observation*: "Vi har set og hørt hinanden".
- Den fælles sociale kontakt afspejler en *relation*: "Vi er i stand til at handle sammen".

Når der er etableret gensidig opmærksomhed og fælles social kontakt mellem patient og sagsbehandler, er der større sandsynlighed for, at deres samtale og samvær bliver præget af *tryghed*. Trygheden medvirker til at forebygge stress, angst og konflikter og gør det dermed i bogstavelig forstand "ufarligt" for patienten at deltage i en samtale i jobcentret. Det "ufarlige" møde udgør således et værn mod alt, hvad der er uforståeligt og kaotisk for mennesker med en psykisk lidelse, for netop de har brug for struktur, som kan give forudsigelighed og ro.

At blive hørt, forstået og respekteret på egne præmisser er ikke ensbetydende med også at få ret. En patient, der føler sig anerkendt, vil imidlertid have langt lettere ved at acceptere en afgørelse, som han ikke er enig i.

Interviewene viser, at relationen mellem sagsbehandlere og patienter ofte har været præget af uoverensstemmelser. En del uoverensstemmelser har tillige udviklet sig til egentlige konflikter, som er blevet optrappet, fordi de har fået en personlig drejning. Det tyder på, at der har manglet den nødvendige gensidige opmærksomhed og fælles kontakt mellem sagsbehandler og patient i forløbet:

"De har kørt mig over med en damptrølle. De har ikke talt om, hvad jeg har brug for. Hvis jeg har haft spørgsmål, er de besvaret med ja og nej. Oftest det sidste. Det er umuligt at få at vide, hvad der sker. Jeg har ikke engang fået en bekræftelse på, at de har modtaget besked om, at jeg er begyndt på min uddannelse igen".

De mange citater viser imidlertid, at der er et stort potentiale for at skabe den nødvendige tryghed for patienterne ved at opøve sagsbehandlernes evne til at vise anerkendelse. Det vil have den effekt, at patienterne i større udstrækning bliver i stand til at finde deres egen styrke samt deres eg-

ne ressourcer, potentialer og motivation. Derved hjælper man patienterne til bedre at mestre deres liv, så de selv bliver i stand til at finde nye veje.¹

3.2. Behandlingssted, jobcenter og bisidder

Det har stor betydning for patienterne, at de møder den samme person. Det er hovedreglen i OPUS og distriktspsykiatrisk center (DPC). I jobcentret er det ifølge de fleste patienter undtagelsen, at de møder den samme sagsbehandler mere end en eller to gange.

Det er naturligvis vigtigt at være opmærksom på, at kontaktpersonerne i OPUS hver har at gøre med 11 patienter, den såkaldte case load. I DPC er forholdet 1 til ca. 30 for de primære behandlere, hvorimod en sagsbehandler i Jobcenter København Skelbækgade håndterer fra 100 og op til 150-160 personsager, såfremt den pågældende ikke har andre opgaver. Det er dog ikke alle sager, der vedrører borgere med psykiske lidelser.

Dansk Socialrådgiverforening har i en undersøgelse påvist, at sagsbehandlere i landets jobcentre generelt bruger en overvældende del af arbejdstiden på administration og interne opgaver, nemlig 80 pct. De resterende 20 pct. af tiden anvendes til borgerkontakt.²

I og med kontaktpersonerne i OPUS har en relativt mindre case load, har de i særlig grad mulighed for at opbygge en tillidsfuld relation til patienterne og give dem ro. De har mere tid til deres patienter, de taler oftere med dem, og de har indsigt i deres respektive sygdomme. Effekten afspejles i følgende citat:

"Forløbet i OPUS har virkelig hjulpet mig. Det er heldigt, at man har en god kontaktperson. Det betyder meget, hvem man taler med. Det var jeg også nervøs for i begyndelsen - hvordan man nu svinger med sin kontaktperson".

Samme patient har denne observation om sine erfaringer med kontaktpersonen i OPUS og de sagsbehandlere, som han har mødt i jobcentret:

"Det kan slet ikke sammenlignes. I OPUS er det jo deres arbejde at tage sig af psykisk syge mennesker. De kender til sindslidende og har mere erfaring med dem. Jeg ved ikke, hvordan jeg skal formulere det, men der er mere forståelse hos OPUS - og større opmærksomhed om de små tegn på forbedring. Det hjælper meget at komme til samtale hver uge. I OPUS ser man pænt på det, hvis man ikke kan komme til samtale, for det sker ikke så tit. I jobcentret reagerer de negativt med advarsler og trusler om at trække i kontanthjælpen. Så bliver jeg i dårligt humør og burer mig måske endnu mere inde".

Patienterne bruger i vid udstrækning deres kontaktpersoner i OPUS som en slags sparringspartnere. Det gør sig for eksempel gældende forud for samtaler i jobcentret. En patient, der tidligere har fortalt, at det er angstprovokerende at skulle til møde i jobcentret, siger således:

"Jeg synes, at NN [kontaktpersonen i OPUS] er god til at aflive frygten og sige: 'Det eneste, du skal kigge på, er den linje i brevet [fra jobcentret], hvor der står, hvornår du skal møde. Glem alt andet, lad være med at tænke på det'. Det er rigtig rart, at hun fortæller mig, at det ikke er noget, jeg skal

¹ Marianne Bjørkøe, *Empowerment - At gøre eleverne til hovedpersonerne i deres eget liv*, i Ole Meldgaard (red.) *Noget på hjerte 1928 - 2008*, 2008.

² Dansk Socialrådgiverforening, *Notat om socialrådgiveres tidsforbrug i jobcentre*, 2010.

forholde mig til, men de [jobcentret] skal oplyse mig om mine muligheder for at klage. Havde jeg ikke NN til at hjælpe mig med at finde ud af, hvordan jeg skal forholde mig, ville det blive værre”.

Kontaktpersonerne deltager ligeledes ofte i samtalerne i jobcentret som bisiddere. Det værdsættes højt af samtlige patienter, der har gjort brug af den mulighed. Det er dog vigtigt, at alle deltagere i samtalen ved, hvilken rolle bisidderen spiller:

”Det er guld værd, at min kontaktperson er med i jobcentret, men jeg kan også få den fornemmelse, at der bliver talt hen over hovedet på mig. Så får jeg det sådan: ’Det er min fremtid, I snakker om, så tal med mig i stedet for med min kontaktperson! Men ellers synes jeg, det er godt at have min kontaktperson med. Hun [kontaktpersonen] stiller nogle gode spørgsmål, som jeg ved, jeg ville have tænkt på, når jeg kommer hjem. Det er rart, at hun ved, hvad hun skal spørge om, så jeg synes, at jeg er ret oplyst, når jeg har været i jobcentret sammen med hende”.

Nogle patienter giver udtryk for, at de ville have været fortabt, hvis ikke de havde haft en bisidder med ved samtalerne i jobcentret. En 19-årig patient har haft både sin kontaktperson i OPUS og sin mor med ved flere møder i jobcentret. Det beskriver hun på denne måde:

”Jeg havde været helt fortabt uden de to. Så havde jeg bare siddet dér uden at fatte en brik af, hvad de snakker om. Så var der ingenting sket. Jeg kunne godt tænke mig at være til møde i jobcentret alene, men jeg skal bare finde ud af, hvordan tingene hænger sammen”.

Flere patienter mener, at det ligeledes en fordel for jobcentret, at deres kontaktperson i OPUS deltager i samtalen som bisidder. De begrundet dette synspunkt med, at deres kontaktperson kender dem og deres sygdom og derfor kan forklare, hvordan den virker på dem og deres muligheder for at gennemføre en uddannelse, varetage et job e.l. Kontaktpersonerne kender også systemet, som det udtrykkes, bedre end patienterne, og de ved, hvad der virker bedst på dem, og hvilke tilbud det vil være realistisk at tage imod, og hvilke der vil have en negativ effekt.

Det foregår normalt ukompliceret, når patienterne har en bisidder med til samtale i jobcentret. En patient af anden etnisk oprindelse end dansk fortæller dog, at sagsbehandleren stillede ham følgende spørgsmål, da han første gang skulle til møde i jobcentret og havde sin kontaktperson med som bisidder:

”Hvad laver hun [kontaktpersonen] her? Taler du [patienten] ikke dansk?”

En anden patient, der også havde sin kontaktperson fra OPUS med til den første samtale i jobcentret, fik at vide, at hendes bisidder ikke måtte deltage i samtalen, fordi sagsbehandleren ville have mulighed for først at lære hende at kende.

Patienterne opfatter i overvejende grad OPUS som en medspiller og jobcentret som en modspiller:

”I OPUS føler jeg, at det er mig, der bliver hjulpet. Hvis jeg går ind i jobcentret, har jeg derimod på fornemmelsen, at det er mig, der hjælper dem ved at gøre noget, som de gerne vil have. Hvis jeg var en ganske normal person, der var løbet tør for job og skulle søge et nyt, er jeg sikker på, at oplevelsen nok ikke ville være lige så skræmmende. Så ville jeg være i stand til at gøre, hvad de forlanger. Det hjælper bestemt ikke, når man ved, at man ikke er ’beregnet’ til at gøre, hvad de gerne vil have”.

Når patienterne beskriver forskellen mellem OPUS og jobcentret, lægger de vægt på, at deres kontaktpersoner taler til dem, så de får lyst til at deltage. Flere af dem bemærker, at kontaktpersoner-

ne giver udtryk for oprigtig bekymring og interesse for deres velbefindende. Derfor føler de sig ordentligt behandlet. En patient fortæller, at kontaktpersonerne er gode til at identificere alle fremskridt, også de små:

"Du skal ikke bebrejde dig selv, at du ikke nået alt det, du gerne ville i dag. Nu har du gjort rent i dit køkken - ros dig selv for det i stedet for at blive frustreret over, at du ikke nåede at rengøre resten af lejligheden".

Patienterne hæfter sig desuden ved, at kontaktpersonerne i OPUS udviser forståelse for de enkelte mennesker bag sygdommen:

"I OPUS bliver man mødt som menneske med de kvaliteter, ressourcer og kompetencer, som man har. Tingene bliver taget i ens eget tempo, så man ikke føler, at man bliver presset til noget, man ikke kan, men man får stadig lov til at opleve, at man kan mere, end man egentlig selv troede, at man kunne. OPUS er god til at stille de rigtige spørgsmål: 'Hvad går bedre siden sidst? Hvad er det, der gør, at det ikke går dårligere siden sidst?' Den positive vending er god. Når jeg har haft svært ved at stå op om morgenen, jamen, så får jeg at vide, at der var to ud af fem dage, hvor jeg faktisk kom op til tiden, og så bliver det skrevet på tavlen, så man kan se fremgangen. Det kan godt være, at det ikke var sådan et kæmpe kænguruspring, men det var de små skridt i den rigtige retning. Det kan godt være, det går langsomt, men det går fremad. Det var rigtig godt for mig. Jeg var i erhvervsgruppen to gange, og første gang var en oplevelse, og anden gang var en fuldstændig suveræn oplevelse".

Det har dernæst betydning, at patienterne så at sige kan spejle sig i hinanden i OPUS. De er dels forholdsvis jævnaldrende, dels sammen med andre, som har en psykisk lidelse, og endelig er de stort set i samme båd med hensyn til uddannelsesniveau og arbejdsmarkedserfaring.

En patient er inde på, at sagsbehandlerne i jobcentret ikke har samme muligheder som kontaktpersonerne i OPUS for at hjælpe mennesker med en psykisk lidelse. Den pågældende begrundet synspunktet med, at sagsbehandlerne ikke er behandlere som i OPUS, og at det heller ikke er deres opgave at "(...) sidde og lege psykologer. De skal losse mig i røven, så jeg kan komme i gang med at lave noget, men jeg vil helst hjælpes på vej, så jeg får truffet det rigtige valg".

3.3. Erfaringer med uddannelse og arbejdsmarked

Det fremgår af tabel 2.1. i kapitel 2, at kun meget få patienter har afsluttet en erhvervskompetencegivende uddannelse. De fleste patienter har dog forsøgt at uddanne sig efter grundskolen, og mellem en fjerdedel og en tredjedel har også lykkedes med at afslutte en ungdomsuddannelse. Det er ret karakteristisk for en del patienter, at de er gået i gang med mange uddannelser uden at afslutte nogen af dem.

Det generelle billede er, at langt de fleste patienter har svært ved både at starte på og gennemføre en uddannelse, når sygdommen for alvor tager fat i dem:

"Jeg stoppede uddannelsen på grund af sygdommen. Jeg blev for alvor syg for to eller tre år siden. Jeg har en skizofrenilidelse, der giver mig nogle belastninger, så jeg ikke kan fungere optimalt i hverdagen. Det medfører, at jeg ikke kan klare nær så meget som andre. Jeg kan ikke koncentrere mig særligt godt, jeg bliver meget rastløs, og jeg har svært ved at sidde stille og fokusere længere tid af gangen. Det gør det jo selvfølgelig svært at passe et kontorarbejde eller sådan noget".

Det er en chokerende oplevelse for mange patienter, der tidligere har kunnet varetage et ansvarsfuldt arbejde:

"Hvis jeg kigger fire til fem år tilbage i tiden, var jeg afdelingschef i [virksomhedsnavn], og mit liv kørte strygende. Jeg har stadig min andelslejlighed og alle mine regninger, men resten af mit liv det har jeg ikke. Jeg ved ikke, hvilke ressourcer og kompetencer jeg har tilbage. Jeg ved ikke, hvad jeg kan".

Et andet eksempel står en 25 år ung mand for. Han har haft arbejde i et supermarked og på et lager. Når han har søgt arbejde, har han brugt internettet og ellers ringet rundt til forskellige virksomheder. Derudover har han været i gang med at uddanne sig til elektriker i halvandet år, men skiftede til gartneruddannelsen. Her gennemførte han grundforløbet og fortsatte i yderligere halvanden måned, inden han stoppede. Nu er han i gang med SOSU-uddannelsen, fordi han gerne vil være portør.

De forholdsvis få patienter, der har afsluttet en erhvervskompetencegivende uddannelse, har efterfølgende erfaret, at deres sygdom forhindrer dem i at bruge uddannelsen. En kvindelig patient med en afsluttet uddannelse har for eksempel været i arbejdsprøvning i en branche, hvor hun er fagligt kvalificeret til at varetage jobfunktioner. Den pågældende branche er imidlertid mandsdomineret, og det har vist sig, at hun er for psykisk sårbar til at fungere på arbejdspladsen. Det har derfor været nødvendigt at afslutte arbejdsprøvningen et par måneder før tid.

Den samme patient beretter om en meget kedelig oplevelse under et tidligere praktikophold:

"Det var det værste, jeg nogensinde har prøvet. Jeg blev svinet til og rasket ned på. Medarbejderen, der skulle tage sig af mig, begyndte at fortælle mig, at jeg ikke var andet end en skide junkie, og om jeg ikke bare skulle stille mig ind i Skelbækgade, så jeg kunne få min junk. Desuden sagde han, at jeg havde en masse sorgproblemer og uløste konflikter. Jeg tænkte, at det var første gang, han mødte mig, så hvordan kunne han finde på at sige sådan noget til mig? Når jeg gik forbi hans kontor, stod han derinde med sine kolleger og bagtalte mig. Så blev jeg altså sur og kontaktede kommunen, mens jeg var derude. Kommunen sagde, at jeg ikke skulle møde op på praktikstedet mere, men endnu mens jeg var der, ringede de til den pågældende medarbejder, hvorefter han overfusede mig og hev mig ind i et lokale, hvor der ikke var nogen, der kunne høre, hvad han sagde, og spurgte, hvem fanden jeg troede, jeg var. Så gik jeg, og kommunen sørgede for, at jeg kom et andet sted hen".

Alle patienter har været i aktivering, nogle flere gange. De forskellige aktiverings-, arbejdsprøvnings- og praktikforløb tegner et kalejdoskopisk billede og har for de flestes vedkommende ikke medført en afklaring med hensyn til valg af uddannelse eller erhverv.

Det er endvidere tilsyneladende vanskeligt at finde forløb, der passer godt med patientens faglige baggrund, og som ikke forværrer hans eller hendes psykiske helbredstilstand. Der er tydeligvis kæmpet mange kampe mellem patienter og sagsbehandlere om disse forløb uanset baggrund.

I enkelte tilfælde har en aktivering ført til et job i en anden virksomhed, men af den ene eller den anden grund er det ikke lykkedes at fastholde det.

Enkelte patienter giver udtryk for, at de ikke har noget at tilbyde en arbejdsgiver. Andre har refleksioner, der afspejler, at de befinder sig i et krydspres mellem på den ene side deres drømme om at

få en uddannelse og et job og på den anden side frygten for at skulle finde sig et ordinært arbejde inden for en nærmere tidshorisont.

En variant er patienter, der er i gang med en ungdomsuddannelse, og som tager et fag af gangen, men som efter en periode skal på fuldt skema. Også denne situation kan sætte dem i et hårdt pres, fordi det kræver energi, som de har vanskeligt ved at mobilisere hver dag. Atter andre står over for eller er i færd med at søge førtidspension og gør sig ingen overvejelser om arbejde.

Det er karakteristisk for de patienter, der gerne vil begynde på eller færdiggøre en uddannelse, at de sigter på at skulle bruge den i et job, der ikke stresser dem, og hvor de for det meste kan få lov til at passe sig selv. Derfor vil de heller ikke kunne gennemføre en uddannelse af blot en vis varighed, hvis de samtidig skal have job, for eksempel et studiejob, for at få økonomien til at hænge sammen.

Flere patienter forklarer endelig, hvorfor det er vigtigt både at få en uddannelse og et job. Det følgende citat er repræsentativt:

”Jeg føler mig helt udeladt på grund af min sygdom. Det er en af de værste følelser, jeg har haft. Da min psykose var værst, kunne jeg ikke engang forholde mig til min egen familie. Hvis jeg blev uddannet og kom ud på arbejdsmarkedet, ville jeg føle mig som en del af samfundet, og at jeg passede ind. Det ville gøre, at jeg ville kunne leve et lidt mere stabilt liv. Når jeg ikke er en del af noget, vækker det dårlige tanker hos mig. Det forstærker sygdommen, at jeg ikke er en del af noget større. Min verden bliver begrænset, indtil jeg tror, at det er den rigtige verden, og så bliver min psykose værre. Det er vigtigt for mig at være i gang med en uddannelse eller tilknyttet arbejdsmarkedet, for det er med til at regulere min realitetsopfattelse. Det hører med til god behandling, at den ikke kun drejer sig om noget medicinsk, men også noget socialt, så man kan forholde sig til andre mennesker, samfundet og sin familie igen”.

3.4. En case

Dette afsnit indeholder en case, som belyser en patients relationer til jobcentret og arbejdsmarkedet, som den pågældende selv opfatter dem. Casestudiet er baseret på et personligt interview med patienten suppleret med dokumentariske oplysninger om sagsforløbet. Gengivelsen er anonymiseret.

Formålet med casestudiet er at give et illustrativt eksempel på den følelsesmæssige belastning, som langt størsteparten af patienterne fortæller om, når de bliver bedt om at beskrive, hvordan de opfatter deres kontakt og samarbejde med jobcentret. Det er ikke et formål med casestudiet at redegøre for det faktuelle sagsforløb i detaljer og kronologisk orden.

Patientens baggrund

NN er en mand i slutningen af 20'erne med en skizotypisk sindslidelse. Han er uddannet orkestermusiker, men det konkurrenceprægede miljø i musikbranchen er ikke foreneligt med hans psykiske sygdom. Han har derfor undersøgt andre uddannelses- og erhvervsmuligheder og vil gerne tage meritlæreruddannelsen. Det koster imidlertid penge at gennemføre uddannelsen, og dem har han ikke.

NN har derfor søgt om revalidering, men fik afslag efter trekvart år. Afgørelsen indbragte han for Beskæftigelsesankenævnet med bistand fra Dansk Musiker Forbund. Beskæftigelsesankenævnet hjemviste sagen til fornyet behandling i kommunen med den begrundelse, at det ikke kunne vurde-

res, om NN var berettiget til revalidering, fordi der manglede oplysninger om hans helbredsmæssige forhold.

NN hæver stemmen, da han bliver bedt om at uddybe forløbet, der har strakt sig over et par år. Han er tydeligvis oprevet over at skulle tale om sine oplevelser. Han har skiftet sagsbehandler gentagne gange og fået mundtligt afslag i forbindelse med en opfølgningssamtale på sin ansøgning om revalidering, "(...) fordi de [jobcentret] ikke kunne støtte den form for uddannelse [til meritlærer]".

NN har ikke kunnet få en nærmere begrundelse på afslaget. Der foreligger dog en udtalelse fra en læge, som kun kender ham fra hans diagnose, idet de aldrig har mødtes. Det fremgår af lægeudtalelsen, at NN bør undgå arbejde, der indebærer professionel kontakt.

NN føler sig stemplet. Hver gang han får et brev fra "det skide" jobcenter, bliver han rødglødende og får det dårligt. Hans stresstærskel bliver overskredet, bare han taler om det.

Han siger, at han blev smidt ud af sygedagpengesystemet samtidig med, at han fik afslag på ansøgningen om revalidering, og at der gik to måneder, inden han fik nogle penge.

Han havde det "ad helvede til", da han tog fra sygedagpengekontoret efter at være blevet orienteret om, at han ikke længere kunne modtage sygedagpenge, fordi han blev vurderet til at være arbejdsdygtig. Han måtte tigge og bede sin psykiater i OPUS om at lade være med at skrive, hvor mange timer han kunne være til rådighed for arbejdsmarkedet, og der gik ikke mange dage, før han måtte lade sig indlægge.

NN har medbragt sine sagsakter fordelt i to ringbind. Han fortæller, at de kun udgør en brøkdel af det samlede materiale. Han har ligeledes givet kommunens borgerrådgiver en ordentlig stak papirer.

I virksomhedspraktik

NN har med en venindes hjælp skaffet sig selv en praktikplads på en folkeskole, hvor han kan være i fire uger. Her underviser han i musik og nogle andre fag.

Han er nu i anden uge af praktikken, og den går okay, siger han. Det er hårdt for ham at komme op om morgenen på grund af medicinen, og han har svært ved at falde i søvn om aftenen.

NN synes, at det er meget sjovt at være i virksomhedspraktik trods vanskelighederne. Han bliver gladere og får mere selvtillid, fordi han oplever, at han udretter noget. Det giver ham ro og håb for fremtiden.

Praktikforløbet har han nu fået bevilget som et aktiveringsforløb.

Kontakten med jobcentret

NN føler sig hverken hørt, forstået eller respekteret i kontakten med jobcentret. Samtalerne har ikke drejet sig om spørgsmål, som han finder relevante og interessante. Da han fik et mundtligt afslag på ansøgningen om at komme i revalidering, bad han om at få det skriftligt. Det varede fem måneder.

Ventetiden betød, at han følte sig fastlåst, hvilket gik ham på, fordi hans venner havde gang i et eller andet. Han følte, at han stod fuldstændig i stampe:

"Det er åndssvagt at sidde brak. Man bliver handlingslammet af at vente og håbe. Det er langt ude, hvis jeg bare skal sidde og køre varer igennem kasseapparatet i Netto".

NN synes selv, at han har mange kompetencer med baggrund i sin syv år lange videregående uddannelse.

Sidste gang NN var i jobcentret, endte han på et kontor med en sagsbehandler, der - som han formulerer det - *"rent faktisk var hjælpsom"*. Det er imidlertid ikke hans erfaring. Han siger tværtimod, at sagsbehandlerne ikke aner, hvor de skal sende ham hen. Det er ligeledes hans fornemmelse, at sagsbehandlerne er mistænksomme og betvivler hans oplysninger.

NN anslår, at han har været i kontakt med ca. ti sagsbehandlere i jobcentret. Det er ikke hans indtryk, at nogen af dem har sat sig ind i hans sag på forhånd. Det er tillige hans erfaring, at man altid bliver rådgivet af én person, hvorefter andre træffer beslutning om, hvad der skal ske.

NN beklager sig over, at der er stor udskiftning blandt sagsbehandlerne, og at det er umuligt at få ordentlig kontakt. Det er heller ikke lykkedes NN at få fat i de forskellige personer, som har truffet afgørelse i hans sag undervejs i forløbet.

Breve fra jobcentret

NN mener ikke, at jobcentrets breve er relevante for ham:

"Det er altid noget med at opfylde nogle regler: 'Vi [jobcentret] skal opfylde en eller anden regel, og derfor sender vi dig i et forløb hos en 2. aktør'. Det er aldrig noget med: 'Vi vil gerne finde ud af, om vi kan hjælpe dig med noget'. Det er én ting at få et afslag, noget andet at sige: 'Vi kan godt forstå, at du har et problem, så derfor vil vi foreslå dig at gøre sådan og sådan'. Man får bare et verbalt, skriftligt los i røven, og så kan man selv finde ud af resten. Det er meget bureaukratisk og upersonligt".

NN hæfter sig ved, at brevene fra jobcentret eller sygedagpengekontoret altid har reference til en eller anden lov:

"Skal jeg som syg læse hele sygedagpengeloven? Jeg har ikke kræfter til den slags".

NN undrer sig ligeledes over, at han har fået tilsendt uddrag fra en anden borgers journal.

Forløbene hos en 2. aktør

Før NN modtog mundtligt afslag på ansøgningen om revalidering, var han i et afklaringsforløb hos en 2. aktør, der i første omgang støttede entusiastisk op om hans planer om at uddanne sig til meritlærer. Da han kom tilbage til jobcentret, fik han at vide, at hans uddannelsesplaner ikke var realistiske.

Derefter blev han på ny sendt i et længere forløb hos samme 2. aktør, som havde fået at vide, at han ikke måtte opmuntres til at søge uddannelser med et stort professionelt ansvar som for eksempel lærer eller pædagog.

NN synes ikke, at det andet forløb var særligt morsomt, og det blev skrevet i hans progressionsrapport, at han var modvillig. Det bevirkede, at han skulle kommentere oplysningerne i rapporten. Han bemærkede blandt andet, at en sagsbehandler tidligere havde anbefalet ham at blive meritlærer, mens en anden havde afvist muligheden.

Ifølge arbejdsevnevurderingsjournalen er der ingen begrænsninger hos NN med hensyn til at varetage beskæftigelse som musiker eller underviser i musik. NN undrer sig derfor over, at han godt kan fungere som musiker og underviser i musik, men ikke som lærer. Beskæftigelse som musiker eller underviser i musik indebærer også professionelle relationer med et stort ansvar.

NN har haft sin kontaktperson fra OPUS med til møder hos den pågældende 2. aktør, men mener ikke, at det har hjulpet så meget. Ifølge hans opfattelse har de to forløb hos den 2. aktør været fuldstændigt overflødige. Det begrundes han med, at jobcentret havde fastsat dagsordenen på forhånd.

OPUS og jobcentret

NN vurderer, at han ville have klaret forløbet dårligere uden hjælp fra sin kontaktperson i OPUS. Hver gang han træder ind ad døren i OPUS, tænker han:

"Endelig er der nogen, som er på min side".

Han mener, at behandlingen i OPUS er personlig, og at kontaktpersonerne har et grundigt kendskab til patienterne. Kontaktpersonerne ser deres patienter som hele personer, og de er interesseret i at høre, hvordan det går, og hvordan de har det. Denne tilgang giver patienterne mulighed for at tale om både stort og småt i deres tilværelse.

I jobcentret - siger NN - spørger sagsbehandlerne:

"Har du udfyldt dette skema, og opfylder du vores krav?"

NN mener ikke, at han nogensinde har fået tid til i jobcentret eller på sygedagpengekantoret at gøre opmærksom på, hvilke behov han har. I a-kassen oplevede han, at sagsbehandlerne var en lille smule mere forstående over for ham, fordi han gav udtryk for, at han havde en plan for sin fremtid.

Hvad kunne være gjort bedre?

Hvad mener NN kunne være gjort bedre?

"Det kunne have været gjort bedre, hvis der ikke hele tiden var blevet henvist til alt det regelhelvede. Det ville også have været en hjælp, hvis det havde været muligt at komme hen et sted og rent faktisk tale med en sagsbehandler i stedet for at basere hele forløbet på breve og en 2. aktør. Det ville have været en stor hjælp, hvis jeg havde haft en fast sagsbehandler, der kendte min historie, vidste hvad der foregik, og som jeg ville kunne kommunikere med som person og ikke blive behandlet som objekt i et eller andet system".

NN lægger vægt på, at han kunne have været sparet for en masse stress, hvis hjælpen var kommet noget før, og hvis han havde haft en fast personlig kontakt i jobcentret med indsigt i hans situation. Stress har stor betydning for hans sygdom, og der skal ikke meget til, før han ikke har det godt. Han bliver meget aggressiv, får dårligt selvværd samt grubler over hvad han har gjort forkert. Denne sindstilstand kæder han sammen med oplevelserne i jobcentret.

NN mener ligeledes, at *"nogen som ham"* burde kunne hjælpes tilbage på arbejdsmarkedet ved at få mulighed for uddannelse og opkvalificering. Det er vigtigt at starte med et forløb, hvor man ikke får en masse ansvar og ikke udsættes for pres om at skulle producere fra første dag.

Fremtidsplaner

NN har fundet ud af, at han kan tage meritlæreruddannelsen som internetkursus. Den mulighed har ingen fortalt ham om før. For at spare leveomkostninger flytter han hjem til sin mor, der bor i en anden landsdel. Derfra vil han uddanne sig til meritlærer.

3.5. Patienternes råd til jobcentret

Alle 32 patienter er blevet spurgt, hvordan de mener, at jobcentret kan gøre det nemmere for mennesker med en psykisk lidelse at deltage aktivt på arbejdsmarkedet. Patienterne har samtidig fået mulighed for at give et godt råd til jobcentrene.

Patienternes synspunkter og forslag drejer sig meget om det samme, nemlig om bedre koordinati-on og bedre kommunikation. De uddybes i det følgende.

3.5.1. Bedre koordination

Alle patienter efterspørger bedre koordination. Det mener de vil kunne opnås ved hjælp af en fast kontaktperson i jobcentret. Han eller hun skal *"(...) tage sig af alle de løse tråde og samle dem op"*.

Koordination er i særlig grad vigtig, når der er tale om borgere med en psykisk lidelse. De bliver nemt forvirrede og mister overblikket, og de har derfor brug for et roligt sagsforløb.

Patienterne er godt klare over, at det kan være svært at have en og samme sagsbehandler i et forløb, der måske strækker sig over en årrække, og som også involverer flere afdelinger. De mener imidlertid, at det må kunne lade sig gøre at begrænse antallet af sagsbehandlere, så man ikke kommer ud for at møde for eksempel 18, som en patient har oplevet.

Fordelen ved at have samme kontaktperson eller i det mindste så få som muligt er, at vedkom-mende lærer den enkelte patient bedre at kende. Et nærmere bekendtskab vil tillige medføre, at kontaktpersonen får øget indsigt i patientens sygdom, og hvilken effekt den har på almentilstanden og mulighederne for at gennemføre en uddannelse eller varetage et arbejde.

Et bedre samspil mellem beskæftigelsestilbuddet og behandlingstilbuddet står ligeledes højt på ønskelisten. Flere patienter mener således, at det vil være en fordel for alle, hvis jobcentret har en eller flere sagsbehandlere fast placeret i OPUS eller omvendt.

En sådan ordning vil reducere spildtid og fremme sagsbehandlingen og beslutningsprocessen, fordi der er hurtigere og mere direkte adgang til den relevante specialviden. Det bliver samtidig nemmere at planlægge samtalerne og undgå lang ventetid, som er en pine for alle patienter og deres bisiddere, når de skal til møde i jobcentret.

Mange patienter har den opfattelse, at sagsbehandlerne ikke har sat sig særligt grundigt ind i deres sag, når de møder dem. Det problem vil kunne løses, såfremt der etableres en ordning med en fast kontaktperson enten i jobcentret eller som "udstationeret" hos OPUS.

Alle patienter ønsker en tættere, hurtigere og tilpasset opfølgning på deres sag, så de kan blive afklaret om deres muligheder og komme videre med deres liv. De mener, at vejen frem er at øge samspillet mellem jobcentret og OPUS eventuelt ved at organisere det ved hjælp af en "udstatione-ret" medarbejder enten det ene eller det andet sted.

3.5.2. Bedre kommunikation

Patienterne efterlyser uden undtagelse, at jobcentret og sagsbehandlerne bliver meget bedre til at kommunikere, herunder vejlede, være diskrete og lydhøre.

På det formelle plan er brevene fra jobcentrene udformet i et sprog, som udgør en forståelsesmæssig barriere for størsteparten af patienterne. Brevene fylder ofte mange sider og har et sprogbrug, der opfattes som bureaukratisk.

En patient foreslår, at jobcentret supplerer informationerne om lovgrundlaget med brochurer, korte kurser e.l., der for eksempel oplyser om, hvilken ret man har til forhøjet kontanthjælp, medicintilskud m.m., hvis man har en diagnose i F20-området og er under 25 år gammel.

Derudover hæfter flere patienter sig ved, at de mange sagsbehandlerskift medfører tendens til, at der bliver givet modstridende oplysninger. Nogle patienter mener, at grunden er, at lovgivningen er så kompliceret, at den åbner op for fortolkning:

"Det er som om, der er en masse huller i lovgivningen. De [sagsbehandlerne] læser den meget forskelligt".

En del patienter giver udtryk for, at de modstridende oplysninger medvirker til at fastholde deres dårlige helbredstilstand, fordi de ikke kan regne med de svar, som de får.

På det konkrete plan forstår patienterne ikke, at det skal være så svært at komme i kontakt med en sagsbehandler i jobcentret. De mener, at det er meget vanskeligt at få direkte telefonisk forbindelse med en bestemt sagsbehandler, at der ikke bliver ringet tilbage på telefonbeskeder, og at mails sjældent bliver besvaret. Også her peger flere patienter på, at løsningen er et nærmere samarbejde mellem jobcentret og OPUS i form af en eller flere "udstationerede" medarbejdere.

Når møderne foregår i jobcentret, har en del patienter oplevet at få deres sag behandlet i et større lokale med flere uvedkommende tilstedeværende, uden at der blev vist diskretion i forbindelse med omtale af deres sygdom. Det anser de for nedværdigende og foreslår, at alle møder foregår i et separat lokale, hvor kun de relevante parter deltager.

På det psykologiske plan efterspørger patienterne større lydhørhed i betydningen forståelse for, hvilke problemer deres sygdom giver dem, og hvad de realistisk kan magte:

"Helt generelt skal sagsbehandlerne i jobcentret lære at lytte og svare på de spørgsmål, der bliver stillet. Jeg kan godt acceptere et langt forløb, hvis jeg får svar på mine spørgsmål, og hvis jeg får at vide, hvorfor sagsbehandlingen trækker ud. Jeg kan ikke acceptere det, når jeg ikke får noget at vide. Så simpelt er det: Lyt til borgeren, svar på spørgsmålet".

Patienterne er frustreret over at blive mistænkeliggjort og mener, at sagsbehandlere, der har at gøre med psykisk syge borgere, bør have større indsigt i psykiske lidelser:

"De [sagsbehandlerne] bliver nødt til at forstå, at de ikke bare sidder over for 'almindelige' mennesker, men mennesker med psykiske diagnoser. De må tage højde for, at vi ikke kan så meget som andre".

Enkelte patienter siger endelig, at det er vigtigt at være realistisk med hensyn til, hvilke job en psykisk syg borger kan bestride.

Kapitel 4: Hvad mener patienterne?

Om kontakten, miljøet i og samarbejdet med jobcentret

Undersøgelsen af relationen mellem voksne unge med skizofrenilidelser, jobcentrene og arbejdsmarkedet er som tidligere nævnt gennemført, fordi der mangler systematisk viden om, hvad de pågældende patienter i OPUS selv mener om blandt andet følgende spørgsmål:

Hvilke erfaringer har de med jobcentrets vejledning? Er vejledningen relevant, og opfylder den deres behov? Hvilken effekt har beskæftigelsesindsatsen haft på deres motivation for at fastholde eller forsøge at få en varig tilknytning til arbejdsmarkedet?

Undersøgelsen er således gennemført med udgangspunkt i patienternes perspektiv, og den har haft en induktiv og empirisk tilgang, som er kommet til udtryk på to måder:

- Dels ved at interviewe 32 patienter i OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet med henblik på at komme i dybden med deres erfaringer og synspunkter.
- Dels ved at give samtlige 282 patienter, der på tidspunktet for projektets gennemførelse var tilknyttet ovennævnte OPUS-teams, mulighed for at deltage i en spørgeskemaundersøgelse.

De to undersøgelser supplerer hinanden, idet spørgeskemaundersøgelsen afspejler bredden og interviewundersøgelsen dybden i patienternes opfattelse af deres relationer til jobcentret og arbejdsmarkedet.

I og med spørgeskemaundersøgelsen har givet alle patienter mulighed for at give deres besyv med, har den medvirket til at perspektivere og nuancere de synspunkter, som kom frem i forbindelse med interviewene.

Forventningen har været, at interviewundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen til sammen ville gøre det muligt at afdække patienternes egen selvforståelse i forhold til arbejdslivet, og at denne indsigt efterfølgende vil kunne benyttes til at udarbejde langt mere individuelle og relevante handleplaner i forbindelse med beskæftigelsesindsatsen end tidligere.

Bilag 2 indeholder dels oplysninger om spørgeskemaundersøgelsens form, indhold og repræsentativitet, dels spørgeskemaet med svarfordelinger samt åbne kommentarer og forslag.

Da spørgeskemaundersøgelsen sluttede, var der modtaget 125 gyldige skemaer, hvilket giver en svarprocent på 44,3.

Spørgsmålene i spørgeskemaet vedrører naturligvis samme temaer som den spørgeguide, der blev anvendt i forbindelse med interviewene. Patienterne er således blevet bedt om at besvare en række spørgsmål om blandt andet deres uddannelsesmæssige baggrund, forsørgelsesgrundlag, arbejdsrelaterede erfaringer samt kontakt og samarbejde med jobcentret.

Mange af patienterne har kognitive vanskeligheder, hvilket gør det svært for dem at overskue store informationsmængder. Det har derfor været nødvendigt at begrænse antallet af spørgsmål og at formulere dem så konkret og forståeligt som muligt. Ved tolkningen af svarfordelingerne i spørgeskemaet er det således vigtigt at være opmærksom på, at spørgeskemaundersøgelsen har afdækket tendenser og sandsynligheder og ikke absolutte sandheder.

4.1. Respondenternes baggrund

Tabel 4.1. tegner et socioøkonomisk, erhvervs- og uddannelsesmæssigt billede af de patienter, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, og som i det følgende kaldes respondenter.

| Tabel 4.1. | | | |
|--|-------------|---|-------------|
| <i>Respondenternes fordeling på køn, alder, uddannelse, erhvervs erfaring m.m.</i> | | | |
| | Pct. | | Pct. |
| Køn (125) | | Kontakt med jobcentret (125) | |
| Mand | 50,4 | Ja | 86 |
| Kvinde | 49,6 | Nej | 14 |
| Alder (125) | | Igangværende uddannelse (49) | |
| 16 - 20 år | 7 | Gymnasial uddannelse | 11 |
| 21 - 25 år | 42 | Erhvervsuddannelse (EUD) | 6 |
| 26 - 30 år | 30 | Kort videregående uddannelse (KVU) | 4 |
| 31 - 35 år | 18 | Mellemlang videregående uddannelse (MVU) | 8 |
| 36 - 40 år | 3 | Lang videregående uddannelse (LVU) | 10 |
| Ikke oplyst | 1 | Færdiggjort uddannelse (198) | |
| Diagnose (138) | | 9. eller 10. klasse | 78 |
| Skizotypi | 44 | Gymnasial uddannelse | 42 |
| Skizofreni | 40 | Erhvervsuddannelse (EUD) | 12 |
| Psykoser | 9 | Kort videregående uddannelse (KVU) | 15 |
| Andre | 8 | Mellemlang videregående uddannelse (MVU) | 6 |
| Forsørgelsesgrundlag (124) | | Lang videregående uddannelse (LVU) | 2 |
| Kontanthjælp | 52 | Andet | 2 |
| SU | 17 | Erhvervs erfaring (183) | |
| Sygedagpenge | 10 | Kultur, fritid og anden service | 38 |
| Revalidering | 8 | Handel og transport | 22 |
| Løn | 4 | Andet | 18 |
| Dagpenge (A-kasse) | 2 | Har ikke haft arbejde | 15 |
| Pension | 2 | Offentlig administration, undervisning og sundhed | 13 |
| Andet | 4 | Bygge og anlæg | 11 |
| OPUS-team (125) | | Information og kommunikation | 10 |
| OPUS Nørrebro | 40 | Industri | 9 |
| OPUS Hvidovre | 39 | Erhvervsservice | 6 |
| OPUS Rigshospitalet | 19 | Finansiering og forsikring | 2 |
| Ikke oplyst | 2 | Landbrug, skovbrug og fiskeri | 2 |

Note: Tallene i parentes angiver, hvor mange respondenter der har markeret i den pågældende svarrubrik. I nogle spørgsmål var det muligt at markere i flere svarrubrikker, og derfor overstiger antallet af svar i disse tilfælde antallet af respondenter. Procenttallene vedrørende diagnose, igangværende og færdiggjort uddannelse samt erhvervs erfaring er beregnet ud fra 125 besvarelser. Procenttallene er afrundet.

Kilde: Strategisk Netværk på basis af spørgeskemaundersøgelsen.

Som det fremgår af tabel 4.1., er kønsfordelingen mellem respondenterne meget lige, idet lidt under halvdelen er kvinder, og lidt over halvdelen er mænd. Endvidere er hovedparten af responden-

terne i 20'erne, og flere end 8 ud af 10 har oplyst, at de har diagnosen skizotypi eller skizofreni. Det er ikke nødvendigvis den stillede, men den selvrapporterede diagnose.

Over halvdelen af respondenterne lever af kontanthjælp eller er på dagpenge, og 4 pct. har en lønindtægt. Ud af den samlede population på 282 patienter svarer det til, at 10 til 12 har løn som forsørgelsesgrundlag.

Kun få respondenter er på pension, og godt og vel en tredjedel modtager SU, sygedagpenge eller en revalideringsydelse. Eftersom størstedelen af respondenterne modtager offentlig støtte, er det ikke underligt, at næsten 9 ud af 10 har været i kontakt med jobcentret.

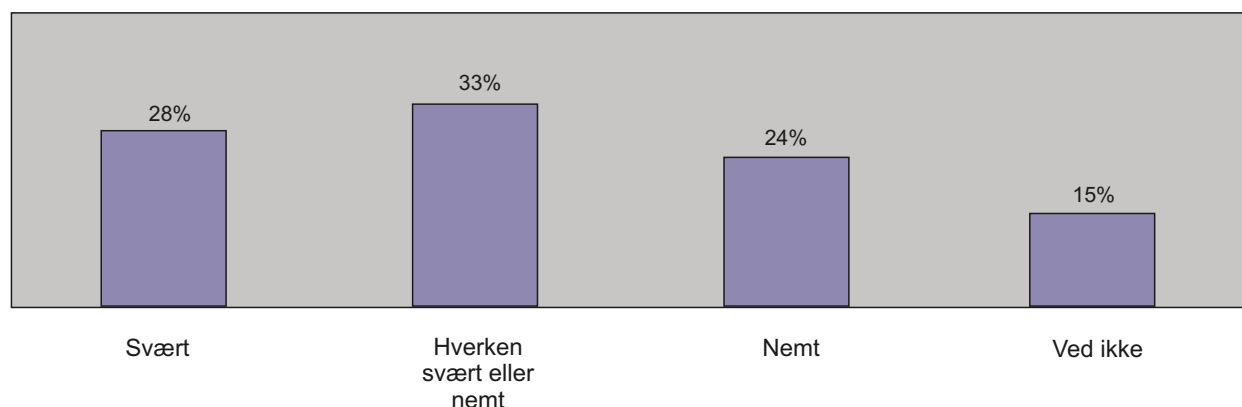
Det fremgår endvidere af tabellen, at næsten 8 ud af 10 respondenter har afsluttet grundskolen, at over halvdelen enten har eller er i færd med at tage en gymnasial uddannelse, og at kun ganske få har en lang videregående uddannelse. Næsten en femtedel af respondenterne er dog ved at gennemføre en mellemlang eller lang videregående uddannelse.

Andelen af respondenter, der har en ungdomsuddannelse, er en del mindre end i befolkningen som helhed, hvor andelen er ca. 80 pct. Forskellen skal måske også ses i lyset af, at færre mænd end kvinder får en ungdomsuddannelse, og at mænd er overrepræsenteret blandt patienterne i OPUS.

Derudover viser tabel 4.1. dels, hvor stor en andel af respondenterne der har erhvervserfaring, dels hvilke brancher de har arbejdet i. 15 pct. har ikke været i arbejde. Det betyder omvendt, at 85 pct. af respondenterne har prøvet kræfter med arbejdsmarkedet. Størsteparten har været beskæftiget i forskellige serviceerhverv.

Selv om mange af respondenterne har været ude på arbejdsmarkedet, er det ikke alle, der har lige nemt ved at deltage i almindelige sociale arrangementer på en arbejdsplads, for eksempel at spise frokost eller holde pause sammen med kollegerne. Se figur 4.1.

Figur 4.1: Hvordan har du det med at deltage i almindelige sociale arrangementer på en arbejdsplads, for eksempel at spise frokost eller holde pause sammen med andre?



Note: N = 125. Tallet angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet.
Kilde: Strategisk Netværk på basis af spørgeskemaundersøgelsen.

Det fremgår af figuren, at mellem en fjerdedel og en tredjedel af respondenterne har svært ved at deltage i sociale arrangementer, en tredjedel oplyser, at det hverken er svært eller nemt for dem og en fjerdedel, at det har de nemt ved. Resten har markedet "ved ikke".

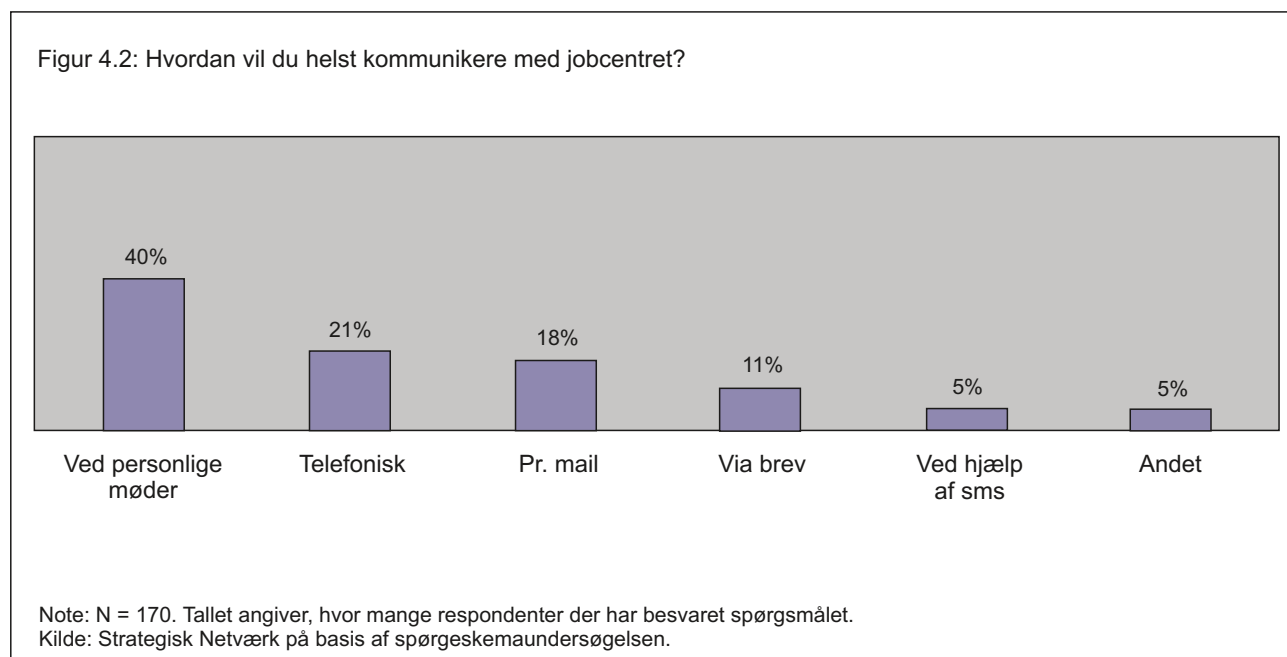
Det er således en relativ stor andel respondenter, som har svært ved at deltage i almindelige sociale arrangementer på arbejdspladsen. Det tyder på, at mennesker med en lidelse i det skizofrene spektrum bør have mulighed for at genoptræne deres sociale kompetencer, hvis de har været borte fra arbejdsmarkedet i længere tid og står for at vende tilbage til deres tidligere job eller skal i gang med et nyt.

Det har ligeledes stor betydning, at ledere og kolleger er opmærksom på, at det kan være en stor udfordring for et menneske med denne psykiske lidelse at deltage i sociale aktiviteter på en arbejdsplads.

De to følgende afsnit belyser respondenternes opfattelser af miljøet i jobcentret samt den måde, som kontakten og samarbejdet foregår på.

4.2. Meninger om kontakten med og miljøet i jobcentret

Ifølge figur 4.2 vil 4 ud af 10 respondenter gerne kommunikere med jobcentret ved personlige møder. De resterende 60 pct. af respondenterne foretrækker en noget mere distanceret kommunikation i form af telefonsamtaler, mails, breve, sms o.l.



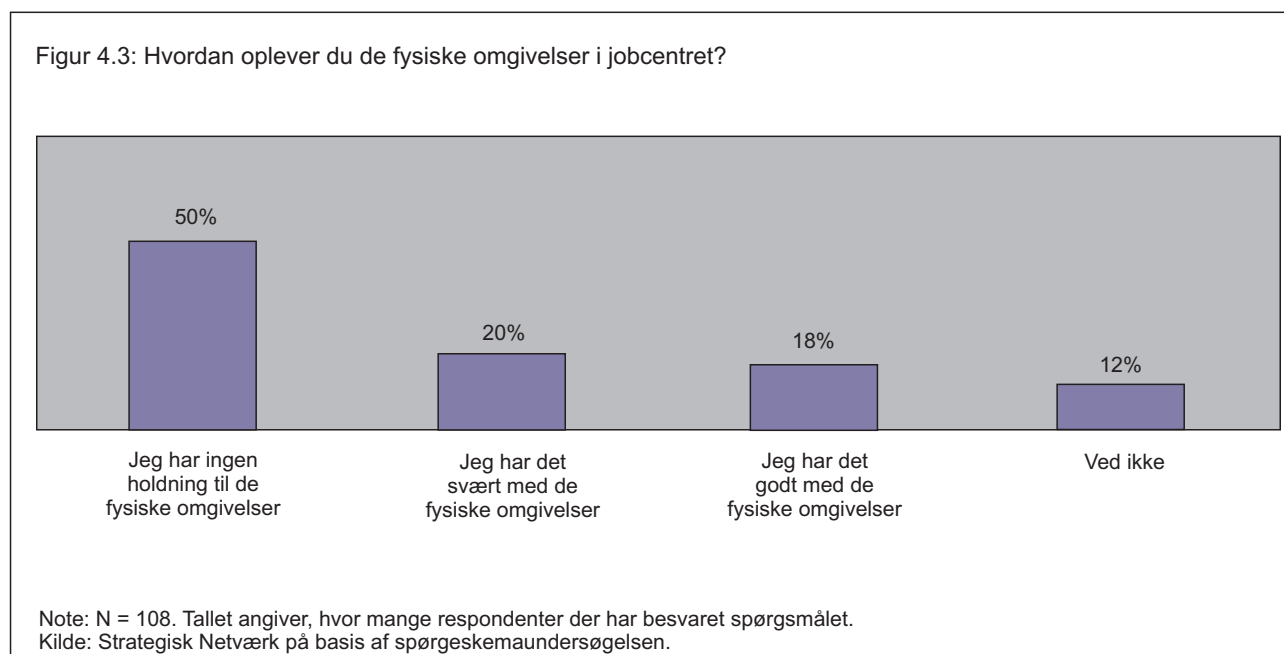
Det var muligt at sætte kryds i flere svarrubrikker, og derfor kan nogle respondenter have tilkendegivet, at de gerne vil kommunikere med jobcentret ved personlige møder såvel som telefonisk eller på anden måde.

Svarfordelingen afspejler en tilbøjelighed hos mennesker med skizofrenilidelser til at isolere sig og undgå socialt samvær. Det er således vigtigt at tage højde for, at den sociale isolation spiller en

stor rolle, når det overvejes, hvilke kommunikationsformer det vil være relevant at anvende over for voksne unge med skizofrenilidelser.

En variant af denne problemstilling drejer sig om stedet for afholdelse af fysiske møder. Skal mødet foregå i jobcentret eller for eksempel hos OPUS? Interviewene med patienterne tyder på, at der vil være fordel ved at gennemføre samtalerne med nogle patienter andre steder end i jobcentret.

Derfor kan det være interessant at få indblik i respondenternes opfattelse af det fysiske miljø i jobcentret. Se figur 4.3.



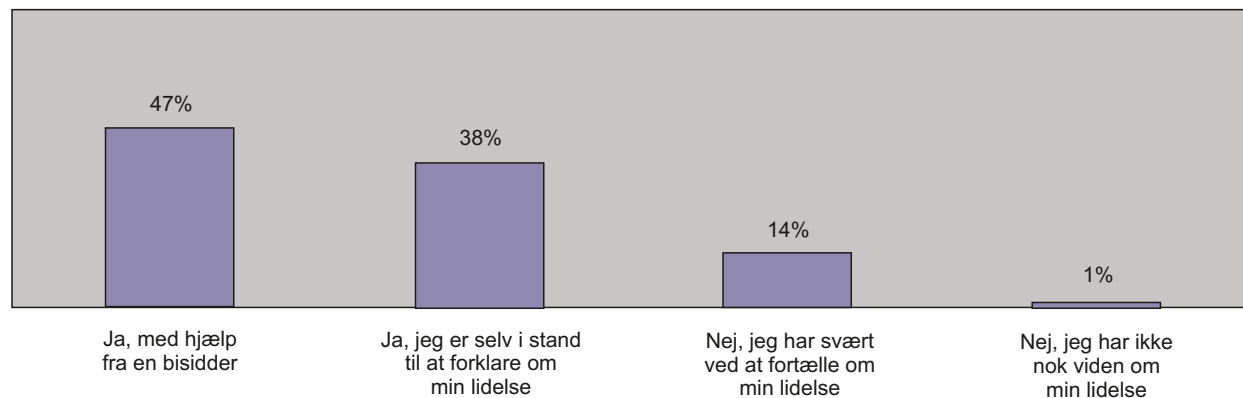
Halvdelen af respondenterne har ikke nogen holdning til de fysiske forhold i jobcentret, og godt og vel en tiendedel har besvaret spørgsmålet med "ved ikke". De resterende ca. 40 pct. fordeler sig nogenlunde ligeligt i to grupper: Den ene har det svært med de fysiske omgivelser, og den anden har det godt med dem.

Interviewene med patienterne viste, at flere af dem oplevede det intimiderende at komme et sted, hvor der var mange mennesker. En del af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen kan have tænkt det samme og forbundet spørgsmålet om de fysiske omgivelser med antallet af mennesker i jobcentret.

De fysiske omgivelser spiller utvivlsomt en stor rolle, eftersom en femtedel af respondenterne giver udtryk for, at de føler ubehag ved dem. Det er derfor vigtigt at indrette jobcentret på en sådan måde, at de fysiske omgivelser ikke skræmmer og dermed stresser borgere med skizofrenilidelser, for det er med til at forværre deres helbred.

Respondenterne er desuden blevet spurgt, om de er i stand til at forklare jobcentrets medarbejdere om deres lidelser og de eventuelle problemer, som de giver dem. Deres svar fremgår af figur 4.4. på næste side.

Figur 4.4: Er du i stand til at forklare jobcentrets medarbejdere om din lidelse og de eventuelle problemer, som du oplever i forbindelse med den?



Note: N = 108. Tallet angiver, hvor mange repondenter der har besvaret spørgsmålet.
Kilde: Strategisk Netværk på basis af spørgeskemaundersøgelsen.

Næsten 9 ud af 10 respondenter er i stand til at fortælle om deres psykiske lidelse. Op mod halvdelen oplyser dog, at det skal de have hjælp til fra en bisidder. 14 pct. har svært ved at fortælle om deres lidelse.

Det er naturligvis godt, at så mange respondenter kan oplyse om deres lidelse i forbindelse med samtaler i jobcentret. Næsten halvdelen tilkendegiver imidlertid som nævnt, at det forudsætter hjælp fra en bisidder at fortælle om deres psykiske lidelse, hvad den indebærer, og hvilke problemer den giver dem. Det fremgik af interviewene med patienterne, at langt de fleste ikke er i stand til selv at deltage i et møde og slet ikke at berette om deres lidelse.

Svarfordelingen i figur 4.4. afspejler derfor formentlig også en forklaring på, at hen ved halvdelen af respondenterne ikke er i stand til at fortælle om deres lidelse uden hjælp fra en bisidder, nemlig at det kan de ikke selv. Det er således sandsynligt, at en stor del af disse respondenter ville have givet udtryk for, at de har svært ved at fortælle om deres lidelse, hvis de ikke fik hjælp af en bisidder.

De fleste patienter ved, hvad de fejler, og de er ligeledes enige i diagnosen. Deres psykiske lidelser er imidlertid komplekse, og derfor har mange patienter ofte svært ved at forklare, hvad de indebærer, fordi de mangler begreberne.

Når der bliver sat ord på deres oplevelser i form af symptomer, får de et begrebsapparat, som de kan relatere til deres lidelse. Hvis de er i stand til at huske begreberne, når de er til et møde i jobcentret, bruger de dem til at fortælle om deres sygdom.

Det er en forholdsvis lille del, der ikke ved, hvad de fejler, og som ikke vil vedkende sig, at de har en diagnose. Det er et kendt symptom at mangle indsigt i egen lidelse.

Svarfordelingen i figur 4.4. tyder derfor på, at det reelt er en meget stor gruppe, som har behov for en bisidder.

4.3. Samarbejdet med jobcentret

Tabel 4.2. viser, hvordan respondenterne opfatter jobcentrets praksis på tre områder.

| Tabel 4.2. | | | | | |
|--|-------------------|-----------------------------|---------------------|------------------|-----------------|
| <i>Respondenternes opfattelse af jobcentrets praksis.</i> | | | | | |
| (Pct.) | I høj grad | I tilstrækkelig grad | I nogen grad | Slet ikke | Ved ikke |
| 1. Oplyser jobcentret dig om de forskellige tilbud vedrørende arbejde og uddannelse? (N = 108) | 2 | 19 | 42 | 31 | 7 |
| 2. Oplever du, at der på jobcentret bliver talt om det, du gerne vil tale om? (N = 108) | 6 | 26 | 41 | 16 | 11 |
| 3. Oplever du, at jobcentrets måde at arbejde på passer til dig? (N = 108) | 5 | 19 | 40 | 26 | 11 |
| Note: Tallene er afrundede. Tallet i parentes angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. Kilde: Strategisk Netværk. | | | | | |

Tabellen viser:

- At godt og vel en femtedel af respondenterne mener, at de i høj eller tilstrækkelig grad bliver orienteret af jobcentret om de forskellige tilbud m.v. Næsten trefjerdedele mener, at det enten sker i nogen grad eller slet ikke. En betydelig andel, nemlig lidt under en tredjedel mener, at de slet ikke bliver informeret i tilstrækkelig grad.
- At ca. en tredjedel af respondenterne mener, at der bliver talt om det, som de gerne vil tale om i høj eller tilstrækkelig grad, når de er til møde i jobcentret. 4 ud af 10 respondenter mener, at det sker i nogen grad og knapt en femtedel, at det slet ikke er tilfældet.
- At en fjerdedel oplever i høj eller tilstrækkelig grad, at jobcentrets måde at arbejde på passer til dem. Flere end to tredjedele giver udtryk for, at det sker i nogen grad eller slet ikke. Mere end en fjerdedel af respondenterne mener slet ikke, at arbejds måden passer til dem.

En tolkning af svarfordelingen i tabellen er, at der er plads til at forbedre praksis, når det gælder dialogen mellem jobcentret og borgere med en lidelse i det skizofrene spektrum. Tabellen viser således, at det er en meget stor gruppe, som har afkrydset svarrubrikken "slet ikke" i de tre spørgsmål. Dertil kommer, at denne gruppe sammen med andelen af respondenter, som har markeret i rubrikken "i nogen grad", står for henholdsvis 73 pct., 57 pct. og 66 pct. af besvarelserne på de tre spørgsmål.

Denne tolkning forudsætter for så vidt angår det første spørgsmål, at respondenterne har en forventning om eller et behov for at få *alle* oplysninger om de forskellige tilbud, når de deltager i et møde i jobcentret. Det behøver naturligvis ikke at være tilfældet. En borger kan for eksempel være så syg, at vedkommende ikke har brug for oplysninger om uddannelse og arbejde. Han eller hun vil i så fald sandsynligvis svare "*nej, slet ikke*" med den mere eller mindre udtalte begrundelse, "*at det heller ikke var relevant*" e.l.

Det er ligeledes vigtigt at være opmærksom på, at det første spørgsmål i tabellen er formuleret meget bredt, og det åbner naturligvis op for mange fortolkninger, når det skal besvares. Som spørgsmålet er formuleret, er det i virkeligheden hele "viften" af tilbud, der skal informeres om. I det lys undrer svarfordelingen måske ikke, for beskæftigelseskonsulenterne orienterer næppe som det første en ledig borger med en skizofrenilidelse om eksempelvis løntilskud eller førtidspension.

Det tredje spørgsmål i tabel 4.2. drejer sig overordnet set om den måde, som jobcentret griber arbejdet med en ledig borger med en psykisk lidelse an på, hvilke metoder der anvendes, hvor mange afdelinger, beskæftigelseskonsulenter og sagsbehandlere der er involveret m.v.

Svarfordelingen afspejler muligvis, at mange af respondenterne i forbindelse med besvarelsen af spørgsmålet har tænkt på, at de ofte har været nødt til at henvende sig flere forskellige steder i det kommunale system for at få deres sag behandlet. Hvis denne tolkning er rigtig, kan svarfordelingen også være udtryk for en frustration hos mange respondenter over, at de ikke har en fast kontaktperson, men at de bliver henvist fra afdeling til afdeling.

I flere tilfælde kan en borger vise sig at være for syg til at tage imod et tilbud, hvorefter den pågældendes sag overgår til en anden afdeling. Denne overførsel af sagen skaber let frustration hos borgeren, hvilket interviewene med patienterne er en illustration på. En beskæftigelseskonsulent forklarede i et interview proceduren på denne måde: "*Vi har bare svært ved at håndtere det på andre måder*".

Det skal endelig bemærkes, at svarfordelingerne i alle tre spørgsmål sandsynligvis afspejler, at beskæftigelseskonsulenterne har en meget stor *case load*, og at det gør det vanskeligt for dem at afse særlig meget tid til de enkelte samtaler.

Det har respondenterne selvfølgelig oplevet i større eller mindre omfang, og det kommer frem, når de forholder sig til spørgsmålene, om der bliver talt om det, som de gerne vil tale om, samt om arbejdsformen.

Tabel 4.3. på næste side viser, i hvilken grad respondenterne føler sig hørt, forstået og respekteret.

Ifølge tabellen oplever 4 til 5 ud af 10 respondenter, at de bliver hørt, forstået og respekteret i høj eller tilstrækkelig grad. For godt og vel en tredjedel og lidt flere end en fjerdedel sker det i nogen grad, hvorimod ca. en femtedel af respondenterne tilkendegiver, at det slet ikke sker.

Hvad vil det sige at blive hørt? Er det, at den voksne unge med en skizofrenilidelse fremlægger og får opfyldt et ønske? Gælder det også, hvis ønsket ikke bliver opfyldt, fordi lovgivningen ikke giver mulighed for det?

I begge tilfælde kan den pågældende både blive hørt og forstået, men han eller hun oplever det måske ikke sådan, fordi ønsket ikke kan opfyldes. Beskæftigelseskonsulenten eller sagsbehandleren er i begge tilfælde lydhør over for ønsket.

| Tabel 4.3. | | | | | |
|--|-------------------|-----------------------------|---------------------|------------------|-----------------|
| <i>Bliver respondenterne hørt, forstået og respekteret i samarbejdet med jobcentret?</i> | | | | | |
| (Pct.) | I høj grad | I tilstrækkelig grad | I nogen grad | Slet ikke | Ved ikke |
| 1. Jeg bliver hørt (N = 108) | 10 | 33 | 34 | 15 | 7 |
| 2. Jeg bliver forstået (N = 108) | 11 | 27 | 34 | 18 | 10 |
| 3. Jeg bliver respekteret (N = 108) | 19 | 31 | 26 | 16 | 7 |

Note: Tallene er afrundede. Tallet i parentes angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet.
 Kilde: Strategisk Netværk.

Spørgsmålet om at blive hørt eller ej dækker tillige den situation, hvor beskæftigelseskonsulenten eller sagsbehandleren lukker ørerne i overført betydning for de ønsker, som måtte blive fremlagt. Det er naturligvis udtryk for spekulation, om det sker.

Det rejser imidlertid spørgsmålet, om borgeren er i stand til at sondre mellem at blive hørt, forstået og respekteret. Han eller hun sætter måske lighedstegn mellem manglende opfyldelse af et behov eller et ønske om at modtage et bestemt tilbud og mangel på respekt.

Det er næppe ukendt blandt borgere, der ikke har andre problemer end ledighed, at de kan føle sig klemt og beklemmt ved at komme i jobcentret. Det er sandsynligt, at denne følelse er endnu mere udbredt blandt voksne unge med en skizofrenilidelse såvel som andre borgere med psykiske lidelser. Her viser interviewene, at mange patienter ikke føler, at de bliver respekteret, fordi de oplever, at medarbejdere i jobcentret ikke tror på dem, når de fortæller, at de er syge.

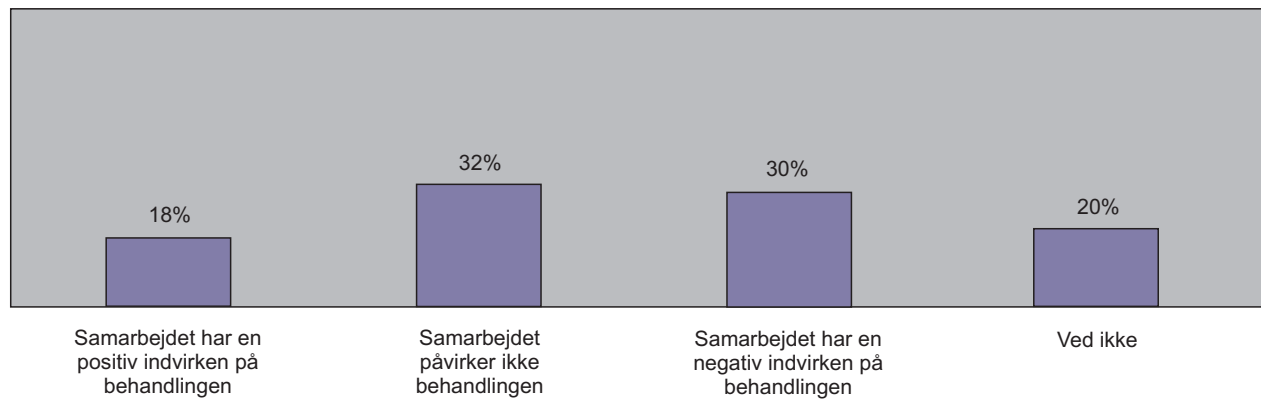
Det er urealistisk at tro, at alle vil føle sig godt behandlet i betydningen hørt, forstået og respekteret. Når svarfordelingen i tabel 4.3. sammenholdes med de udmeldinger, som patienterne er kommet med i forbindelse med interviewene om samme spørgsmål, er der imidlertid grund til at mene, at der er et potentiale for forbedring i forhold til den forholdsvis store gruppe respondenter, der mener, at de bliver hørt, forstået og respekteret i nogen grad.

Undersøgelsen fokuserer som nævnt på relationen mellem voksne unge med skizofrenilidelser, jobcentrene og arbejdsmarkedet. Flere patienter fortalte i interviewene, at det havde stor negativ indvirkning på deres behandling at komme i jobcentret, og respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen fik derfor stillet nedenstående spørgsmål med henblik på at afdække, i hvilket omfang det gjaldt hele patientgruppen:

"Hvordan påvirker dit samarbejde med jobcentret behandlingen af din sygdom?"

Svaret fremgår af figur 4.5 på næste side.

Figur 4.5: Hvordan påvirker samarbejdet med jobcentret behandlingen af din sygdom?



Note: N = 108. Tallet angiver, hvor mange repondenter der har besvaret spørgsmålet.
Kilde: Strategisk Netværk på basis af spørgeskemaundersøgelsen.

Ca. en tredjedel af respondenterne mener ikke, at samarbejdet med jobcentret påvirker behandlingen af deres sygdom. Lidt under en femtedel giver udtryk for, at samarbejdet har en positiv effekt, hvorimod 3 ud af 10 respondenter har den modsatte opfattelse. En stor gruppe på 20 pct. har markeret "ved ikke" til spørgsmålet.

Det er godt, at halvdelen af respondenterne har en neutral til positiv oplevelse af, hvilken indvirkning samarbejdet med jobcentret har på behandlingen af deres sygdom.

Det er omvendt bekymrende, at 3 ud af 10 respondenter får forværret sygdomsbehandlingen som følge af samarbejdet med jobcentret. Det er først og fremmest et stort menneskeligt problem, der tillige indebærer en betydelig samfundsøkonomisk omkostning.

Det er naturligvis vigtigt at indrette beskæftigelsesindsatsen på en sådan måde, at den også kan håndtere borgernes begrænsninger.

De respondenter, der har oplyst, at samarbejdet med jobcentret forværrer sygdomsbehandlingen, får det ikke blot værre af at aflægge besøg i jobcentret. Forværringen opstår også som konsekvens af den måde, som kommunikationen og kontakten foregår på, samt af de sanktioner, som de udsættes for, og som er beskrevet andetsteds i rapporten.

De får det ligeledes værre af at bekymre sig over, hvordan det skal gå dem i det hele taget på både kortere og længere sigt. De bekymrer sig over, hvordan det skal gå næste gang, de skal i jobcentret, om de kan møde til tiden, om de kan opfylde kravene m.m.

Voksne unge med skizofrenilidelser og andre borgere med psykiske lidelser har problemer, der langt overstiger normalbefolkningens. Det er derfor i særlig grad påkrævet at have ekstra stor bevågenhed om, hvordan beskæftigessystemet bedst kan håndtere dem, for svarfordelingen i figur 4.5. tyder på, at et betragteligt mindretal bliver mere syge af de gældende procedurer.

Respondenternes samlede vurdering af jobcentrets indsats fremgår endelig af tabel 4.4. Tabellen belyser ligeledes vurderingen fordelt på team og køn.

| Tabel 4.4. | | | | | |
|--|--------------------------------|------------|---------------|---------------------|-----------------|
| <i>Respondenternes vurdering af jobcentrets indsats.</i> | | | | | |
| (Pct.) | Indsatsen har været ... | | | | |
| | Meget god | God | Dårlig | Meget dårlig | Ved ikke |
| Respondenterne under ét (N = 108) | 7 | 38 | 29 | 7 | 19 |
| Respondenterne fordelt på team: | | | | | |
| • OPUS Nørrebro (N = 50) | 11 | 29 | 33 | 9 | 18 |
| • OPUS Hvidovre (N = 49) | 3 | 44 | 23 | 10 | 21 |
| • OPUS Rigshospitalet (N = 24) | 9 | 45 | 27 | - | 18 |
| Respondenterne fordelt på køn: | | | | | |
| • Mænd (N = 63) | 9 | 35 | 30 | 7 | 19 |
| • Kvinder (N = 62) | 6 | 41 | 27 | 8 | 18 |
| Note: Tallene er afrundede. Tallet i parentes angiver, hvor mange respondenter der har besvaret spørgsmålet. Kilde: Strategisk Netværk. | | | | | |

Det fremgår af tabellen:

- At 4 til 5 ud af 10 respondenter vurderer, at jobcentrets indsats har været god eller meget god.
- At næsten 4 ud af 10 respondenter har den modsatte opfattelse, nemlig at indsatsen har været dårlig eller meget dårlig.
- At respondenter, der er patienter i OPUS Rigshospitalet, vurderer indsatsen forholdsvis mere positivt end andre. Ingen respondenter, der er tilknyttet dette OPUS-team, har sat kryds i svarfeltet meget dårlig.
- At mænd og kvinder fordeler sig nogenlunde ligeligt med hensyn til, om de har en positiv eller negativ vurdering af indsatsen. Lidt flere mænd end kvinder er tilbøjelige til at mene, at jobcentrets indsats har været meget god.
- At en femtedel af respondenterne ikke ved, hvordan de alt i alt skal vurdere jobcentrets indsats. Andelen er den samme uanset team eller køn.

Der er ingen umiddelbar forklaring på, hvorfor respondenter, der er patienter i OPUS Rigshospitalet, er relativt mere positive i deres opfattelse af jobcentrets indsats. Der er således en bemærkelsesværdig stor forskel i opfattelsen hos respondenter, som er patienter i OPUS Rigshospitalet og OPUS Nørrebro med hensyn til, om de synes, at indsatsen har været god. Forskellen udgør 16 procentpoint, hvilket er statistisk signifikant.

På workshoppen den 6. januar 2011 blev det oplyst, at der ikke er nogen erhvervskonsulent tilknyttet OPUS Rigshospitalet, men kun de to øvrige OPUS-teams. Det er derfor muligt, at jobcentret

tager sig af en større del af opgaverne, når det drejer sig om uddannelse og beskæftigelse i forbindelse med borgere, der er patienter hos OPUS Rigshospitalet.

Opgavefordelingen på dette område bidrager måske til at forebygge konfrontationer, der kan opstå, når erhvervskonsulenterne og de andre kontaktpersoner i de to øvrige OPUS-teams oplever, at jobcentret træffer beslutninger, som de - som patienternes repræsentanter - ikke er enige i.

Kapitel 5: Kontaktpersoner i OPUS

Bisiddere og interessevaretagere

OPUS indgår i Region Hovedstadens Psykiatri som et 2-årigt ambulante behandlingstilbud til voksne unge i aldersgruppen 18 til 35 år med psykoser eller debuterende psykoselignende symptomer, fortrinsvis skizofreni.¹

OPUS varetager tidlig opsporing og intensiv behandling af yngre mennesker med psykose. Navnet er lånt fra musikkens verden og afspejler et ønske om at øge samspillet mellem de forskellige parter, som er involveret i behandling af og støtte til patienterne.

Orkestrering er det udtryk, der bedst kan beskrive, at organiseringen af behandlingsindsatsen kræver nøje planlægning for at sikre et optimalt samspil mellem de forskellige specialer og aktiviteter, som udfoldes rundt om patienten.

OPUS tilbyder en intensiv ambulante behandling til unge med psykoselignende symptomer og - hvis de ønsker det - også deres pårørende. OPUS sikrer gennem tilknytning af et fast team af behandlere kontinuitet mellem den ambulante, den sygehusbaserede og den sociale indsats.

OPUS-teamet består af psykiatere, psykiatriske sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter, psykomotoriske terapeuter og erhvervskonsulenter. Ved at integrere de enkelte faggruppers specifikke viden og tilgang i en helhedsorienteret indsats for patienten tilgodeses de fleste af hans eller hendes behov. Målet er at øge patienternes selvstændighed, så de kan deltage i det almindelige hverdagsliv.

OPUS er især et tilbud om intensiv støtte fra en kontaktperson, der fungerer som patientens faste behandler gennem hele forløbet. Det er kontaktpersonens opgave at iværksætte og koordinere de forskellige sociale samt psykiatriske støtte- og behandlingstilbud og være behjælpelig med støtte, information og vejledning.

Alle kontaktpersoner varetager specialfunktioner ved siden af de fællesfaglige arbejdsopgaver. Det drejer sig blandt andet om tilrettelæggelse og gennemførelse af psykologforløb samt kollegial supervision eller afklaring af uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder for patienterne.

I Københavns Kommune findes nu fire OPUS-teams, nemlig OPUS Amager, OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet. OPUS Amager er først etableret i begyndelsen af 2011. Derfor medvirker ingen patienter eller kontaktpersoner fra dette team i undersøgelsen.

Ca. 275 patienter er tilknyttet OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet, som er omfattet af undersøgelsen.

I forbindelse med undersøgelsen er der gennemført interviews med ni kontaktpersoner, tre fra hvert af ovennævnte tre OPUS-teams. De pågældende kontaktpersoner er uddannet som sygeplejersker, socialrådgivere og psykologer samt inden for voksenuddannelsesområdet. Bortset fra en

¹ At være psykotisk kan blandt andet indebære, at virkelighedsopfattelsen ændres, og at tanker og følelser opleves og udtrykkes anderledes, end de plejer. Også hukommelsen og evnen til at koncentrere sig kan være påvirket. En psykose kan være en overvældende og nogle gange skræmmende oplevelse for såvel patienten som pårørende. Psykosen kan medføre angst og gøre det vanskeligt at opsøge instanser og vedligeholde kontakter, som kan afhjælpe symptomerne og medvirke til en bedring. Kilde: www.opus-kbh.dk.

enkelt havde alle været ansat i OPUS mellem tre og 12 år på tidspunktet for interviewene. De fleste har tillige arbejdet med psykiatriske patienter inden ansættelsen i OPUS.

Interviewene med kontaktpersonerne har haft til formål at perspektivere patienternes fortællinger om deres erfaringer med og relationer til jobcentrene og arbejdsmarkedet. Følgende temaer har været omdrejningspunkt for interviewene:

- Patienternes motivation
- Kontaktperson, bisidder og advokat
- Kommunikationen med jobcentret
- Relationen mellem jobcentret, OPUS og borgere med psykiske lidelser
- Kontaktpersonernes forslag til forbedring af beskæftigelsesindsatsen

Kontaktpersonernes synspunkter om forholdet mellem patienterne og jobcentret samt deres egen rolle som bisiddere belyses i det følgende. De pågældende kontaktpersoners udmeldinger vedrører udelukkende relationen til Jobcenter København Skelbækgade og enkelte andre afdelinger i tilknytning til Jobcenter København, men ikke Jobcenter Rødovre, som de ikke har noget samarbejde med.

5.1. Patienternes motivation

Det er en generel opfattelse blandt kontaktpersonerne, at patienterne er meget motiveret for at gå i gang med eller færdiggøre en uddannelse og få et job:

"95 pct. af patienterne ønsker at komme i arbejde. Det står i næsten alle handlingsplaner som mål. De vil gerne tjene deres egne penge og blive selvforsørgende. 40 pct. er på pension efter tiden i OPUS, 40 pct. i en eller anden form for arbejde, og de sidste 20 pct. er uafklarede. Sådan cirka husker jeg tallene".

De fleste giver udtryk for overraskelse over, at patienterne er så motiverede. De forklarer motivationen med, at patienterne vil være som de andre unge mennesker, som de gik i skole med, før de blev syge.

Uddannelse og arbejde er tegn på en form for normalisering. Blandt andet af den grund har det betydning for mange patienter, at de også kan blive afklaret med hensyn til uddannelse og arbejde, mens de er i OPUS.

Nogle patienter klarer sig godt og har kun brug for lidt hjælp. Andre har derimod behov for meget støtte. I og med støttebehovet varierer, er det vigtigt at kunne give patienterne individuel hjælp. Nogen af dem skal opleve, at de kan noget selv, allerede mens de er i behandling. Andre skal fornemme, at de vil komme til at kunne noget selv, når behandlingen er afsluttet eller overdraget til andet behandlingsregi.

Selv om mange af patienterne har symptomer, er de i stand til helt eller delvist at passe et arbejde eller deltage i uddannelse. Hjælpen fra OPUS består i disse tilfælde i at fastholde patienterne i beskæftigelse eller uddannelse.

For mange er det et endemål at kunne passe et arbejde, forsørge sig selv og måske endda have familie. Det er tillige et tegn på, at man er rask eller tilstrækkelig rask til det. Et fuldtidsjob er derfor et mål for alle, selv om det ikke altid bliver sådan:

"Tit er det os, der er med til at holde lidt igen, for de er så ivrige efter at komme i gang med uddannelse og arbejde. Jeg har en patient lige nu, som jeg virkelig diskuterer med, for hun mener, at det er ved at være tid til, at hun skal have et arbejde. Vi bliver nødt til at hive lidt i den anden retning, for vi vurderer, at hun ikke er klar endnu. Det er ikke lang tid siden, hun forsøgte med en fuldtidsuddannelse, og det gik ikke. Hun har stadigvæk mange symptomer, er midt i et medicinskit og står for at skulle flytte. Derfor tænker vi: "Det er mange ting på én gang, og så er det ret heftigt at skulle i gang med fuldtidsarbejde ved siden af". Vi er ved at finde ud af at etablere en praktik til hende nogle få timer om ugen, så vi kan tilgodese hendes ønsker".

Andre kontaktpersoner er enige i, at de fleste patienter er motiveret for at komme i arbejde eller i hvert fald i praktik for at afprøve, hvad de magter. De mener imidlertid, at motivationen varierer fra patient til patient. Den generelle opfattelse er, at de fleste gerne vil i gang med et eller andet, men de tilføjer: *"I hvert fald så længe de er i et forløb her i OPUS".*

Alle kontaktpersoner er vant til at arbejde med en bred variation af patienter. Det gælder de meget motiverede og dem, der skal være mere psykisk stabile eller have orden i økonomien eller boligforholdene eller alle tre dele, før der er overskud til at tænke på uddannelse eller arbejde.

En kontaktperson fortæller, at hun er opmærksom på, at de fleste af hendes patienter gerne vil gøre gavn og udfylde en plads. Ikke desto mindre er flere af de patienter, som har erfaring med arbejdsmarkedet, blevet skræmt af at være i arbejde. De pågældende har fået det dårligt, fordi de har oplevet, at de ikke slår til.

Deres lidelse giver sig blandt andet udslag i ruminationer over små hændelser, som de tillægger uforholdsmæssig stor betydning.² De føler sig endvidere utilstrækkelige og forkerte og ved ikke, hvad de skal stille op med dem selv. En kontaktperson uddyber:

"Jeg har haft en del diskussioner med sagsbehandlere i jobcentret om patienter, der gerne ville i gang, og hvor tilbagemeldingen har været, at de ikke var færdigbehandlet. Uenigheden opstår, fordi vi mener, at det er en del af behandlingen at få en struktureret hverdag. Vi ved godt, at der opstår vanskeligheder, men vi mener samtidig, at de bør løses gradvist. Patienterne er ikke rigtig raske, men de er heller ikke så syge, at de ikke kan noget. Det må derfor være opgaven for jobcentret at støtte dem i at komme tilbage i en eller anden funktion. Det giver ikke mening at sige, at psykiatriske patienter først skal være færdigbehandlet, inden de kan komme i arbejde, for nogle af dem vil lide af de samme symptomer i årevis".

Kontaktpersonerne oplever altså, at patienterne med få undtagelser er meget motiveret for at udanne sig eller få et arbejde. Motivationen er samtidig udtryk for et paradoks:

- På den ene side har patienterne en drift efter at komme videre med deres liv.
- På den anden side siger mange af dem:

² At *ruminere* betyder i psykologisk sammenhæng at ruge over fortidens fortrædeligheder uden at finde en løsning på dem. At *reflektere* vil sige at tænke mere konstruktivt over negative begivenheder og forsøge at finde løsninger på problemerne.

"Åh, nej, bliver jeg nu mødt med krav, som jeg ikke kan honorere? Det er for tidligt for mig at være sammen med andre mennesker. Det er dét, jeg har så svært ved. Hvorfor skal jeg så i praktik et sted, hvor jeg hele tiden konfronteres med andre og bliver syg af det?"

Flere kontaktpersoner uddyber paradokset ved at fortælle, at patienterne skal forholde sig til flere udfordringer. De skal for det første finde ud af, hvad deres sårbarhed består i. Når de så begynder at arbejde eller går i gang med et studie, skal de for det andet være opmærksomme på, hvordan de håndterer denne sårbarhed, som de ikke var bevidst om, før de blev syge.

Patienterne skal vide, hvad de skal være opmærksomme på, for mange af dem har høje ambitioner om, hvad de vil, og så kan de nemt komme til at presse sig selv. Det er derfor vigtigt, at de finder et præstationsniveau, som de kan håndtere.

Omgivelserne skal ligeledes forstå de modsatrettede kræfter, der gør sig gældende, når beskæftigelsesindsatsen drejer sig om borgere med psykiske lidelser:

"Vores patienter er ofte for dårlige til at møde op til aktivering, og så bliver der trukket i kontanthjælpen dag for dag. Når det er vilkårene, er det svært for os at motivere dem til at deltage i aktivering. Vi ved, at de bliver syge på et tidspunkt, og så ender det med, at de får mindre udbetalt, end de havde i forvejen, selv om de faktisk gør, hvad de kan for at yde en indsats. Konsekvensen er en ond cirkel, for når de bliver trukket i kontanthjælpen, presser det dem økonomisk, og det giver sig udslag i flere symptomer. Det er derfor ikke let at motivere dem, når de ved, at de måske alligevel bliver straffet i sidste ende".

5.2. Kontaktperson, bisidder og advokat

Kontaktpersonerne fortæller, at de tit deltager som bisidder til en patient, der skal til samtale i jobcentret. De vurderer først, om der er behov for, at de deltager. Det er godt, hvis patienten selv er i stand til at varetage kontakten med jobcentret, men da det er et kompliceret system at navigere rundt i, bliver resultatet hyppigt, at kontaktpersonerne går med til møderne:

"Vores patienter har tendens til at blive kørt lidt over ende, fordi de ikke får forklaret deres situation, så der bliver taget de nødvendige hensyn. Tit og ofte handler samtalerne om at få folk aktiveret og i gang med et forløb. Det bliver tit fremlagt som: 'Det skal du bare gøre', hvorefter patienterne siger: 'Ja', og så kan de ikke håndtere det, når det kommer til stykket. Hvis man er med som bisidder, kan man bremse det og få lavet en mere realistisk plan".

Alle kontaktpersoner har den holdning, at deres patienter som udgangspunkt selv skal fremlægge deres sag. Rollen som bisidder tager de helt bogstaveligt - de sidder bi - og er klar til at støtte op om og guide patienten til at sige det, som de gerne vil, og som de normalt har talt om før mødet i jobcentret.

Enkelte kontaktpersoner tilføjer, at de også betragter deres rolle på den måde, at de er patientens advokat. Det betyder ikke nødvendigvis, at de forsvarer alt, hvad patienten siger, men snarere at de bidrager til at nuancere hans eller hendes historie, "(...) for nogen gange kommer de til at fremstå bedre, end de er i virkeligheden". Nuanceringen af patientens egen beretning tjener derfor det vigtige formål at få de relevante tilbud på bordet frem for at bruge tid på at drøfte urealistiske muligheder.

Kontaktpersonerne oplyser, at patienterne i udstrakt grad er bange forud for et møde i jobcentret. De er bange for forventningerne og kravene, og angsten kan have den bivirkning, at de ikke er i stand til at udtrykke sig:

"Vi kan hjælpe dem med at sige, hvad de gerne vil, og hvad de ikke kan magte. Nogen af dem har deltaget i møder uden at få sagt noget overhovedet, og så bliver der lagt en plan ned over hovedet på dem. Bagefter skal vi alligevel til at ringe ind til jobcentret og sige 'holdt, stop, det går ikke!'"

Kontaktpersonerne er ligeledes inde på, at de indimellem må agere som "oversættere", fordi sagsbehandlerne ikke har nogen særlig viden om psykiatiske lidelser og heller ikke er trænet i at forstå deres typiske symptomer:

"I mange situationer forstår sagsbehandlerne ikke patienterne. Jeg har deltaget i nogle samtaler, hvor sagsbehandlerne pludselig kigger rådvildt på mig, fordi de ikke forstår at kommunikere med den borger, der sidder over for dem, og som har en psykisk lidelse. De forstår det ikke, for de har aldrig lært det. Om dialogen bliver til noget, hænger desuden sammen med, hvordan sagsbehandlerne griber samtalen an. Nogen gange henvender de sig til patienterne som til enhver anden borger: 'Nå, hvor er du lige nu?' Når patienten så blot svarer 'ja', bliver samtalen lidt kantet. Derfor bliver min [kontaktpersonens] opgave også nogen gange at hjælpe sagsbehandleren og patienten med at tale sammen. Andre gange er patienten ikke i stand til at tale sin egen sag på grund af ordknaphed eller sygdomsindvirkning, og så må jeg gøre det i stedet".

Den manglende indsigt medfører ifølge kontaktpersonerne, at nogle sagsbehandlere "(...) er ved at falde ned af stolen, når patienten fortæller, at han er skizofren. De [sagsbehandlerne] bliver bange og ved ikke, hvordan de skal tale til patienten, og så er det jo svært at yde dem den rette hjælp".

En kontaktperson fortæller således, at det er en vigtig opgave at få sagsbehandlerne til at forstå, at patienterne ikke er dovne, og at de negative symptomer er en del af deres lidelse. Hvis en patient, der for eksempel er i praktik, udebliver fra arbejdspladsen uden at melde afbud, skal vedkommende trækkes i kontanthjælpen. Det kan imidlertid diskuteres, om det er rimeligt, hvis udeblivelsen skyldes den psykiske lidelse, hvilket normalt altid er tilfældet.

En anden grund til at deltage som bisidder fremgår af dette citat:

"Jeg har en patient, som skulle i jobcentret for at søge om kontanthjælp, og jeg tog med, for jeg ved, at det kan være en vanskelig proces. Selv indgangen til jobcentret kan give problemer, når man har en psykisk lidelse. Vi kom ind i ungeindsatsen i jobcentret i Skelbækgade og ind i et stort lokale, hvor vi trak et nummer. Derefter stod vi i kø, og da det blev vores tur, sagde min patient: 'Jeg vil gerne søge om kontanthjælp'. 'Nå, hvorfor vil du gerne søge om kontanthjælp? Hvorfor kan du ikke bare arbejde?' 'Det er, fordi jeg er syg'. 'Hvad fejler du så?' 'Jamen, jeg er i OPUS'. Så spurgte medarbejderen ret højt: 'Hvad er OPUS?' 'Det er et sted, når man er syg'. 'Hvad fejler man så?' På det tidspunkt var det meget tydeligt, at alle andre i lokalet kunne høre, hvad samtalen handlede om. Så blev min patient nødt til at sige: 'Jeg har skizofreni', hvorefter folk vendte sig om. Det er en meget dårlig måde at møde en borger på. Det er ligegyldigt, om man har skizofreni - det er sådan set ligegyldigt, hvad der er årsag til, at man er arbejdsløs. Den måde, som borgerne bliver modtaget på, må godt være lidt diskret, så de ikke tvinges til at udbasunere alt".

Kontaktpersonen fortæller, hvad der videre skete efter den indledende forklaring:

"Så sagde medarbejderen i modtagelsen: 'Nå, men så får du en samtale med det samme'. Derefter mødte vi en beskæftigelseskonsulent, som startede med at sige: 'Du skal have lavet et CV'. Så prøvede jeg at forklare: 'Hun er jo syg. Hun står ikke til rådighed for arbejdsmarkedet. Vi arbejder behandlingsmæssigt med hende'. 'Nå, men du skal bare udfylde det her CV proforma. Det er lige gyldigt, hvad du skriver i det'. Det virker helt åndssvagt på mig at lave noget proforma i stedet for at erkende, at vi har en syg borger, som meget gerne vil i gang med en uddannelse eller have et arbejde, men som først har behov for at koncentrere sig om behandling i en periode, hvorefter vi kan vende tilbage".

Den pågældende kontaktperson mener, at eksemplet i citatet illustrerer et rigtigt system. Det er hendes indtryk, at beskæftigelseskonsulenterne får udstukket nogle retningslinjer, der helst skal følges, og som det kan være svært at afvige fra, når der kommer en borger, som adskiller sig fra alle andre, for eksempel ved at have en psykisk lidelse.

5.3. Kommunikationen med jobcentret

Kontaktpersonerne oplyser, at det er meget forskelligt, hvordan patienterne har det, når de går fra et møde i jobcentret. Det kommer an på, hvad det er for en type samtale, de har deltaget i, om den for eksempel har drejet sig om revalidering eller pension, eller om der blot har været tale om en opfølgningssamtale.

Sagsbehandlerens eller beskæftigelseskonsulentens facon har ligeledes stor betydning for patienternes oplevelse af samtalen. Mange har ifølge kontaktpersonerne en rigtig god forståelse for patienterne og deres psykiske lidelser, og de ved, hvordan de skal kommunikere med dem. Andre går derimod meget hårdt til patienterne og presser på for at få dem i aktivering.

Det er kontaktpersonernes erfaring, at samarbejdet fungerer, når sagsbehandleren eller sagsbehandleren er engageret, overholder aftaler, returnerer telefonopkald og viser forståelse for patientens situation. *"Dem er der jo heldigvis nogle stykker af"*, som det udtrykkes. Det er derimod uheldigt, når sagsbehandlerne ofte bliver skiftet ud, ikke er til at få fat i, ikke ringer tilbage og ikke besvarer breve. Det er dybt frustrerende for både patienter og kontaktpersoner.

5.3.1. Hyppige sagsbehandlerskift hæmmer dialogen

Kontaktpersonerne kritiserer især, at det er meget vanskeligt at få personlig kontakt med sagsbehandlerne:

"Det er et mareridt at få fat i sagsbehandlerne. Det er nærmest ikke til. Det er simpelthen så besværligt. Man kan aldrig få fat i dem".

Den vanskelige adgang til sagsbehandlerne skaber ikke kun afmagt hos kontaktpersonerne, men i særlig grad hos patienterne. En borger med kognitive vanskeligheder har således svært ved at følge en mekanisk telefonstemme, der fortæller, at man skal taste 1, 2, 3 eller 4 alt efter, hvilke afdelinger man skal i kontakt med. Resultatet bliver ofte, at den pågældende borger går i stå eller bliver forvirret af de forskellige kommandoer, inden han havner samme sted, som han startede og derefter opgiver at komme igennem til en sagsbehandler.

En kontaktperson fortæller, at han har været ude for at skulle bruge tre arbejdsdage på at få fat i den sagsbehandler, der havde beføjelse til at beslutte, at en borger, hvis kontanthjælp var blevet

lukket, skulle have den igen. Nogen gange har samme kontaktperson været i kontakt med 12 medarbejdere i jobcentret, før det lykkedes at genåbne kontakthjælpen til en patient.

Kontaktpersonerne fortæller ligeledes, at patienterne ofte kommer ud for, at jobcentret ikke følger op på deres sag, hvilket måske skyldes de hyppige sagsbehandlerskift:

"Patienterne bliver dødtrette af hele tiden at skulle starte forfra, at skulle fortælle deres historie igen, at lave en ny ressourceprofil, en ny social handleplan, en ny arbejdsmarkedsplan. Det er abrupte forhold!"

Nogle kontaktpersoner nævner, at de i kraft af deres mangeårige arbejde i OPUS, efterhånden kender en del medarbejdere i jobcentret. Det personlige kendskab er naturligvis med til at fremme dialogen, men det trækker i modsat retning, at der er stor udskiftning blandt medarbejderne i jobcentret:

"Det er noget, som vores patienter tit nævner. De har aldrig en fast sagsbehandler, fordi der hele tiden bliver skiftet ud. Det er stressende og forvirrende, at der aldrig er en bestemt person, som de kan forholde sig til. Der er heldigvis nogle få, som hænger fast derinde, og dem har jeg kontakt med. Jobcentret i Skelbækgade havde også engang en medarbejder, som deltog i vores møder her i OPUS, og derfor kunne vi hurtigt afklare forskellige spørgsmål, men det er meget svært at lave et formaliseret samarbejde. Det mener jeg virkelig, at der mangler".

Samtlige kontaktpersoner tilkendegiver med større eller mindre styrke, at der er behov for, at jobcentrets medarbejdere viser større forståelse for patienterne og deres behov. De mener ligeledes, at det er nødvendigt at kunne komme meget hurtigere i kontakt med en sagsbehandler, når sagerne ikke bliver behandlet rettidigt.

En kontaktperson fortæller:

"Jeg hører gentagne gange fra patienterne, at grunden til, at de ikke selv kan have kontakt med jobcentret, er, at det ikke er den samme person, som de skal tale med igen. Hver gang der går et eller andet galt med kontakthjælpen, ved de ikke, hvad de skal gøre, for de har ikke en fast sagsbehandler, som de kan ringe til. Forudsigelighed og tryghed er utrolig vigtig for denne patientgruppe. Tidligere var det sådan, at man havde det hele i et socialcenter med voksenenheder for personer med psykiske vanskeligheder. Der var en bestemt person, som stod for beskæftigelsesdelen og den sociale del samt for udbetaling af kontakthjælp. Der var kun én person, som man skulle ringe til. Det nye system har skabt meget forvirring - eller snarere kaos - for den enkelte borger".

5.3.2. Beskæftigelsessystemet er formelt enstrengt, men reelt flerstrengt

Kontaktpersonerne er meget optaget af de problemer, som opsplitningen af beskæftigelsessystemet i et jobcenter, et ydelsescenter og et socialcenter har medført. Det er for eksempel ikke længe tilstrækkeligt at have kontakt med en enkelt sagsbehandler. Nu er det nødvendigt at have kontakt med flere medarbejdere i forskellige geografiske lokationer, eftersom både jobcentret, ydelsescentret og socialcentret ofte skal involveres i sager, der vedrører borgere med problemer udover ledighed:

"Det er meget svært at samarbejde med Københavns Kommune som organisation, for den er så kæmpestor og kompleks. Hvis man for eksempel får et samarbejde i stand med en afdeling i Skelbækgade, er det jo fint, men den tager sig bare af en del af de problemer, som vores patienter ty-

pisk har. Vi bruger alt for meget tid på at koordinere arbejdet mellem de forskellige afdelinger, og det er altså ikke vores opgave. Vi havde for eksempel kontakt med en medarbejder i jobcentret, og aftalen var, at hun skulle gå videre med de spørgsmål, som hun ikke selv kunne klare, til de andre afdelinger. Det blev imidlertid aldrig rigtig til noget. Hun blev i den afdeling, som hun hørte til i, og hun tog også ansvar for sin del af sagen, men hvis der var et problem, som andre afdelinger skulle tage sig af, nøjedes hun med at sende en mail til dem, og det kunne vi ligeså godt selv have gjort. I den periode, hvor vi havde kontakt med hende, fungerede det rigtig godt med netop den afdeling. Borgerne blev indkaldt til de samtaler, som vi bad om, men nu er hun stoppet, og så kan vi mærke, at det glider ud. Det kræver virkelig meget at opbygge et godt samarbejde”.

En anden kontaktperson fortæller, at hun har henvendt sig til sygedagpengekontoet for at foreslå en ordning med en fast kontaktperson. Hun fik imidlertid at vide, at det ikke kunne lade sig gøre, fordi OPUS kun er ét blandt mange tilbud:

”Det kunne de [sygedagpengekontoet] simpelthen ikke tage sig af. De begrundede holdningen med, at de dels havde et stort arbejdspress på grund af de mange sager, dels at de borgere, som var i behandling hos OPUS, kun udgjorde en lille andel. Så måtte vores patienter blive behandlet ligeså dårligt som alle andre. Det var mere eller mindre det, vi fik at vide”.

Alle kontaktpersoner mener, at opsplitningen af den beskæftigelsesrettede og den sociale indsats i et jobcenter, et ydelsescenter og et socialcenter ikke fungerer. De nuancerer synspunktet ved at tilføje, at opdelingen måske fungerer, når der er tale om mennesker, som kun har ledighed som problem, men ikke for borgere med psykiske lidelser.

For patienterne i OPUS udgør opsplitningen et særdeles stort problem, eftersom sociale problemer og psykiske vanskeligheder hænger sammen. De skal derfor ses i sammenhæng og løses under ét. Det er således ikke relevant eller realistisk kun at tale om uddannelse eller arbejde i jobcentret og henvise til andre afdelinger, når en borger med en psykisk lidelse også har sociale eller økonomiske problemer.

Kontaktpersonerne siger lige ud, at det stort set er umuligt for patienterne at navigere i et system, der er så opsplittet og kompliceret, at de bliver nødt til at henvende sig flere forskellige steder, og det giver dem angstsymptomer.

På overfladen er der tale om et enstrengt system, men set ud fra patienternes og kontaktpersonernes synsvinkel har opsplitningen medført, at det i praksis er flerstrengt. Konsekvensen er, at det er blevet mærkbart vanskeligere og endnu mere tidskrævende at koordinere sagsbehandlingen, som derfor hyppigt trækker ud. Et eksempel er denne case:

”Det drejer sig om en kvinde, der er i starten af trediverne, og som har en skizotypisk sindslidelse. Hun har haft det svært hele sit liv og været under psykologisk observation, siden hun var i vuggestue. Man har haft svært ved at finde ud af, hvad hun virkelig fejlede. Hun kommer fra en belastet familie, hvor både hendes mor og mormor var psykisk syge. Inden hun kom hos os, havde hun fået bevilget en femårig uddannelse på Kunstakademiet, fordi hun faktisk har et særligt talent for lige netop det. Da hun så kom til os, havde hun taget orlov, fordi det blev sværere og sværere for hende at deltage i de sociale sammenhænge på uddannelsen. Hun havde ekstremt selvhenførende vrangforestillinger og skulle hele tiden overveje alt muligt forfra og bagfra. Så ville hun tage orlov for at hellige sig behandlingen hos os, og da den var færdig, var der nok ikke udrettet mirakler, men der var muligvis noget, som var blevet lidt nemmere for hende. Derefter skulle hun i gang igen, men så sagde jobcentret, at hun havde været væk fra studiet i så lang tid, at hendes revalide-

ring var bortfaldet, og derfor måtte hun søge på ny. OK, så søgte vi på ny. Da vi gjorde det, ville de [jobcentret] jo så have hende i arbejdsprøvning. Det gjorde de så også, og hun var ude et eller andet kreativt sted. Det gik fint, og hun passede det. Der var en sagsbehandler, som tog sig af den side af sagen, men før da havde hun en revalideringssagsbehandler, mens hun var på revalidering. Da den så stoppede, skulle hun over i en anden gruppe, og her fik hun en ny sagsbehandler, som vi henvendte os til for at starte arbejdsprøvningsforløbet. Derefter så det ud til, at sagen skulle hen i ansøgningsgruppen vedrørende revalidering. Så startede vi forfra på en ansøgning og skrev op og ned ad stolper. Hun var som nævnt i starten af trediverne, og hun havde fået kontanthjælp hele sit liv, så hun var ikke ny i systemet. Vi gjorde rigtig meget. Jeg var med hende inde i jobcentret i april, og meningen var, at hun skulle starte på uddannelsen igen den 1. september. Vi tænkte derfor, at der måtte være tid nok til at klare sagen. Jobcentret siger jo, at der er en sagsbehandlingstid på tre måneder, men så, ja, så skulle sagen hele tiden i en ny gruppe: En gruppe skulle først tage stilling til, om hun var omfattet af målgruppen for revalideringer, en anden gruppe skulle derefter lave selve jobplanen, og så videre til en tredje gruppe, som skulle finde ud af, om det var den jobplan, der skulle bruges i forbindelse med færdiggørelsen af uddannelsen på Kunstakademiet. Det kom til at tage et helt år fra april, inden de tog stilling til sagen, der altså vedrører en borger, som de tidligere havde givet fem års revalidering. Man kan jo sige, at de allerede havde taget stilling til, om hun var omfattet af målgruppen. Alligevel skulle de starte helt forfra, selvom det som nævnt drejede sig om en borger, der havde været i systemet i mange år, og som tidligere havde fået bevilget revalidering”.

Det er endvidere en betydelig udfordring for patienterne, når de skal fremskaffe relevant dokumentation og holde styr på alle de dokumenter, som de skal have med, når de skal til samtale i jobcentret eller andre steder i det kommunale system:

”Selv når vi er med som bisiddere, kan det være svært at bevare overblikket. Jeg tror, at vores patienter ville være bedre stillet, hvis den sociale indsats var mere helhedsorienteret. Det ville også gøre det nemmere, når vi taler beskæftigelse med dem. Det kan godt være, at opsplitningen ville fungere bedre, hvis de forskellige afdelinger befandt sig i samme hus, for så kunne man i det mindste samle de relevante parter i en sag. Sådan fungerer det bare ikke i Københavns Kommune. Her er alt virkelig spredt rundt omkring i byen, og derfor bruger vi alt for meget tid på at komme rundt for at få behandlet en sag”.

5.4. Relationen mellem jobcentret, OPUS og voksne unge med skizofrenilidelser

”I OPUS har vi den holdning, at alle, der kommer ind ad døren, bliver behandlet som en længe ventet gæst. Jobcentret kunne profitere af at have den samme holdning. Som det er nu, fornemmer man let lidt irritation - man er til besvær. Man er bare endnu én i køen. Jeg har været i jobcentret rigtig mange gange, så jeg har prøvet lidt af hvert. Man kan også se, at der indimellem kommer nogle borgere, som har en uhensigtsmæssig adfærd over for medarbejderne. De kan være svære at håndtere, og det smitter måske af på resten af dagen, men det ville være godt, hvis man kunne lave om på den holdning, så det ikke går ud over alle dem, som ikke har en uhensigtsmæssig adfærd”.

5.4.1. Jobcentrets kendskab til patienterne

Sagsbehandlerne har ofte kendskab til, at nogle af de borgere, som de har i deres sagsstamme, også er patienter i OPUS. Det ved de, fordi kontaktpersonerne ringer og for eksempel laver mødeaftaler på vegne af patienterne og oplyser, at de også deltager i mødet.

Før mødet hjælper kontaktpersonerne patienterne med at italesætte, hvilke begrænsninger de har. Undertiden laver de ligeledes en dagsorden, så patienten har noget konkret at forholde sig til og samtidig en fornemmelse af, hvilke oplysninger sagsbehandleren har behov for. En kontaktperson har dette ønske:

"Man kunne ønske sig en situation, hvor patienterne siger: 'Jeg har fået brev fra jobcentret, og jeg glæder mig sådan til at tale med dem om, hvad jeg skal'".

Det typiske er, at sagsbehandleren meget sjældent kender patienten. Ifølge en kontaktperson skyldes det, at patienterne næsten altid møder en ny sagsbehandler, som ikke altid har brugt tid på forhånd til at sætte sig ind i den pågældende sag:

"Jeg har sågar siddet med en sagsbehandler, der blev ved med at påstå, at hun ikke havde fået den ansøgning, som det drejede sig om. Da hun så åbnede sagsmappen, viste det sig, at ansøgningen lå øverst i tre eksemplarer, fordi vi havde faxet den tre gange. Jeg tror desværre, at det sker, at de ikke får åbnet sagsmappen inden mødet. Det kan hvem som helst, der skal deltage i et møde i jobcentret, komme ud for og ikke kun patienter i OPUS. De har jo mange oplysninger, som de kan kalde frem på skærmen, og så tager de sagen derfra. Erfaringsmæssigt har jeg altid kopi med af vores erklæringer, når jeg skal i jobcentret med en patient, så de ikke kan sige, at de ikke har modtaget dem".

5.4.2. Den beskæftigelsesrettede indsats

Kontaktpersonerne bruger meget tid på at hjælpe patienterne med beskæftigelsesrettede aktiviteter, for eksempel at udarbejde oplæg til uddannelses- eller jobplaner. Det er et område, som optager patienterne, men som også kan øge deres stressniveau. Det er grunden til, at der bliver brugt meget tid på at udarbejde realistiske og gode planer og få både de pårørende og kommunen til at støtte op om dem.

Kontaktpersonerne gør desuden opmærksom på, at de ikke har tilstrækkelig viden om arbejdsmarkedet til at kunne rådgive om alle muligheder. Det mener de heller ikke er deres, men jobcentrets opgave.

Nogle kontaktpersoner beretter, at det ligefrem kan være en "kamp" at få jobcentret til at godkende forslag om for eksempel uddannelse. Flere mener, at jobcentret arbejder efter nogle interne retningslinjer, der retter sig mod borgere, som ikke har andre problemer end ledighed, og som derfor ikke gør det muligt at tilgodese patienternes ønsker.

Det samme gælder med hensyn til lovgivningen. Kontaktpersonerne nævner som eksempel, at de tidligere har haft gode erfaringer med at bruge daghøjskolernes tilbud som indledende forløb for nogle patienter, så de kunne lære at være sociale og stå op om morgenen uden nødvendigvis at skulle opfylde krav om beskæftigelse.

Den mulighed eksisterer ikke længere, fordi jobcentret ifølge kontaktpersonerne ikke mener, at beskæftigessigtet ved daghøjskolernes tilbud er tilstrækkeligt klart:

"Det er et problem, når det drejer sig om vores målgruppe. Sådan synes jeg hele tiden, at der sker stramninger, som ikke rigtig passer til vores patienter. Det med lige at tage et enkelt fag på hf for at se, om det overhovedet er realistisk at tage en hel hf. 'Hvis vi starter med et fag, kan du få en succesoplevelse, og så kan vi bygge videre på den'. Den plan kan vi næsten heller ikke få igennem

længere. Hvis man ikke kan tage en fuld hf, er man ikke egnet til hf, og så skal man finde på noget andet. Modellen med at starte blidt, er jobcentret ikke så lydhor overfor. Det kan være meget svært at forhandle de lidt mere specielle og kreative jobplaner igennem, for det skal være meget tydeligt, hvad de ender ud i. Det er bare vanskeligt med den type patienter, som vi har”.

En anden kontaktperson undrer sig over, at hun får forskellige svar og behandlingstilbud afhængig af sagsbehandler. Hun fortæller, at det nogle gange er muligt at få et daghøjskoleophold igennem til 30.000 kr., hvorimod det andre gange er helt udelukket:

”Det gør vi ikke”, siger de i jobcentret, ”men det har en anden patient lige fået ...”. ”Nej, det kan ikke passe!” Den pågældende kontaktperson tilføjer:

”Der er stor forskel på, hvad man kan få bevilget alt efter hvilken sagsbehandler, man taler med. Man kan blive enig med den ene sagsbehandler om et tilbud, og så kommer der en ny, som man fortæller det samme, men nu bliver sagen håndteret på en helt anden måde. Det er frustrerende”.

Enkelte kontaktpersoner nuancerer billedet ved at fremhæve, at de kan nævne mange eksempler på, at jobcentret har støttet op om for eksempel revalideringsplaner, der er udarbejdet i OPUS. De fortæller ligeledes om beskæftigelseskonsulenter, der er lydhor og interesseret i at høre om patienternes behandlingsforløb, og som gerne vil drøfte, hvilke muligheder de har for at komme ud på eller vende tilbage til arbejdsmarkedet i et eller andet omfang.

En kontaktperson nævner i den forbindelse, at rigtig mange patienter får bevilget revalidering, og at det er en meget stor støtte for dem, når de starter på en uddannelse:

”Når vi møder patienterne første gang, starter vi med at høre, hvad deres drømme er for fremtiden. På et tidspunkt bliver det måske relevant at fortælle dem, hvilke muligheder de har for at få ekstra støtte udover den, som de har været vant til. Hvis det ender med uddannelse, så ender det oftest også med, at de får revalidering eller SU med handicaptillæg, som jo er en kæmpe økonomisk støtte. Her får vi meget hjælp fra jobcentret. Nogle gange tager de [jobcentret] chancen, selv om vi ikke kan garantere, at patienten vil kunne gennemføre den uddannelse, som vi taler om. Det er vigtigt, at jobcentret ikke siger, at det skal være 100 pct. sikkert som forudsætning for at kunne bevilge revalidering eller SU med handicaptillæg, for så ville ingen af vores patienter komme i gang med en uddannelse. På det punkt oplever vi lydhorhed”.

Kontaktpersonerne oplyser, at der kan opstå problemer, hvis det ikke er muligt for en patient at gennemføre en uddannelse som forventet. Jobcentret ser helst, at patienterne venter med at gå i gang, indtil de er helt sikre på, at de vil kunne gennemføre uddannelsen.

Det er imidlertid ikke muligt at give en sådan sikkerhed, når der er tale om en borger med en psykisk lidelse, heller ikke selv om den pågældende er velbehandlet. Nogle kontaktpersoner oplyser, at de tit har fået jobcentret til at tage en chance alligevel.

5.4.3. Patienternes behov for uddybende information

Kontaktpersonerne efterlyser derudover mere information fra jobcentret. De erkender samtidig, at medarbejderne i jobcentret har et stort arbejdspress på grund af de mange sager:

”Det hele handler om, at de skal have hyppig kontakt med borgerne og helst få så mange som muligt i aktivering, for så kan kommunen få refusion af staten. Når jeg taler med medarbejdere i job-

centret giver de udtryk for, at de er meget kede af deres arbejde. De vil jo gerne kunne lave et mere helhedsorienteret socialrådgiverarbejde, men det lykkes ikke med de nuværende rammer”.

Flere kontaktpersoner hæfter sig ved, at jobcentret heller ikke giver patienterne nogen særlig information i stil med:

”Sådan kan du også gøre det, eller du har de og de muligheder for at få en mentorordning”.

De pågældende kontaktpersoner mener, at grunden er, at medarbejderne i jobcentret først og fremmest fokuserer på at få refusion til kommunen, og så gælder det om at gøre det, der skal til og ikke mere, for eksempel gennemføre en opfølgningssamtale, *”(...) og så er det sådan set ligegyldigt, hvad der sker i den samtale. Bare de kan sætte et kryds i kalenderen. Den opfattelse kan man godt få. Hvis det er rigtigt, at de har så mange sager, som de siger, så kan jeg godt se, at der ikke er mulighed for at bruge mere tid på den enkelte borger og motivere og informere om alle de forskellige muligheder, der er”.*

Én ting er informationsniveauet, en anden vedrører spørgsmålet om, hvem der har informationspligten. Alle kontaktpersoner undrer sig over, at patienterne og de selv er henvist til at stille uddybende spørgsmål, når de i forbindelse med en samtale i jobcentret bliver præsenteret for nogle tilbud.

Det forudsætter i virkeligheden, at patienterne både har socialfaglig indsigt og overskud til at fordybe sig i tilbuddene, finde ud af, hvad de indebærer og vurdere deres relevans. Ifølge kontaktpersonerne er det sagsbehandlernes opgave at orientere fuldt ud om alle muligheder:

”De glemmer måske yderpunkterne. Hvad vil det for eksempel sige at være i virksomhedspraktik? Hvad betyder de forskellige ord? Det nytter ikke, at de forudsætter, at vi uden videre forstår, hvad de siger. Man kan gøre det bedre ved at øge informationsniveauet - måske ikke mængden, men kvaliteten. Det er det, der er den markante forskel mellem en god og en dårlig sagsbehandler. En god sagsbehandler har direkte kontakt med patienten, taler direkte til ham og fortæller, hvad der skal foregå på mødet. De mindre gode kigger måske mere på kontaktpersonen og taler lidt henover hovedet på patienten”.

5.4.4. Stigma om skizofreni

Det er kontaktpersonernes erfaring, at der er meget stigma forbundet med diagnosen skizofreni. De møder også medarbejdere i jobcentret, som siger, at de ikke kan få borgere med en skizofrenilidelse ud på en arbejdsplads.

Nogle kontaktpersoner fortæller også, at de ofte får at vide i jobcentret, at borgere, som har en skizofrenidiagnose, ikke kan komme til at arbejde med mennesker. De vil for eksempel ikke kunne blive pædagoger eller socialrådgivere og begrundelsen er, at de ikke vil kunne håndtere at være sammen med andre mennesker.

Det er kontaktpersonernes opfattelse, at jobcentret med den indstilling skærer stort set halvdelen af alle professioner fra med henvisning til skizofrenidiagnosen:

”Det er en meget stigmatiserende holdning, vi nogle gange møder. Man kan altså godt være sammen med børn, selvom man har en skizofrenidiagnose. Det kommer helt an på, hvilke symptomer man har i forbindelse med lidelsen”.

De tilføjer, at nogle af deres patienter ikke har den nødvendige indsigt i deres egen sygdom, men at kontaktpersonerne heller ikke taler med dem om uddannelse eller arbejde. Forklaringen er, at det som regel er patienter uden sygdomsindsigt, der har det dårligst, og derfor er det ikke aktuelt at tale om hverken uddannelse eller job med dem.

Når patienterne er ved at komme sig over sygdommen, men stadig har nogle symptomer, er der to grupper at forholde sig til:

- Dels de patienter, der helst holder det for sig selv, at de har en diagnose, fordi der er så meget stigma om den, at de ikke ønsker at fortælle andre om deres lidelse.
- Dels de patienter, som ser det som deres pligt at oplyse om diagnosen og afstigmatisere den.

Kontaktpersonerne mener ikke, at man uden videre bør udelukke disse borgere fra uddannelser eller jobs, der har med mennesker at gøre, men at man må vejlede dem ud fra en konkret og individuel vurdering:

"Nogle gange kan det være svært at finde ud af, om det skyldes noget fagligt, lovgivningsmæssigt eller en personlig holdning hos sagsbehandlerne, når de afviser, at borgere med psykiske lidelser kan varetage et job, som indebærer tæt kontakt til mennesker. Hvorfor må psykisk syge, for eksempel unge med en skizotypisk diagnose, ikke arbejde professionelt med andre mennesker? I mange tilfælde kan det være fornuftigt nok at overveje, om det nu er en god idé, men lad være med at generalisere. Det er virkelig en afvisning at sige uden videre, at det ikke kan lade sig gøre. Man må i stedet bede om, at de [jobcentret] undersøger, hvordan disse psykiatriske områder spiller sammen med jobområdet".

5.4.5. Det ulige samarbejde

En del kontaktpersoner reflekterer meget over det, som nogle betegner som det ulige samarbejde mellem jobcentret og patienterne. De begrundes uligheden med, at medarbejderne i jobcentret ikke er særligt imødekommende over for borgere med en psykisk lidelse. Det skyldes ifølge de pågældende kontaktpersoner ikke, at sagsbehandlerne ikke er gode sagsbehandlere, eller at beskæftigelseskonsulenterne ikke er gode beskæftigelseskonsulenter.

De forklarer derimod uligheden med, at der er skabt et system, som også er uoverskueligt for dets egne medarbejdere. Det giver sig blandt andet udslag i, at henvendelser ikke bliver besvaret, at sager forsvinder, og at tonen lejlighedsvis er grænseoverskridende og intimiderende:

"Et eksempel er en af vores patienter, som ringede til jobcentret og meldte afbud til en samtale med den begrundelse, at hun var syg. Hun uddybede det ved at fortælle, at hun havde fået influenza. Hun fik så at vide, at influenza ikke er nogen sygdom, og at hendes kontanthjælp ville blive standset, hvis hun udeblev fra samtalen".

Nogle kontaktpersoner giver udtryk for, at beskæftigelsessystemet er blevet følelseskoldt, fordi det tilsyneladende mere drejer sig om at få refusioner til kommunen og ikke om at behandle de ledige borgere med en etik, der afspejler værdighed og respekt, som lovgivningen lægger op til.

De sammenligner systemet med en fabrik, hvor de ledige borgere kommer ind af en dør i den ene ende, og når de går ud af døren i den anden ende, er det med et job i hånden. Kontaktpersonerne

mener, at et sådant beskæftigelsessystem ikke har nogen virkning, når der er tale om mennesker med psykiske lidelser og sygdomme i forskellige variationer og sværhedsgrader:

"Den behandling, som mange af vores patienter får i jobcentret, er kontraindicerende for den behandling, vi giver dem i OPUS. Det skyldes de trusselsbreve, de får, og de holdninger, de bliver mødt med. Det, som er værst for denne patientgruppe, er stress og ydre belastninger, for det fremkalder symptomer".

Ifølge kontaktpersonerne kan den utilsigtede konsekvens af en sådan behandling blive, at "systemet" kommer til at ekskludere dem, som man skulle inkludere på arbejdsmarkedet.

5.5. Kontaktpersonernes forslag til forbedring af beskæftigelsesindsatsen

Det kan udledes af interviewene med kontaktpersonerne, at de har ni forslag til at udvikle og forbedre beskæftigelsesindsatsen over for mennesker, der især har lidelser i det skizofrene spektrum. De ni forslag skitseres i det følgende.

Efteruddanne medarbejdere i jobcentret i psykiatriske lidelser og deres symptomer

Alle kontaktpersoner mener, at der er behov for at uddanne medarbejderne i jobcentret til at kunne håndtere borgere, som har problemer udover ledighed. De mener, at det i særlig grad er nødvendigt, at medarbejderne får større viden om psykiske lidelser og deres udtryksformer.

En kontaktperson begrundet forslaget på denne måde:

"De skal have større viden om og forståelse for, hvordan en skizofrenidiagnose påvirker et menneske. Folk kommer jo i jobcentret, fordi de har et behov, og ikke fordi de har onde hensigter. Medarbejderne må være i stand til at udvise almen menneskelighed og åbenhed. De må også forstå, at når en patient ikke magter et forløb, ikke kan komme op om morgenen, glemmer at melde afbud m.m., ja, så skyldes det ikke manglende vilje, men sygdommen og bivirkninger ved medicinen".

Kontaktpersonerne mener, at det vil lette processen, hvis medarbejderne i jobcentret fik en introduktion til arbejdet med borgere, som har en psykisk lidelse, og at de fik at vide, hvad psykisk sygdom indebærer, og hvordan den kan påvirke adfærden. De skulle samtidig få at vide, at de kan indhente sagkyndig hjælp hos OPUS, når de har en svær sag.

En sådan introduktion vil ifølge kontaktpersonerne medvirke til at afstigmatisere patienterne.

Udarbejde overskueligt og let forståeligt informationsmateriale

Det vil ligeledes være et fremskridt, såfremt jobcentret udarbejder et meget overskueligt og let forståeligt informationsmateriale tilegnet målgruppen af borgere med psykiske lidelser. Det bør desuden have en udformning og en tone, der udstråler interesse fra jobcentrets side for at få en god kontakt og dialog med disse borgere.

Etablere faglig arbejdsdeling mellem jobcentret og OPUS

Det bliver desuden foreslået at etablere en arbejdsdeling mellem jobcentret og OPUS, så kontaktpersonerne kan koncentrere sig om den psykiatriske behandling. Alle beskæftigelsesrettede aktiviteter skal gennemføres med udgangspunkt i jobcentret, og det bør ske ved at samle patienterne i en erhvervsgruppe eller et team vedrørende psykisk syge.

Dette team skal dels have medarbejdere, som har viden om og beføjelser til at håndtere denne patientgruppe, dels have tilknyttet kontaktpersoner fra OPUS. En alternativ model er, at beskæftigelseskonsulenter fra jobcentret kommer i de relevante OPUS-teams.

Forslaget begrundes med, at det vil medføre en klar opgavefordeling mellem jobcentret og OPUS om patienterne og samtidig gøre det muligt at kombinere de forskellige kompetencer og dermed yde en helhedsorienteret indsats. Det vil tillige modvirke den nuværende tendens til opgaveforskydning, hvor kontaktpersonerne bruger meget tid på beskæftigelsesrelaterede aktiviteter, som først og fremmest er jobcentrets ansvar. Endelig giver en kontaktperson denne begrundelse for forslaget:

"Hvis vores patienter gik i en erhvervsgruppe i jobcentret, ville de lære huset at kende, og de ville blive mere trygge ved at komme der. Det ville nok også give sagsbehandlerne en anden tilgang til dem, for de ville finde ud af, nå, ja, de [patienterne] er jo ikke bindegale og hamrer os ikke ned med en sabel. De ville i stedet forstå, at patienterne har en masse drømme om at komme i job".

Introducere en ny måde at modtage borgere med psykiske lidelser på

En kontaktperson henviser til, at ansøgningerne om bistand ifølge lovgivningen skal vurderes i forhold til hele spektret af hjælpemuligheder, men at det ikke sker.

Hun er derfor inde på, at jobcentret burde organiseres på den måde, at det var de dygtigste og mest indsigtsfulde sagsbehandlere, som var de første, man mødte, når man trådte ind af døren første gang. De ville hurtigt kunne finde ud af, hvad der skulle ske med den borger, som nu meldte sin ankomst, og som måske også har en psykisk lidelse og derfor højst sandsynligt har flere problemer og spørgsmål, der skal tages stilling til:

"Nogle gange tror jeg, at man skulle vende det om for at få den bedste kvalitet og det mest effektive forløb på den lange bane. Det er vigtigt, at borgeren med det samme møder nogen, der kan overskue hele området, men det er jo en større socialpolitisk diskussion. Jeg kan huske, at det blev besluttet i forbindelse med bilstandsloven i 1976, at borgerne kun skulle have én indgang. Det er nok blevet noget udvandet siden, for med det tempo, der kommer nye love, er det virkelig svært at få overblik. Nu er det blevet sindssygt specialiseret i jobcentret, så når det for eksempel viser sig, at en borger er berettiget til et fleksjob, venter han i 100 år på at blive indkaldt til et møde i en anden afdeling ...".

Overholde mødeaftaler

Samtlige kontaktpersoner efterlyser større præcision med hensyn til overholdelse af de mødeaftaler, der bliver indgået med jobcentret. De nævner alle, at det er hovedreglen, at de skal vente meget længe, nogen gange i timevis, for at komme i gang med en samtale, der er aftalt til et bestemt tidspunkt. De har alle forståelse for travlheden, men de undrer sig over, at de skal bruge så meget tid på at vente.

Udvikle fleksible forløb til borgere med psykiske lidelser

De foreslår derudover, at der bliver mulighed for at tilbyde borgere med psykiske lidelser nogle særlige, fleksible forløb. De begrundes forslaget med, at der er tale om mennesker, som ikke har kræfter til at gennemføre samme type forløb som personer, der kun har ledighed som problem. Eksempler er tilbud om kreative kurser på daghøjskoler eller mulighed for at læse hf med enkeltfag.

Bruge arbejdsprøvninger med omtanke

Kontaktpersonerne peger dernæst på, at der er behov for at overveje, hvordan den gentagne anvendelse af arbejdsprøvning kan reduceres. De henviser til, at proceduren i forbindelse med behandling af pensionsansøgninger er meget tung, selv når der foreligger en psykiatrisk vurdering, som fastslår, at der ikke er nogen udsigt til, at en patient vil være i stand til at varetage et arbejde. Kontaktpersonerne mener, at det er forkert, *"(...) at patienten pinedød skal arbejdsprøves hele vejen igennem og alle muligheder være udtømt, før der bevilges pension, når det er åbenbart, at den pågældende ikke vil være i stand til at varetage et arbejde"*.

Satse på virksomhedspraktik

Det, der virker, når det drejer sig om at få patienterne i gang på arbejdsmarkedet, er ifølge kontaktpersonerne praktik på en virksomhed. Det er ligeledes vigtigt at opbygge og fastholde et godt samarbejde mellem den pågældende arbejdsgiver og jobcentret. Endelig skal der lægges en realistisk plan for, hvor mange timer patienten skal arbejde, og hvilke arbejdsopgaver han eller hun skal tage sig af:

"For at få det til at fungere skal der være et socialt ansvar hos virksomhederne og en rummelighed på arbejdsmarkedet. Det ser vi jo nogen gange, at der er, og det kunne der godt komme mere af. Kommunen kunne også give bedre støtte og måske yde større økonomisk kompensation til de virksomheder, som gerne vil tage et ansvar for vores patienter. Flere mentorordninger er ligeledes noget, der virker".

Kommunikere med indsigt og forståelse

En kontaktperson giver til sidst udtryk for, at der er mange muligheder for at give borgere med psykiske lidelser en meget bedre behandling, når det drejer sig om uddannelse og arbejde:

"Man kan bare overholde lovgivningen. Det er komplekst at skulle lede og samarbejde med den patientgruppe, som vi har i OPUS. Det er ikke bare noget, man gør. Man skal have indsigt i de psykiatriske lidelser, og man skal hurtigt kunne spotte, hvem den person, som sidder på den anden side af bordet, er, hvordan han har det, og hvad han magter. Der kan meget let opstå konflikter, hvis man ikke har situationsfornemmelse. Alt det siger lovgivningen jo ikke noget om. Det er måden, man gør det på".

Kapitel 6: Beskæftigelseskonsulenter i jobcentret Myndighedspersoner og formidlere

Der er gennemført interviews med fire beskæftigelseskonsulenter i Jobcenter København Skelbækgade og to i Jobcenter Rødovre. Formålet var at afdække, hvordan de vurderer opgaven med at bistå voksne unge med en diagnose i skizofrenispektret i forbindelse med jobsøgning eller fastholdelse af et eksisterende arbejde.

Det sker imidlertid kun i meget sjældne tilfælde, at jobcentrene kommer i berøring med beskæftigede borgere, der har en psykiatrisk lidelse, og hvor det vil være aktuelt at bistå dem med at fastholde et arbejde.

Jobcentrenes indsats retter sig således først og fremmest mod at afklare, hvilke muligheder en borger med en psykisk lidelse har for at gå i gang med, henholdsvis gennemføre en erhvervskompetencegivende uddannelse eller få et arbejde.

Interviewene med beskæftigelseskonsulenterne i de to jobcentre har derfor især drejet sig om følgende fire temaer:

- Organiseringen af borgerkontakten
- Beskæftigelseskonsulenternes viden om psykiske lidelser
- Samarbejdet med og rundt om en borger med en psykisk lidelse
- Det arbejdsmarkedsrettede perspektiv

Beskæftigelseskonsulenternes synspunkter om disse temaer sammenfattes i kapitlet.

Jobcenter Rødovre samarbejder med OPUS-teamet under Psykiatrisk Center Glostrup og Jobcenter København Skelbækgade med OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet under Psykiatrisk Center København. Det er som tidligere nævnt udelukkende patienter tilknyttet de tre sidstnævnte OPUS-teams, der er interviewet i forbindelse med undersøgelsen.

Formålet med også at interviewe beskæftigelseskonsulenter i Jobcenter Rødovre har derfor været at få et indtryk af ligheder og forskelle mellem dette jobcenter og Jobcenter København Skelbækgade med hensyn til den måde, som de tilrettelægger og gennemfører rådgivningen af og samarbejdet med borgere med en lidelse i skizofrenispektret på.

6.1. Organiseringen af borgerkontakten

Fire af de seks beskæftigelseskonsulenter, der deltog i interviewene, er uddannet som socialrådgivere. De to øvrige har en akademisk uddannelse. Alle har erfaring med borgere, som har andre problemer end ledighed.

Alle har ligeledes nogle års erfaring med at rådgive og behandle sager vedrørende dels voksne unge i skizofrenispektret, dels borgere med andre psykiske lidelser. En enkelt mener dog ikke at have speciel erfaring med sager, der involverer borgere med lidelser i skizofrenispektret. Den pågældende tilføjer, at sådanne sager typisk bliver håndteret ved at inddrage faglig viden fra for eksempel en bisidder fra OPUS, såfremt det er relevant, eller en psykiatrisk speciallægekonsulent.

Tre af de interviewede beskæftigelseskonsulenter har hver kontakt med fire til seks borgere med skizofreni. En fjerde nævner, at hendes afdeling arbejder med godt 600 sager i alt, hvoraf 10 til 20 pct. vedrører borgere med en skizotypisk lidelse.

Det er en generel konstatering i interviewene, "(...) at vi møder rigtig mange typer af psykiske sygdomme - asperger, borderline, autister, tourette, OCD foruden personer med generelle indlæringsvanskeligheder samt sent udviklede".

I kapitel benyttes betegnelsen "beskæftigelseskonsulent" for alle seks interviewpersoner, selv om to af dem har oplyst, at de nu varetager jobfunktioner uden direkte borgerkontakt. Den ene arbejder udelukkende med ledelsesopgaver og den anden som produktionskoordinator. Det er en jobfunktion, der blandt andet omfatter kvalitetssikring, formidling af nyt lovstof, opfølgning på ledelsestilsyn, gennemlæsning af ressourceprofiler, deltagelse i koordinationsmøder m.m.

To af de øvrige beskæftigelseskonsulenter er ligeledes produktionskoordinatore, men de har desuden et antal personsager hver. Den ene havde ved tidspunktet for interviewet ca. 40 sager og den anden over 100. De to sidste beskæftigelseskonsulenter varetager udelukkende opgaver i relation til borgerkontakt og sagsbehandling og havde i gennemsnit ca. 50 til 60 sager hver, da interviewet fandt sted.

6.1.1. Titlens og strukturens betydning

Er en beskæftigelseskonsulent det samme som en sagsbehandler, en jobkonsulent, en virksomhedskonsulent eller en vejleder?

I Jobcenter København, som Jobcenter København Skelbækgade er en del af, er det besluttet at benytte betegnelsen "beskæftigelseskonsulent" som en fælles titel uanset faglig baggrund. Titlen signalerer, at jobfunktionens indehaver fokuserer på arbejdsmarkedet, idet han eller hun først og fremmest er "(...) konsulent i spørgsmål, der vedrører beskæftigelse". Alle andre spørgsmål vedrørende ydelser og sociale forhold behandles i henholdsvis ydelsescentret og socialcentret.

Patienterne bruger stort set alle betegnelsen "sagsbehandlere" om de medarbejdere, som de møder i jobcentret. Umiddelbart er det måske underordnet, om medarbejderne har den ene eller den anden titel, men interviewene med patienterne viste, at det kan have betydning. Flere oplyste således, at de blev nervøse, måske ligefrem angste, når et ord som *job* indgik i sammenhængen, for eksempel jobsamtale eller jobkonsulent.

De uddybede denne sindsstemning med, at ordet jobsamtale hyppigt blev anvendt i indkaldelsen til et møde i jobcentret. De kunne derfor få det indtryk, at mødet udelukkende gik ud på at få dem i arbejde, selv om de ikke mente at være parat til det. Ofte viste det sig, at mødet kom til at dreje sig om meget andet, og at nervøsiteten var ubegrundet. Tilsvarende giver titlen "beskæftigelseskonsulent" associationer i retning af job og arbejdsmarked, hvad der altså også er formålet, men alene ordet kan virke kontraproduktivt på mennesker med psykiske lidelser.

De forskellige titler eller betegnelser for jobfunktionen kan derudover have betydning, såfremt de signalerer en forskel i jobindhold og beføjelser. Nogle jobcentre benytter for eksempel betegnelsen virksomhedskonsulent om medarbejdere, der udelukkende eller fortrinsvis har at gøre med opgaver i relation til virksomheder.

Variationen i ordvalget er tilsyneladende udtryk for, at praksis er forskellig:

"Hvis man tager det helt officielt, så taler overenskomsterne om beskæftigelseskonsulenter, og det er dem, man har i jobcentrene. Man har ikke sagsbehandlere eller vejledere. Der findes imidlertid en selvforståelse rundt omkring, ligesom medarbejdere med en socialfaglig uddannelse ofte er blevet kaldt sagsbehandlere, og det er nok baggrunden for de forskellige titler. Indtil for et års tid siden talte overenskomsten om vejledere, og i vores uddannelsesafdeling har medarbejderne ofte en baggrund som uddannelsesvejledere, uddannelseskonsulenter eller studievejledere, når de kommer herind. Den baggrund bærer de jo videre, fordi den fortæller lidt mere om, hvad det er, de laver. Vores socialrådgiveruddannede medarbejdere kalder sig gerne selv sagsbehandlere, og det siger måske også, at de har en lidt bredere tilgang til sagerne end blot uddannelse".

Spørgsmålet er, om en beskæftigelseskonsulent i princippet varetager samtlige af den type opgaver i et jobcenter?

"Det skulle det gerne gøre, men forstået på den måde, at vi kun taler beskæftigelse med borgeren. Vi behandler netop ikke hele borgerens sag efter strukturreformen. Sagsbehandlere havde man i større grad før 2006, hvor alt blev behandlet - boligstøtte, revalidering, førtidspension, misbrugsbehandling og alverdens ting og sager. Der blev sat nogle vandtætte skotter ned i 2006, og derfor er det i mange tilfælde misvisende at tale om sagsbehandlere i jobcentret, for selv når vi har med svage borgere at gøre, kan vi kun tage stilling til beskæftigelseselementet. Vi inddrager selvfølgelig alle borgerens forhold i vores planlægning af, hvilke beskæftigelsesfremmende eller afklarende elementer, vi skal bruge, men vi behandler dem ikke, for vi har ingen kompetence på det felt, så svaret er et både og".

De forskellige betegnelser på jobfunktioner, der måske har samme indhold, medvirker til at øge usikkerheden hos borgere med psykiske lidelser, for de har først og fremmest stærkt behov for at bevæge sig inden for en struktur, som er forudsigelig og skaber overblik. Deres usikkerhed bliver ikke mindre af den organisatoriske opdeling i tre enheder:

- Et jobcenter med fokus på at få ledige i arbejde eller sikre personer med nedsat arbejdsevne en så stor tilknytning til arbejdsmarkedet som muligt.
- Et ydelsescenter, som står for udbetaling af ydelser.
- Et socialcenter, der har ansvar for andre sociale opgaver.

Som det blev udtrykt i et interview, fremmer den organisatoriske opdeling ikke den oprindelige idé med at skabe en fælles indgang til arbejdsmarkedet ved etableringen i 2009 af det enstrengede beskæftigelsessystem:

"Jeg kan godt se, at der er nogle fordele ved denne opdeling, for den gør det muligt at koncentrere indsatsen om arbejdsmarkedet, men jeg kan bestemt også se mange ulemper, for helhedssynet er 'opdelt' i forhold til, hvad man arbejder med. Når det hele er specialiseret, er det nemt at miste overblikket i en sag. Jeg synes, at der var mange ting, som fungerede bedre, da vi sad med hele området. Borgerne efterlyser det også, for de har behov for at tale med én, der kan hjælpe lidt bredere og ikke blot om beskæftigelse. De siger: 'Hvor er min sagsbehandler', men det er der jo ikke længere noget, der hedder. Det har taget lang tid for borgerne at finde ud af, for nu må de henvende sig så mange forskellige steder. Hvis det drejer sig om penge, er det ydelsescentret, vedrører det et socialt spørgsmål, enkelttydelser eller boligforhold, ja, så må de henvende sig i socialcentret, og når det angår arbejdsmarkedet, så er det hos os. De, der er i aktivering, skal så også forholde sig til et aktiveringssted plus eventuelt et behandlingssted".

Opdelingen i de tre centre begrundes med, at den skulle sikre en mere ensartet sagsbehandling, fordi den gør det muligt at specialisere sig. Det er også i borgernes interesse og forvaltningsmæssigt korrekt. Ulempen ved opdelingen er, at den risikerer at opsplitte og forlænge sagsbehandlingen, såfremt flere afdelinger eller forvaltninger er involveret, og de skal vente på hinanden, før der kan træffes en endelig afgørelse.

6.1.2. Jobcenter Rødovre og Jobcenter København Skelbækgade

I Jobcenter Rødovre behandler to socialrådgivere sager vedrørende borgere, der er mellem 18 og 29 år, og som har varige psykiatriske diagnoser eller et psykisk eller fysisk handicap. De to sagsbehandlere samarbejder derudover tæt med en virksomhedskonsulent, som tager sig af de virksomhedsrettede opgaver.

Jobcentret benytter det anførte alderskriterium til at fordele sagerne, fordi man har fundet ud af, at det er en fordel at arbejde med en målgruppe, der er nogenlunde jævnaldrende. Det er tilsyneladende mere effektivt end at skulle spænde over sager, der den ene dag drejer sig om en 18-årig, som lige har fået stillet en skizofrenidiagnose, og den næste dag en 53-årig, der har været i systemet i mange år.

Jobcenter København Skelbækgade er organiseret i fem faglige teams:

Et *afklaringsteam*, hvor man arbejder med matchgruppe 2 og 3, der omfatter borgere med problemer ud over ledighed. Afklaringsteamet er igen opdelt i mindre enheder, der varetager specialiserede opgaver i tilknytning til forskellige målgrupper, eksempelvis mennesker med handicap og unge med særlige behov.

I afklaringsteamet beskæftiger man sig blandt andet med at lave helbredsafklaringer af den svageste fjerdedel af borgerne. Afklaringen går ud på at afdække, hvad der ligger bag svage borgeres manglende tilknytning til uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet.

Afklaringsteamet er ikke i direkte kontakt med virksomheder eller uddannelsesinstitutioner, men samarbejder hovedsageligt med en række eksterne aktører om afklaringerne. Formålet er at finde ud af, hvad der i positiv forstand skal til for at vende de pågældende borgere mod arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet eller dokumentere en varigt nedsat arbejdsevne, så de kan få den korrekte ydelse:

"Der er naturligvis ingen, som skal tvinges til at blive i dette system, hvis de ikke magter det. Det er vores ansvar at dokumentere en muligvis manglende arbejdsevne, få den 'forbedret', hvis det kan lade sig gøre - eventuelt skabe mulighed for revalidering - eller indstille vedkommende til førtidspension".

Et *uddannelsessteam*, der sørger for at finpudse uddannelsesindholdet i jobplanerne, og som også omfatter en mindre enhed, der beskæftiger sig med revalidering.

Et *virksomhedsrettet team* og to *"straks" teams* ved indgangen til jobcentret. De to sidstnævnte teams arbejder med henholdsvis job og uddannelse. Det ene har til opgave at henvise ledige til ordinære jobs med det samme og fokuserer derfor på jobåbninger. Det andet henviser til uddannelse.

Jobcentrets samarbejde med eksterne aktører er udtryk for en arbejdsdeling:

- De eksterne aktører tager sig primært af at afklare arbejdsevne samt arbejdsmarkeds- og uddannelsespotentiale, ligesom de står for opkvalificering og hjælp til borgerne med den praktiske jobsøgning.
- Jobcentret vurderer oplysninger om den enkelte borger, udarbejder jobplaner og træffer afgørelser.

De planer, som jobcentret udarbejder, kan have såvel et beskæftigelsesmæssigt som et socialt sigte. Jobcentret kan eksempelvis vurdere, at en borger har et misbrug, der forhindrer ham eller hende i at bestride et arbejde.

Den pågældende borger kan i så fald blive pålagt "(...) at gøre noget ved misbruget, eller vi orienterer socialforvaltningen om, at det vil være en god idé. Afgørelsen bliver lagt ind i planen, som så måske indebærer, at borgeren skal i misbrugsbehandling i 10 timer om ugen og i et beskæftigelsestilbud i andre 15 timer, hvis det for eksempel vurderes, at den pågældende har en arbejdsevne, der gør ham i stand til at arbejde 25 timer om ugen i alt. Tilsvarende parallelle tiltag eller 'miks' kan vi indarbejde i jobplaner for borgere med en psykisk lidelse og på den måde anvende psykiatriske tilbud".

6.2. Beskæftigelseskonsulenternes viden om psykiske lidelser

Flere beskæftigelseskonsulenter beskriver deres egen rolle på den måde, at de er specialister i arbejdsmarkedet og ikke i psykiatriske diagnoser. Med denne formulering mener de firkantet sagt, at der ikke bliver udarbejdet jobplaner på basis af en borgers eventuelle diagnose.

Jobplanerne bliver lavet ud fra et meget konkret udgangspunkt, hvor det afgørende er borgerens personlige, individuelle og konkrete funktionsniveau.

Beskæftigelseskonsulenterne er godt klare over, at diagnoserne kan give udsving i funktionsniveauet, så en borger på nogle tidspunkter kan foretage sig mere eller mindre end på andre tidspunkter. Alle beskæftigelseskonsulenter giver udtryk for, at de har den fornødne faglige viden og ikke mindst erfaring til at kunne behandle en sag, der involverer en borger med en psykisk lidelse.

Hvis de har behov for at få tilført psykiatrisk viden, er der flere muligheder:

"Hver torsdag eftermiddag har vi møder, hvor vi drøfter forskellige faglige emner, og hvis vi skønner at have brug for oplæg, inviterer vi relevante fagpersoner. For et par år siden havde vi for eksempel arrangeret et par temadage med workshops i hele huset, hvor vi fokuserede på unge med psykiske lidelser. Vi havde entreret med eksterne foredragsholdere, som kickstartede diskussionerne og gav os dybere viden. Derudover benytter vi den almindelige 'oplæringsmesterfunktion', der består i, at man kan få råd af de kolleger, som har erfaring med borgere med særlige problemer, psykiske sygdomme o.l. Jeg mener, at vi overordnet set har den viden, som vi skal have, men den findes ikke nødvendigvis i tilstrækkelig grad på alle stole, og det gør så, at man som borger kan løbe ind i en medarbejder, der ikke ved tilstrækkeligt om for eksempel en skizofrenilidelse og heller ikke forstår at skaffe sig den relevante viden".

Borgere med psykiske lidelser bliver som udgangspunkt behandlet på samme måde som andre borgere, der henvender sig i jobcentret. Beskæftigelseskonsulenterne ved således som udgangspunkt ikke, om en borger, som de møder for første gang, har en psykisk lidelse. Det afhænger af, i hvilken udstrækning sagen er belyst.

De første medarbejdere, som borgerne møder, når de går ind af døren til jobcentret, har ingen særlig viden om psykiske lidelser, for det er ikke deres opgave at behandle sager, der rummer særlige problemstillinger.

Hvis borgeren, som henvender sig, ikke fortæller, at han eller hun har en psykisk lidelse, og hvis systemet ikke indeholder oplysninger om det i forvejen, "(...) jamen så kan vi godt skøjte ud af en forkert tangent. Det er der slet ingen tvivl om, og så opstår der nemt misforståelser. Der vil også være forskel på, hvor gode beskæftigelseskonsulenterne er til at få øje på, hvad det er, der ser mærkeligt ud. Her står de så i den situation, at de skal optræde som en beskyttende myndighed uden at være formynderiske. Det er en svær balance, som bliver tolket på mange forskellige måder. Der er ingen tvivl om, at en borger vil kunne få to forskellige oplevelser ud af en sådan situation, for den hører til blandt de svære, og det er vanskeligt at brede tilstrækkelig viden ud i huset om, hvordan man gennemskuer en problemstilling, der har et psykiatrisk aspekt. Det er imidlertid vigtigt at tilføje, at rundt omkring på etagerne og ved indgangene har vi mange erfarne folk, der har været i systemet længe, og som også kan 'læse' de forskellige signaler".

Hverken i Jobcenter København Skelbækgade eller Jobcenter Rødovre bliver beskæftigelseskonsulenterne systematisk opkvalificeret med hensyn til viden om psykiske lidelser. Det mest almindelige er, at beskæftigelseskonsulenterne forsøger at holde sig opdateret ved blandt andet at deltage i konferencer og kurser.

Et par beskæftigelseskonsulenter tilkendegiver, at de har behov for mere viden til at kunne analysere det konkrete møde med en borger med en psykisk lidelse for at forstå forløbet, herunder hvad der skete, samt hvordan og hvorfor der blev ageret og reageret m.v.:

"Der er ingen tvivl om, at det ville være givende at få mulighed for at komme på efteruddannelse og ikke blot deltage i en konference hist eller en temadag her om en eller anden speciel diagnose. Vi får dog også større kendskab til diagnoserne via erfaringen og sparringen om de konkrete sager med forskellige samarbejdspartnere, det være sig OPUS, distriktpspsykiatrien, socialforvaltningen, speciallægerne og vores egen psykiatriske lægekonsulent".

Den generelle udmelding er, at der ikke er et presserende behov for at få mere dybtgående viden om psykiatriske diagnoser, fordi der er adgang til supplerende oplysninger i en given sag hos relevante fagpersoner og samarbejdspartnere.

En anden måde at få tilført eller udvikle sin viden på er ved at benytte kollegial supervision. Denne mulighed foreligger i såvel Jobcenter København Skelbækgade som i Jobcenter Rødovre som et frivilligt tilbud. Ingen steder anvendes kollegial supervision systematisk:

"Hverdagen kører, og så bliver prioriteringen anderledes, men vi har mange gange talt om, at det kunne være rigtig godt at benytte kollegial supervision. Jeg vil så sige, at vi har et tæt kollegialt samarbejde og meget faglig sparring med hinanden".

En anden beskæftigelseskonsulent siger, at hun har arbejdet inden for beskæftigelsesfeltet i ti år og i den tid fået en bred viden om vidt forskellige målgrupper med sociale og sundhedsrelaterede problemer:

"Her har vi alt fra den ene til anden yderlighed - og ikke kun mennesker med skizofreni. Selv om vi ikke har fået et særligt kursus i at arbejde med psykisk syge borgere, har vi som socialrådgivere

lært at tage et individuelt skøn, om det så er en person med skizofreni, ADHD eller noget socialt, og bruge det som udgangspunkt for dialogen”.

6.3. Samarbejdet med og rundt om en borger med en psykisk lidelse

Borgerkontakten fylder forbavsende lidt i beskæftigelseskonsulenternes samlede tidsforbrug. De to beskæftigelseskonsulenter i Jobcenter Rødovre har deltaget i en undersøgelse, som Dansk Socialrådgiverforening har lavet af socialrådgivernes tidsforbrug i jobcentrene, og de nåede frem til, at de bruger 12 minutter pr. time til borgerkontakt. Resten af tiden bruges til administration og interne opgaver.

6.3.1. Procedure, tilbud og forsørgelsens varighed

Som udgangspunkt anvendes samme procedure, når borgere første gang møder op i jobcentret for at søge om kontanthjælp, uanset om de har flere problemer end ledighed, eksempelvis en psykisk lidelse.

Når det oplyses, at en borger har en psykisk lidelse og ikke umiddelbart er arbejdsmarkedsparat, vil vedkommende ved modtagelsen i Jobcenter København Skelbækgade blive placeret i match 2 og visiteret videre til det relevante team. I Jobcenter Rødovre henvises de unge i aldersgruppen 18 til 29 år med psykiske handicap til de to interviewede beskæftigelseskonsulenter.

Proceduren er som udgangspunkt ligeledes den samme, når jobcentret første gang indkalder en borger til en samtale. Når det er konstateret, at borgeren ikke kun har ledighed som problem, men også en psykisk lidelse, vil han eller hun blive visiteret til en samtale med en beskæftigelseskonsulent. I Jobcenter København Skelbækgade er det tilfældigt, hvilken beskæftigelseskonsulent den pågældende borger kommer til samtale hos.

Beskæftigelseskonsulenterne i Jobcenter Rødovre oplyser, at de også tager hjem til en borger, hvis den pågældende ikke ønsker at møde op i jobcentret. Tilsvarende kan der blive holdt møder hos OPUS med en borger og dennes kontaktperson.

De samme beskæftigelseskonsulenter fortæller, at det er meget individuelt, hvor ofte de mødes med en borger:

”Lovgivningsmæssigt skal vi jo se dem hver tredje måned, men når man er i en proces, hvor man skal finde et passende tilbud og etablere et samarbejde om det med en leverandør, ser vi borgerne noget oftere. Det kan være en gang om ugen eller hver fjortende dag alt efter behov”.

Jobcentret kan ligeledes have fået viden om en borgers psykiske lidelse via forudgående kontakt fra et behandlingstilbud. Det kan for eksempel dreje sig om en patient, der i forbindelse med udskrivelse skal have tilsendt et ansøgningskema om kontanthjælp.

En beskæftigelseskonsulent fortæller således, at hun har deltaget i enkelte udskrivningssamtaler på Psykiatrisk Center Sct. Hans og Bispebjerg Hospital. Disse samtaler har givet hende en større baggrundsviden og medvirket til at skabe bedre sammenhæng i forløbet for såvel de pågældende borgere som deres familier:

”Jeg ved ikke helt, hvilken effekt et forudgående møde har, udover at det kan være med til at afklare rollerne, og hvad borgeren kan forvente. Nogen gange har især de pårørende nogle forestillin-

ger om, hvad der er muligt, men hvor jeg må styre forventningerne og fortælle, at jeg ikke uden videre kan bevilge det, som de mener er rigtigt for borgeren”.

Behandlingen af en sag, der vedrører en borger med en psykisk lidelse, starter som nævnt typisk på samme måde som andre sager. Når det er klarlagt, at den pågældende har en psykisk lidelse, forsøger beskæftigelseskonsulenterne at danne sig et helhedsbillede af hans eller hendes situation med hensyn til helbred, familie, sociale relationer, uddannelse, faglig baggrund, økonomi, interesser m.m.:

”Der er ingen særlig procedure, når der er tale om en borger med en skizofrenilidelse. Borgerne opdeles ikke ud fra, om de har den eller den diagnose, og de visiteres heller ikke på en særlig måde. Det er klart, at hvis de kan vurdere i modtagelsen, at en borger, der henvender sig, har en særlig problematik ud over ledighed, så bliver vedkommende visiteret direkte herop til os. På den måde kan man godt sige, at der er en særlig procedure for netop de borgere, men visiteringen sker altså ikke på baggrund af en diagnose, men ud fra en vurdering af hvor tæt man er på arbejdsmarkedet, og om der er problemer ud over ledighed”.

Alle fortæller desuden, at borgerne bliver orienteret om, hvilke kompenserende foranstaltninger det kan være relevant at tage i henvendelse. Det afhænger dog af, hvor i forløbet en borger befinder sig. Hvis vedkommende er klar til at gå i gang med en eller anden aktivitet, bliver det nævnt, hvilke muligheder der er for at få støtte. Drejer det sig om praktik, kan det være relevant at koble en mentor på, hvis det er uddannelse, kan revalidering komme på dagsordenen.

Det afhænger af en konkret vurdering, hvilke aktiviteter der bliver taget i anvendelse og hvilke støttemuligheder som i så fald vil være relevante.

En beskæftigelseskonsulent nævner som et fællestræk, at der ofte bliver tænkt på kreative aktiviteter, når det drejer sig om unge kvinder med en psykisk lidelse. Det kan imidlertid være vanskeligt at finde et tilbud, der indebærer kreativ udfoldelse. Tidligere havde Jobcenter København Skelbækgade mulighed for at tilbyde aktiviteter på daghøjskoler, men deres tilbud er ikke længere omfattet af jobcentrets rammeaftale:

”Daghøjskolerne udgør et mindre og trygt miljø, og de fokuserer meget på at udvikle kursisternes sociale kompetencer. De psykisk sårbare mennesker, som vi ser i jobcentret, er nødt til at opbygge deres sociale kompetencer. Det gælder faktisk alle i skizofrenispektret. Mange har en gymnasial uddannelse, så de kommer ikke nødvendigvis fra en socialbelastet baggrund. Det er ikke problemet. Tværtimod er både pigerne og drengene tit kvikke, men det halter nogle gange på det sociale område, og det kan være rigtig svært at finde et tilbud, der passer. Hvis det skal være inden for det kreative område, har jeg med succes haft borgere ude på Kofoeds Skole i nogle meget individualiserede tilbud. Skolen kan både rumme de mennesker, som vi taler om her, og deres behandling og samtidig gøre noget meningsfyldt med dem”.

Den samme beskæftigelseskonsulent mener, at tilsvarende mønster gør sig gældende med hensyn til de mandlige borgere med en psykisk lidelse. De kan have haft en god skolegang og har måske også gennemført en ungdomsuddannelse, hvorefter de ikke kommer videre. Det kan være svært at finde et tilbud, der passer til dem i deres aktuelle situation, og derfor er jobcentret ikke altid i stand til at opfylde forventningerne hos borgere med en skizofreni- eller anden psykisk lidelse.

Det fremgår af interviewene med beskæftigelseskonsulenterne, at de sager, der involverer borgere med en skizofrenilidelse, i forløbet kan minde om andre sager, fordi skabelonen som udgangspunkt er den samme. De varer heller ikke nødvendigvis længere tid.

Forløbet kan dog være længere, hvis den samlede tid, hvor de pågældende borgere med en skizofreni- eller anden psykisk lidelse er på offentlig forsørgelse, indregnes.

For eksempel vil en borger, der har en psykisk lidelse, og som vurderes at være uddannelsesklar, formentlig søge om revalidering. Det vil kun blive bevilget, såfremt den pågældende også vurderes at være i stand til at gennemføre uddannelsen. På den ene side skal borgeren altså have en funktionsnedsættelse, på den anden side må den ikke være så fremherskende, at den forhindrer ham i at gennemføre uddannelsen.

Der er ikke statistik, som kan belyse, om borgere med psykiske lidelser, er længere tid på offentlig forsørgelse, for de kategoriseres ikke på grundlag af diagnoser. Nogle beskæftigelseskonsulenter skønner, at der er forholdsvis flere borgere med en lidelse i skizofrenispektret på revalidering og derfor på offentlig forsørgelse noget længere tid end andre.

6.3.2. Den tillidsskabende samtale

Det er en gennemgående udmelding i interviewene, at beskæftigelseskonsulenterne primært bruger den første samtale med en borger, der har en psykisk lidelse, til at skabe en tillidsvækkende relation. En beskæftigelseskonsulent beskriver tilgangen på følgende måde:

"Jeg begynder ikke at tale om job, uddannelse og hvad borgerne gerne vil på sigt den første gang, jeg møder dem, medmindre de selv bringer det på bordet. For mig handler det om at skabe en relation, der gør, at de har lyst til at møde mig igen. Specielt når det drejer sig om en borger med en lidelse i skizofrenispektret, er jeg meget bevidst om, hvordan jeg taler, og jeg har fundet ud af, at det er vigtigt at være så konkret som mulig. Jeg spørger også, om der er en person, som de fremadrettet gerne vil have med til samtalen, hvis de ikke allerede har en bisidder. Jeg oplever, at mange af dem har svært ved at fortælle, hvad deres begrænsninger består i, hvad de har lyst til, og hvad de er i stand til. Her er det rigtig godt at have en bisidder med fra for eksempel OPUS. Jeg ved også godt, at nogle af dem ikke kan tåle at høre ordet jobplan, så derfor er jeg meget omhyggelig med, hvordan jeg griber samtalen an, og hvilke ord jeg bruger".

Beskæftigelseskonsulenterne ved som regel på forhånd, om de borgere, som de skal tale med, har en psykisk lidelse. Det kan imidlertid ske, at der kommer en borger, om hvem det ikke fremgår af sagen, at han eller hun har en psykisk lidelse:

"Så forsøger jeg jo at gå lidt forsigtigt frem, hvis jeg har indtryk af, at der også er andre problemer end ledighed. Jeg synes, jeg har god erfaring med at håndtere den slags situationer og ikke bare komme frem med en stor og færdig plan, men lige så stille finde ud af, hvordan situationen er. Jeg spørger, hvad borgeren senest har været i gang med, om han eller hun har nogen uddannelse eller erhvervsmæssig erfaring, om der er kontakt med lægen eller andre steder, og så plejer folk at fortælle, hvad problematikken er".

Den samme beskæftigelseskonsulent nævner, at han forsøger at danne sig et overblik over borgers situation inden for den tidsramme, der er afsat til samtalen, "(...) og så har jeg hele tiden i baghovedet, hvilke tilbud der eventuelt vil kunne matche, og hvilken leverandør og hvilket timetal der vil passe til den pågældende borger. Jeg tænker også på, om vi bare skal bestille en afklaren-

de samtale, eller om jeg kan henvise til et forløb og hvilket i så fald - skal det være en jobpakke, en uddannelsespakke, en motivationspakke, en arbejdsprøvningspakke eller et særligt forløb?"

Han mener derfor, at det er nemmere, når man har en fast i stedet for en flydende sagsstamme, for det giver et bedre kendskab til de enkelte borgere.

Adskiller samtalen med en borger, der har en psykisk lidelse, sig så fra andre?

"Nej, det synes jeg ikke, den gør. Den er ikke hårdere eller specielt anderledes. Den er nogle gange lettere, fordi man ved, at der foreligger en diagnose, og så ved man jo ofte, hvad det handler om, fordi de er i behandling. De har også typisk en bisidder med, som ofte har en forestilling om, hvad de gerne vil, og så prøver vi at møde hinanden. Altså, det er sjældent, at jeg møder borgere inden for skizofrenispektret, der er så dårlige, at vi ikke kan tale sammen om, hvad det betyder at være på kontanthjælp, og hvad deres sygdom betyder for dem. Mit fokus vil jo altid være uddannelse eller beskæftigelse. Det kan være lidt sværere at have samtaler med borgere, som ikke er i behandling for noget som helst, men hvor det er tydeligt, at de har et behandlingsbehov. I de tilfælde er vores muligheder begrænsede".

En anden beskæftigelseskonsulent udtrykker det på den måde, at der naturligvis bliver taget særlige hensyn, når man bliver klar over, at en borger har problemer ud over ledighed. Den pågældende bliver ikke blot automatisk sendt ud i en eller anden aktivitet, men det bliver afklaret, om den plan, der kan komme på tale, er relevant og realistisk.

Møderne med de enkelte borgere varer i gennemsnit ca. en halv time. Det gælder tillige personer med en psykisk lidelse. Derudover bliver der brugt yderligere en halv time til at lave papirarbejdet, for eksempel en jobplan eller en sygeplan, bestille den aktivitet, der er aftalt, korrespondere med forskellige involverede i sagen m.v.

Flere beskæftigelseskonsulenter tilkendegiver, at borgere med en psykisk lidelse har svært ved at rumme ret meget i særlig lang tid, hvilket også er en grund til, at møderne er kortvarige, "(...) for ellers risikerer man, at de står af, og så er det bisidderen, man sidder og taler med".

En beskæftigelseskonsulent nævner et par sager, som illustrerer, hvorfor det nogle gange er nødvendigt at holde mange møder og andre gange færre:

- Den første vedrører en ung mand, der lige har fået stillet en psykiatrisk diagnose, og som først ville starte på et bestemt VUC og tage et fag. Så ændrede han mening og ville i stedet starte på et andet VUC, derefter et tredje, ligesom han løbende skiftede opfattelse med hensyn til, hvilke fag han ville følge. Midt i det hele oplyste han, at han havde talt med sin psykiater om, at han ville beskæftige sig med noget helt andet. Hans tilstand gjorde, at det var nødvendigt at holde mange møder ud over det ene obligatoriske hver tredje måned, ligesom planerne hele tiden blev ændret.
- Den anden sag drejer sig om en borger, der har været i kontanthjælpssystemet, fra han var 18 år. Han er nu ved at blive afklaret med henblik på at få pension. Processen har hidtil været i ti måneder, og i den periode har han og beskæftigelseskonsulenten kun mødtes hver tredje måned, som de skal i henhold til lovgivningen. En medvirkende årsag til både varigheden og mødefrekvensen er, at der skulle fremskaffes en speciallægeerklæring, så de sidste spørgsmål kunne afklares.

6.4. Samarbejdet mellem beskæftigelseskonsulent, borger og OPUS

En del patienter i OPUS har været i beskæftigelsessystemet i lang tid, i nogle tilfælde i flere år. De har derfor også hyppigt oplevet at skulle skifte beskæftigelseskonsulent eller sagsbehandler:

"Vi prøver naturligvis at gøre overgangen så nem som muligt, men indimellem er vi nødt til at rokke om på sagerne, fordi nogle medarbejdere stopper eller får andre opgaver. Det er faktisk præmissen. Når vi ved det, forsøger vi at forberede borgerne på det, og vi prøver også at være meget opmærksomme på at sige til dem, at vi håber, at de får ens behandling af alle her i afdelingen. Det er det, vi kan gøre. Vi er nødt til at stå inde for hinandens faglighed, empati og rummelighed og fortælle, at det ikke vil få nogen betydning, at der kommer en ny sagsbehandler ud over, at de vil se et nyt ansigt. Der kan selvfølgelig sagtens være noget, som går tabt, men på den anden side oplever vi også nogle gange, men ikke nødvendigvis når der er tale om en borger med skizofreni, at det kan være meget godt, at der kommer en ny, som ser på tingene med friske øjne. Der kan ligeledes være situationer, hvor man ikke helt er på bølgelængde med hinanden, og hvor det derfor er godt, at der kommer en ny".

Hvis der sker en ændring i et forløb, vil OPUS typisk blive involveret, såfremt den pågældende borger er i behandling hos OPUS. Omvendt vil jobcentret få besked, hvis behandlingsforløbet ændres, eller hvis borgeren er i gang med en aktivitet, som måske ikke fungerer eller skal afbrydes. Det forudsætter dog i alle tilfælde, at både jobcentret, OPUS og en eventuel 2. aktør husker at informere om ændringerne.

Der eksisterer ingen fast rutine, som sikrer en automatik i kommunikationen mellem jobcentret og eventuelle eksterne parter, tilbud m.v.

Alle interviewede beskæftigelseskonsulenter har en positiv holdning til, at en borger dukker op med en bisidder:

"Det skal de være meget velkomne til. Det må man gerne, sådan har det altid været, og det ser jeg ikke noget problem i. Det er blot vigtigt, at bisidderen er bevidst om, at samtalen drejer sig om borgeren. Jeg har oplevet nogle situationer, hvor bisidderen måske går lidt for meget ind i sagen. En bisidder kan jo både være en fagperson fra en institution eller et tilbud, som vi samarbejder med, eller et familiemedlem. Især i sidstnævnte tilfælde kan det undertiden være nødvendigt at bremse lidt op eller fortælle forældrene, at det er altså borgeren, jeg taler med. Men ellers har jeg ikke noget imod, at der er en bisidder med. Det synes jeg er fint".

Flere beskæftigelseskonsulenter er inde på, at de ofte kun har en sporadisk kontakt med borgeren og henviser i den forbindelse til, at det i princippet kun sker hver tredje måned. De ved også, at mange borgere med en psykisk lidelse har svært ved at gennemskue systemet, og at nogle af dem er nervøse for at møde myndighederne.

Nervøsiteten medfører måske, at nogle har vanskeligt ved at koncentrere sig og forstå, hvad der foregår på mødet. De pågældende beskæftigelseskonsulenter betragter det derfor som en styrke, hvis der er en bisidder med, for han vil efterfølgende kunne fortælle og "oversætte", hvad der er besluttet på mødet, og hvad der videre skal ske.

Når der er tale om borgere, som er tilknyttet OPUS, er der ofte en bisidder med fra det relevante OPUS-team.

De fleste beskæftigelseskonsulenter fortæller, at der er et godt samarbejde mellem jobcentret og OPUS, selv om det ikke er formaliseret. Jobcentret får for eksempel ikke automatisk besked om borgere, der er på kontanthjælp, og som bliver indskrevet i OPUS.

Der er dog også mislyde, som tyder på, at samarbejdet indimellem foregår mindre gnidningsfrit:

"OPUS tager udgangspunkt i, hvad borgeren har lyst til, og hvad han eller hun gerne vil, koste hvad det vil. Hvis en borger for eksempel siger: 'Jeg vil være designer', ja, så bliver det ønske fulgt til dørs. Kontaktpersonerne i OPUS ved udmærket godt, at vi har en lovgivning, der siger, at det ikke er muligt at blive designer, for arbejdsmarkedet har ikke brug for designere, og vi kan kun revalidere til uddannelser, som der er arbejde til".

Nogle beskæftigelseskonsulenter giver udtryk for, at kontaktpersonerne i OPUS mangler forståelse for, hvilke rammer jobcentret må arbejde indenfor. De mener, at det er ærgerligt at give borgeren udsigt til noget, som absolut ikke kan imødekommes. En beskæftigelseskonsulent tilføjer:

"Det er jo ikke, fordi vi ikke gerne vil, men vi har en lovgivning, der siger, at det kan vi ikke, og det skylder de [OPUS] at fortælle deres borgere: 'Det kan godt være, at du vil det og det, men det kan jobcentret ikke hjælpe dig med, så hvis du gerne vil det, jamen, så må du gå andre veje'. Jeg tror simpelthen, at OPUS har alt for høje forventninger til, hvad der er muligt. Vi kan ikke indfri dem, og så slås de med næb og klør for, at deres borgere skal få ret. Her er vi undertiden meget uenige i, hvad der er deres ret, og når vi så beder om at få nogle lægelige oplysninger, er de ikke brugbare. Det er taget ud af borgerens mund om, hvor godt han eller hun har det. Jeg tror ikke altid, at de har det så godt, som det bliver beskrevet, men de ønsker det bedste for deres klienter".

Andre forklarer den lejlighedsvis uenighed mellem OPUS og jobcentret med deres forskellige roller:

"Vi ser på borgeren fra to forskellige stole. Jobcentret er i modsætning til OPUS også en myndighed, der indimellem står i den situation at skulle bruge en sanktion mod en borger på kontanthjælp. Her kan vi godt opleve, at kontaktpersonerne fra OPUS har et andet syn på deres borgere, og at de meget gerne vil tale deres sag: 'Jamen, du må da nok kunne forstå, at revalidering er den eneste vej...', hvor jeg må sige, at det kan jeg ikke uden videre tage stilling til, og at det ikke er noget, der bare kan blive sat i værk her og nu, selv om det sagtens kan være relevant, så lad os komme i gang med at undersøge det. På den måde adskiller kontaktpersonerne sig ikke fra andre fagpersoner. Vi møder for eksempel mange unge, der bor i socialpædagogiske botilbud, og mange af de socialrådgivere og socialpædagoger, som arbejder dér, bakker også op om deres beboere".

Beskæftigelseskonsulenterne efterlyser derfor, at de bliver inddraget på et tidligere tidspunkt i et forløb med en borger, som er i et behandlingstilbud hos OPUS:

"Vi synes, at vi bliver inddraget for sent. OPUS kommer ofte med nogle færdige beskæftigelsesplaner, og så sker der desværre nogle gange det, at vi ikke kan gå ind i de planer, fordi de simpelthen falder uden for det, som vi kan ifølge lovgivningen. Det er meget skidt, at der er en forventning hos patienterne i OPUS om, at alt er klappet og klart. Det er selvfølgelig ikke sjovt at give afslag på nogle af de planer, og det giver anledning til meget dårlig stemning. Der er følelser på spil, så det spidser hurtigt til. Der er naturligvis dem, som mener, at deres læsning af lovgivningen er den korrekte. Det gør vi, og det gør OPUS. Der er i hvert fald et forbedringspotentiale på det område med hensyn til samarbejde om at afstemme forventningerne".

Det er et spørgsmål om at afklare forventningerne så tidligt som muligt for at undgå at skuffe en borger, der har fået den opfattelse, at et initiativ, som er udtænkt i forbindelse med et behandlings-tilbud i OPUS, uden videre vil blive godkendt af jobcentret.

Det er jobcentrets opgave at lave jobplanen og tage stilling til, hvad der kan bevilges. Beskæftigelseskonsulenterne henstiller derfor, at OPUS ikke kommer med færdige planer, men af hensyn til borgeren inddrager jobcentret på et tidligere tidspunkt.

Beskæftigelseskonsulenterne mener, at OPUS handler ud fra en absolut god hensigt. Kontaktpersonerne vil selvfølgelig gerne hjælpe deres patienter videre på en god måde, og de har måske svært ved at sige nej til en idé, som en borger har fået med hensyn til uddannelse eller arbejde.

Her opstår skismaet måske set ud fra beskæftigelseskonsulenternes perspektiv, for de skal hele tiden overveje, om ideen er realistisk, og om den vil resultere i, at borgeren får en uddannelse eller kommer i gang med et arbejde. En beskæftigelseskonsulent beskriver problemstillingen på denne måde:

"Vi hjælper altså ikke til med alt muligt. Det skal være noget, der kan føre til selvforsørgelse".

Kommunikationen kan tilsyneladende især blive besværlig i forbindelse med valg af uddannelse. Her mener flere beskæftigelseskonsulenter, at der er en tendens til, at revalideringsberettigede borgere med en skizofrenilidelse overvurderer, hvad de magter.

De er endvidere tit interesseret i at komme i gang med kreative fag eller uddannelser som for eksempel kunsthistorie, som jobcentret ikke har mulighed for at indsluse til ifølge lovgivningen. Jobcentret skal først og fremmest vægte korte uddannelser, som med en vis sandsynlighed kan føre til beskæftigelse.

Uenigheden kan nogle gange være så stor, at den først afklares ved en klagesag. Jobcentret vurderer eksempelvis, at en borger har brug for mere behandling, før han kan klare et studieforløb. Den vurdering kan den pågældende borger være helt uenig i.

Omvendt mener jobcentret måske, at en borger er så velbehandlet, at han bør kunne klare sig på ordinære betingelser, det vil sige bliver ligestillet med andre studerende. En følge af denne vurdering er, at jobcentret ikke skønner, at den pågældende borger har behov for revalideringsstøtte. Også her kan der være tale om et skøn, som borgeren er uenig i. En beskæftigelseskonsulent vurderer, at jobcentret får medhold i 98 til 99 pct. af de klagesager, som rejses.

De fleste beskæftigelseskonsulenter mener på trods af - eller måske snarere på grund af - ovennævnte mislyde, at samarbejdet med OPUS med fordel vil kunne udbygges, og flere peger på, at det bør formaliseres.

Det vil eksempelvis være godt, hvis det noteres i jobcentrets sagsmappe, at en borger er i et forløb hos OPUS. Det gælder som et aktivt tilbud at være i OPUS i to år, og derfor behøver den pågældende borger ikke at komme ud i et andet tilbud. Jobcentret ved imidlertid ikke altid, om en borger er i et forløb hos OPUS, og hvornår det er startet.

Et andet forslag går ud på at etablere et kontaktforum eller netværk mellem jobcentret, socialcentret, ydelsescentret, OPUS og andre aktører. Netværket skal ikke holde møder, for dem er der

mange af i forvejen, men det skal gøre det muligt at få overblik over og hurtig adgang til de forskellige medarbejdere, som kan være involveret i en borgers sag.

En del beskæftigelseskonsulenter nævner, at de godt er klar over, at både borgere og kontaktpersoner i OPUS bruger meget tid på at komme i telefonisk kontakt med dem. Den tid kunne måske reduceres, hvis der blev etableret en "mekanisme" i form af et netværk til at fremme kommunikationen.

Et tredje forslag drejer sig om at skabe tættere forbindelse mellem OPUS og eksterne aktører, så en borger med en lidelse i skizofrenispektret kan få mulighed for at komme i et "delt" beskæftigelses- og behandlingsforløb. Det er dog uklart, hvordan et sådant borgerforløb vil kunne tilrettelægges i praksis, og hvordan ressourceallokeringen mellem tilbud og administration skal være.

6.5. Det arbejdsmarkedsrettede perspektiv

Hvor realistisk er det, at voksne unge i skizofrenispektret kommer i arbejde?

Beskæftigelseskonsulenterne kan godt følge de mange, der mener, at det vil være optimalt, hvis et ungt menneske får en uddannelse, kommer i gang med et arbejde og opnår et helt normalt liv til trods for en psykisk lidelse. De tilføjer imidlertid, at deres erfaring er, at det er svært.

En beskæftigelseskonsulent skønner, at halvdelen af de borgere, som hun har været i kontakt med, og som har en psykisk lidelse, har fået pension, ca. 30 pct. har fået et fleksjob, og den sidste femtedel er ved at blive afklaret. Hun siger selv, at 30 pct. ikke er så ringe endda, og at det ville være fantastisk, hvis endnu flere kunne få et fleksjob.

Uddannelse rummer en særlig problemstilling i relation til borgere med en psykisk lidelse. Selv om mange af dem har intellektuelle ressourcer, der som udgangspunkt gør dem i stand til at gennemføre en uddannelse, risikerer de at falde fra, fordi de måske bliver overladt til sig selv i større grad end andre.

Grunden er, at uddannelsesinstitutionerne ikke er gearet til at opfylde skånebehovene hos et menneske med en psykisk lidelse. De vil derfor have sværere ved at udvise rummelighed over for studerende, som kan være fuldt på højde med andre med hensyn til intelligens, men som på grund af deres lidelse kan ændre personlighed i løbet af et øjeblik. Det skal man kunne håndtere, og det er måske nemmere på en mindre arbejdsplads, hvor der er mulighed for at skabe en struktur om en medarbejder med en psykisk lidelse.

Mange af de interviewede patienter har en gymnasial uddannelse, og andre er i gang med eller planlægger at starte på en ungdomsuddannelse, typisk hf. Det er muligt at tage hf på deltid, men ikke en voksenuddannelse. Det er derfor vanskeligt for de fleste voksne unge med en lidelse i skizofrenispektret at gennemføre en mellem- eller lang videregående uddannelse.

Beskæftigelseskonsulenterne mener ligeledes, at det er vanskeligt at fastholde beskæftigede, som får stillet en psykiatrisk diagnose, i arbejde. Det er sjældent, at de møder en borger i den situation, og de få eksempler afspejler typisk flerårige forløb med utallige indlæggelser på psykiatriske afdelinger samt ophold i botilbud uden at være i stand til at magte almindelige praktiske gøremål o.l.:

"Mange mennesker med en lidelse i skizofrenispektret eller en anden psykisk sygdom har været i kontakt med behandlingssystemet, siden de var otte eller ni år, og de har aldrig været bare i nær-

heden af arbejdsmarkedet. De har som regel heller ikke fået nogen særlig uddannelse, og mange af dem har meget stor gæld. Deres dårlige økonomi er et af de helt store problemer, og det ville da være fantastisk, hvis vi kunne få dem i arbejde og endnu mere fantastisk, hvis de også kunne fastholde et job. Jeg oplever, at jeg er med til at stresse dem, fordi jeg skal have samtaler med dem hver tredje måned, og det opleves jo hurtigt som en kontrol, lige meget hvor venlige og hvor gode vi synes, vi er. Nå, ja, vi gør meget for at det ikke skal blive sådan, men nogle af dem synes jeg bare, at de skal på pension for at få et bedre forsørgelsesgrundlag, og så kan det da godt være, at de om fem eller ti år har fået det bedre, men hvorfor skal de være i systemet så længe?"

Den største udfordring, når det drejer sig om borgere med en skizofrenilidelse i relation til arbejdsmarkedet, er ifølge beskæftigelseskonsulenterne, at man ikke ved, hvor velfungerende de kan blive. Man ved, hvor de er, når man møder dem, men man ved ikke, hvor de ender. Den psykiske lidelse er en ubekendt faktor, og derfor bliver forløbet uforudsigeligt.

Mange af de unge, der kommer i jobcentret, og som har en skizofreni- eller en anden psykisk lidelse, har en forventning om, at de bliver selvforsørgende på et eller andet tidspunkt. Beskæftigelseskonsulenterne mener imidlertid, at det er et åbent spørgsmål. Det samme gælder med hensyn til mulighederne for at gennemføre en uddannelse. Det kan godt være, at det lykkes for flere af dem, men efterfølgende er det usikkert, om de er i stand til at få og fastholde et arbejde.

En anden stor udfordring er mangel på tid. Jobcentret er for eksempel underlagt regler om rettidighed i forbindelse med jobsamtaler, der skal afholdes hver tredje måned. Hvis reglerne var mere fleksible, kunne man måske følge op hver måned over for borgere, der har en psykisk lidelse, og som har behov for tættere opfølgning. Andre borgere, der har mindre behov for den tætte opfølgning, kan muligvis nøjes med et møde hver sjette måned. De nuværende regler forhindrer imidlertid, at forløbene tilrettelægges med en individuel og fleksibel opfølgning.

Når beskæftigelseskonsulenterne vurderer, om en borger med en lidelse i skizofrenispektret har en arbejdsevne, foregår det på samme måde som med andre borgere, der har helbreds-mæssige vanskeligheder. De indhenter lægelige oplysninger, og de bliver brugt som grundlag for at vurdere, om den pågældende borger kan medvirke i for eksempel en arbejdsprøvning.

Borgerens helbredsoplysninger bliver vurderet af en psykiatrisk speciallægekonsulent og efter omstændighederne tillige af en somatisk lægekonsulent. Det bliver i den forbindelse tillige vurderet, om de behandlingsmæssige muligheder er udtømte.

Udgangspunktet er, at der bliver henvist til en arbejdsprøvning, når en borger er færdigbehandlet, medmindre lægekonsulenten vurderer, at det vil være kontraindicerende, fordi det vil kunne forværre situationen. Alternativt forsøger man at tilrettelægge en skånsom og bred arbejdsprøvning for at afklare mulighederne i forhold til arbejdsmarkedet.

Det kommer sjældent på tale at benytte kompenserende foranstaltninger - eksempelvis personlig assistance i erhverv, løntilskud, tidsbegrænset almindelig mentorfunktion, social mentorfunktion, arbejdspladsindretning m.m. - over for borgere med en lidelse i skizofrenispektret. Årsagen er, at støtteordningerne især anvendes, når der er tale om borgere, som er tættere på arbejdsmarkedet, måske i arbejde, og hvor det drejer sig om at fastholde det.

Jobcentret vil typisk hjælpe en ledig borger med en psykisk lidelse ved at anvende praktik eller tilknytte vedkommende til en 2. aktør i et tilbud. Den pågældende 2. aktør eller leverandør vil følge op over for borgeren og på den måde fungere som en slags mentor.

Beskæftigelseskonsulenterne oplever som tidligere nævnt ikke, at samtalerne med borgere med en psykisk lidelse er specielt problemfyldte. Det begrundes de med, at der ikke bliver sat noget i gang, medmindre de og de pågældende borgere er enige om, at det er realistisk. Derfor mener de, at der er tale om en fælles plan.

Når det drejer sig om borgere, som har problemer ud over ledighed, fokuserer beskæftigelseskonsulenterne først og fremmest på at afklare forudsætninger og muligheder. Det er de pågældende borgere lige så interesseret i, mener de. Derfor er borgerne som regel motiveret for at medvirke i de meget milde og skånsomme forløb, der kan blive tilrettelagt, inden det bliver muligt at gennemføre en mere konkret afklaring.

Beskæftigelseskonsulenternes synspunkter om sandsynligheden for at få en ledig borger med en psykisk lidelse i arbejde kan sammenfattende forsigtigt tolkes på den måde, at den er nærmest ligefrem proportional med muligheden for at etablere et velfungerende samarbejde mellem 1) jobcentret som myndighed, 2) den enkelte borger og 3) aftagerne i form af virksomhederne.

De antyder dog samtidig, at det er vanskeligt at forene disse tre aktører - myndighed, borger og virksomhed.

En beskæftigelseskonsulent beskriver i den forbindelse jobcentrets rolle på denne måde med et blink i øjet:

"Der er dem, som mener, at det kun tager tre måneder at lave almindelige velfungerende mennesker om til klienter i det her system. Det er måske rigtigt, for det er et formynderisk system. Vi er en meget stærk myndighed, som træffer voldsomme afgørelser, og det piller uundgåeligt noget ud af folk. Det er da ydmygende at stå model til afgørelser, som har så voldsom indgriben i ens liv. Det forudsætter et meget stærkt selvværd hos enhver, der kommer i kontakt med systemet, og det har langtfra alle. Så jo færre der kommer her, desto bedre".

Borgerens indsats afhænger meget af den motivation, som vedkommende er i stand til at mobilisere. I den forbindelse er flere beskæftigelseskonsulenter inde på, at motivationen nok ikke skal overspilles. De mener, at jobcentret ud over at være myndighed også kan fremme motivationen ved at gøre brug af forskellige støtteordninger, hvor det er muligt og relevant, og "bestikke", som en beskæftigelseskonsulent udtrykte det, virksomheder på alle mulige måder ved hjælp af løntilskud, fleksjob m.m.

De tilføjer imidlertid, "(...) at der skal være plads på arbejdsmarkedet, og vi kan ikke uden videre trylle de pladser frem. Der findes masser af virksomheder, som er rigtig gode til at skaffe plads, men det går op og ned, og det gik fint for et par år siden, hvor der var højkonjunktur, men nu ser vi mange af dem her igen. Mange af vores ledige borgere med en psykisk sygdom vil kunne komme ud i støttede job i perioder, men det er klart, at netop den gruppe hører til blandt de svageste, og de vil på et tidspunkt blive skudt i skoene, at deres produktivitet ikke er god nok, også selv om de er på løntilskud. De borgere, som vi får 'lusket' ud i virksomhederne på løntilskud, ved også godt selv, at de er i støttet beskæftigelse, og det kan godt give dem en følelse af ikke at høre til blandt kernemedarbejderne. Det er igen det her med selvværdet, så vi skal tage stilling til et miks af komplicerede problemer, når det drejer sig om psykisk sårbare borgere og deres muligheder på arbejdsmarkedet".

Bilag 1: Interessenter og spørgeguides

Dette bilag indeholder tre spørgeguides, der blev brugt som udgangspunkt for interviews med henholdsvis:

- 32 patienter tilknyttet optagelsesområderne for OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet.
- 9 kontaktpersoner i ovennævnte tre OPUS-teams.
- 8 beskæftigelseskonsulenter og fagpersoner i Jobcenter København Skelbækgade i Københavns Kommune, Jobcenter Rødovre samt Team Handicap og Socialpsykiatri i Fredensborg Kommune.

De 49 interviewpersoner er tilsikret fuld fortrolighed, og deres svar er anonymiseret i rapporten.

Spørgeguide - patienter

Interviewet tager udgangspunkt i interviewpersonens personlige historie og har til formål at afdække hans eller hendes erfaringer med jobcentrene.

Målet er at opnå viden om, hvilken effekt jobcentrenes vejledning har på interviewpersonernes motivation til at fastholde eller forsøge at opnå en varig tilknytning til arbejdsmarkedet.

Indledende spørgsmål

1. Hvad er dit navn?
2. Hvor gammel er du?
3. Hvilken uddannelsesbaggrund har du? (Den senest afsluttede uddannelse). Hvornår blev den afsluttet?
4. Hvad er din diagnose? Hvornår blev den stillet?
5. Påvirker lidelsen din arbejdsevne? I givet fald på hvilken måde?
6. Er du i gang med en uddannelse? Hvilken?
7. Hvordan er dine muligheder for at gå i gang med en uddannelse? Bliver du støttet? Af hvem og på hvilken måde?

Kontakten med jobcentret

De næste spørgsmål handler om interviewpersonens oplevelse af den første kontakt med jobcentret

8. Har du haft job, siden du afsluttede din uddannelse? Hvilke?

9. (Hvis i arbejde) hvordan søgte du jobbet? Via et stillingsopslag, jobcentrene? Eller på anden måde?
10. Var det dit eget ønske at komme i arbejde eller i uddannelse?
- Hvor fik du inspiration fra?
11. Har jobcentret bistået dig med at finde et job? Hvis ja, på hvilken måde?
12. Hvordan kom du i kontakt med jobcentret? (På egen hånd, gennem behandlingsforløb, eller andet?)
13. Hvordan foregik den første kontakt til jobcentret?
- Mødte du op alene?
 - Hvem tog imod dig?
 - Hvordan blev du taget imod?
14. Fortalte du om din lidelse med det samme? Hvis ja, hvorfor?
- Var du i stand til at beskrive din lidelse?
 - Var du i stand til at beskrive dit skånebehov i forbindelse med et job?
 - Oplevede du forståelse og accept fra sagsbehandleren vedrørende dit behov for støtte/kompensation i forbindelse med et job?
- Hvis nej, hvorfor ikke?
15. Hvordan foregår den løbende kontakt med jobcentret?
- Hvordan bliver der fulgt op på det, du er i gang med? (Personligt fremmøde, telefonisk, sms, e-mail, brev?)
 - Skal du selv henvende dig?
 - Hvad foretrækker du?
16. Forstår du indholdet i de breve, du modtager fra jobcentret? Hvis nej, hvad kunne gøre dem mere forståelige?
17. Hvor mange sagsbehandlere/beskæftigelseskonsulenter har været involveret i din sag? Har der været for få/for mange?
18. Hvordan griber sagsbehandlerne/beskæftigelseskonsulenterne samtalen an med dig? Giver den mening for dig?
19. Var der i øvrigt noget i din første kontakt med jobcentret som du særligt husker? (Specielle hændelser, gode eller dårlige oplevelser?)

Miljøet i jobcentret

De næste spørgsmål handler om interviewpersonens oplevelse af atmosfæren i jobcentret

20. Hvordan oplever du det at komme i jobcentret?

- Er det noget du ser frem til? Forklar hvordan/hvorfor.
- Hvordan er det at sidde og vente?
- Er der reception/venteværelse? Er der ventetid? Er der andre ventende?
- Hvordan oplever du at blive modtaget ved skranken?
- Hvor foregår selve samtalen? Er det et behageligt/ubehageligt sted?
- Hvad synes du om atmosfæren generelt på jobcentret?

21. Oplever du at blive:

- Hørt?
- Forstået?
- Respekteret?

22. Oplever du, at der tales om det, som du gerne vil tale om?

23. Oplever du, at jobcentrets måde at arbejde på passer til dig?

24. Hvilken oplevelse har du af samtalen, når du forlader jobcentret?

Samarbejdet med jobcentret

De næste spørgsmål handler om de tilbud, som interviewpersonen har modtaget fra jobcentret

25. Hvilke af jobcentrets tilbud har du prøvet? (Løntilskud, revalidering, arbejdsprøvning/praktik, aktivering, andet)

- Hvilke formål havde de enkelte tilbud?
- Hvor længe varede de?

26. Hvilke af tilbuddene har du været specielt glad for og hvorfor? (Og omvendt, hvilke har fungeret mindre godt?)

27. Har der været fulgt op på de tilbud du har været i? På hvilken måde?

28. Er du blevet godt informeret om jobcentrets tilbud om at komme i arbejde eller uddannelse?

Kender du eksempelvis til eller har du hørt om følgende:

- Ressourceprofil
- Løntilskud
- Skåne-/fleksjob
- Arbejdsprøvning
- Virksomhedspraktik/-revalidering
- Uddannelsesrevalidering
- Tilskud til hjælpemidler
- Mentorordning (på arbejdspladsen)
- Kontaktperson
- Kurser
- Opkvalificering

- Personlig assistance ordningen (efter juli 2007)

Er der tilbud, du savner?

29. Hvordan har samarbejdet været mellem dit behandlingssted og jobcentret?
30. Ved du, om jobcentret samarbejder med andre aktører? (for eksempel private aktører, rekrutteringsvirksomheder, vikarbureauer m.m.?)
31. Hvilken betydning har jobcentrets samarbejde med andre aktører for dig?
32. Hvilken betydning oplever du, at dit samarbejde med jobcentret har haft/har for din behandling?
33. Hvilken type job eller uddannelse ønskede/ønsker du dig?
- Hvilken branche, arbejdsopgaver og timeantal?
34. Oplever du, at dine ønsker med hensyn til job eller uddannelse passer med det, som jobcentrene kan tilbyde?
35. Har du særlige behov i forbindelse med din diagnose, som jobcentrets medarbejdere har været opmærksom på i vejledningen af dig? (Har du eventuelt oplevet manglende opmærksomhed?)
36. Har dine forventninger eller ønsker med hensyn til arbejde og uddannelse ændret sig i løbet af dit samarbejde med jobcentret? Hvordan?
37. Er der i øvrigt noget, som du især har været glad for eller har savnet i dit samarbejde med jobcentret?
38. Kunne du forestille dig at bruge jobcentrets tilbud i fremtiden, hvis du igen bliver ledig?

Jobcentret og interviewpersonens job

De næste spørgsmål stilles, såfremt interviewpersonen er i arbejde, og handler om den rolle, som jobcentret har spillet i forbindelse med ansættelsen

39. Har du søgt flere stillinger, før du fik dit arbejde? Hvis ja, hvilke typer? Hvis nej, hvorfor ikke?
40. Oplyste du i ansøgningen, at du har en psykiatrisk diagnose? Hvis ja, hvorfor? Hvis nej, hvorfor ikke?
41. Hvilken rolle spillede jobcentret i forbindelse med udarbejdelsen af ansøgningen og ansættelsessamtalen?
- I udarbejdelsen af ansættelseskontrakten og tildeling af arbejdsopgaver?
 - Bliver der fulgt op på forløbet? På hvilken måde? Hvordan oplever du opfølgningen?
42. Har jobcentret forberedt dig på, hvordan du kan blive integreret i det sociale miljø på arbejdspladsen? Hvis ja, hvordan? Hvis ikke, har du savnet det?
43. Har du haft kontakt med jobcentret siden ansættelsen? Hvis ja, hvornår og hvor ofte?

44. Hvis der har været kontakt mellem dig og jobcentret, hvordan er den så foregået, og hvad har været formålet?
45. Hvis der har været problemer på din arbejdsplads eller din uddannelsesinstitution, har jobcentret bistået med at håndtere disse problemer? Hvis ja, hvem har hjulpet dig? Hvordan er det sket? Hvis ikke, har du savnet det?
46. Hvordan tror du, at jobcentret opfatter dine ressourcer og din værdi for arbejdsmarkedet?
47. Har det indimellem været nødvendigt at rydde fordomme af vejen både hos jobcentret, dine kolleger og hos dig selv? Nævn eksempler.

Afsluttende

48. Hvordan mener du, at jobcentret kan gøre det lettere for mennesker med en psykisk lidelse at deltage aktivt på arbejdsmarkedet?
49. Hvad kan omvendt gøre det sværere?
50. Hvad mener du, at jobcentret kan bidrage med for at synliggøre mennesker med en psykisk lidelse som en ressource på arbejdsmarkedet?
51. Hvilken særlig viden bør beskæftigelseskonsulenter besidde for at kunne hjælpe mennesker med en psykisk lidelse i arbejde?
52. Har du et godt råd til jobcentrene?

Spørgeguide - kontaktpersoner

Interviewene med kontaktpersonerne i OPUS har til formål at perspektivere patienternes fortællinger om deres erfaringer med og relationer til jobcentrene og arbejdsmarkedet.

Indledende spørgsmål

1. Hvad er dit navn?
2. Hvilken uddannelse har du?
3. I hvilket OPUS-team er du ansat?
4. Hvad er din stilling i OPUS?
5. Ansættelse: Hvor længe har du været ansat i det pågældende OPUS-team?
6. Psykiatri: Hvor længe har du arbejdet med mennesker med en psykisk lidelse?
7. Ledsagelse: Ledsager du patienter til samtaler i jobcentret? Hvor ofte? Hvorfor?

Patienterne og arbejdsmarkedet

8. Hvor mange af dine patienter har været i arbejde?
9. Motivation: Er dine patienter motiveret for at komme i arbejde? Hvis ikke, hvad er da grunden? Hvis ja, hvordan kan du hjælpe dem?
10. Har du kendskab til de kompenserende ordninger - støttemuligheder - i form af personlig assistance i job, mentorordning på arbejdspladsen eller social mentorfunktion? Formidler du i givet fald information om disse støttemuligheder til patienten? Bistår du patienten med at gøre brug af dem?
11. Motivationsforskel: Er der forskel på motivationen for at få et job hos patienter med og uden erfaring med arbejdsmarkedet? Hvordan kommer forskellen til udtryk, og hvad er årsagen?
12. Hvornår i behandlingsforløbet bliver spørgsmålet om arbejde typisk bragt på bane? Er det dig eller patienten, der begynder at tale om job som en mulighed?
13. Hvilken betydning for behandlingsforløbet har spørgsmålet om arbejde?
14. Hvad er efter din mening den helt afgørende barriere for at fastholde beskæftigede personer med en diagnose i skizofrenispektret i arbejde? Hvad mener du kan fremme arbejdsmarkeds-tilknytningen?

Patienterne og jobcentret

15. Hvor mange af dine patienter er tilknyttet et jobcenter? Hvilket jobcenter?
16. Hvad er dit indtryk af beskæftigelseskonsulentens ellers sagsbehandlerens forståelse for patientens sygdom og ønsker med hensyn til arbejde? Bliver der givet udtryk for forståelse?
17. Hvilke forventninger har patienterne, før de skal til samtale i jobcentret?
18. Italesættelse af vanskeligheder: Er patienten i stand til at fortælle beskæftigelseskonsulenten eller sagsbehandleren om sine vanskeligheder og mulige måder at afhjælpe dem på?
19. Hvad er patienternes oplevelse af samtalerne, efter at de har fundet sted?
20. Har jobcentrets behandling af patienterne nogen betydning for behandlingsforløbet i OPUS? Hvordan kommer det til udtryk?
21. Er der forskel på den behandling, som patienterne får i jobcentret, henholdsvis andre relevante kommunale afdelinger, for eksempel sygedagpengeafdelingen? Hvad er i givet fald forklaringen på denne forskel?
22. Vurdering af jobcentret: Hvad mener du, at jobcentret er god til i relation til ledige personer med en debuterende psykose? Hvad mener du, at jobcentret er mindre god til? Hvad mener du, at jobcentret kan gøre for at give personer med en debuterende psykose en optimal behandling?
23. Hvad kan patienterne selv gøre for at få et vellykket samarbejde med jobcentret?

Din relation til jobcentret

24. Hvor meget af behandlingstiden vurderer du, at du og patienten bruger på at tale om jobcentret - for eksempel før eller efter et møde med en jobkonsulent eller en sagsbehandler?
25. Hvor meget af din arbejdstid vurderer du, at du bruger på sager, der involverer jobcentret?
26. Typer af sager: Hvilke sager eller spørgsmål er du typisk involveret i? Er der nogle sager (for eksempel i forbindelse med kontanthjælp, sygedagpenge, revalidering eller andet), som tager længere tid eller er mere besværlige end andre? Hvad er grunden?
27. Hvad er din rolle under samtalerne i jobcentret? Hvad er patientens? Hvordan bliver din rolle opfattet af beskæftigelseskonsulenten eller sagsbehandleren?
28. Hvilken betydning mener du, at din tilstedeværelse har for samtaleforløbet og karakteren?
29. Har du anden kontakt med jobcentret på vegne af patienterne? Hvor ofte har du kontakt? Forregår det telefonisk, pr. brev eller på anden måde?
30. På hvilke områder fungerer dit samarbejde med jobcentret godt? Hvad fungerer mindre godt? Hvad mener du, at der skal til for at opnå et godt samarbejde om og til glæde for patienten?

Spørgeguide - beskæftigelseskonsulenter og fagpersoner

Interviewene med beskæftigelseskonsulenter og fagpersoner har til formål at belyse, hvordan de vurderer opgaven med at bistå voksne unge med en diagnose i skizofrenispektret i forbindelse med jobsøgning eller fastholdelse af et eksisterende arbejde.

Beskæftigelseskonsulenternes og fagpersonernes synspunkter anvendes til at perspektivere patienternes og kontaktpersonernes fortællinger om deres erfaringer med og relationer til jobcentre og kommunale forvaltninger.

Indledende spørgsmål

1. Hvilket jobcenter og hvilket team arbejder du i?
2. Hvad er din titel? Hvilken forskel er der på titler som "sagsbehandler", "vejleder", "jobkonsulent", "beskæftigelseskonsulent" og "virksomhedskonsulent"?
3. Hvad er din jobfunktion?
4. Hvad er din uddannelse?
5. Har du særlig viden om borgere med psykiske lidelser i relation til arbejdsmarkedet? Hvis ja, hvordan har du erhvervet denne viden?
6. Hvor længe har du været ansat i dit nuværende job?
7. Hvad består dit arbejde i? Hvilke hovedopgaver varetager du?

8. Hvor lang tid vil du vurdere, at du bruger på de enkelte hovedopgaver - for eksempel sagsbehandling, borgerkontakt, interne møder m.v.?
9. Hvor stor er din sagsmængde opgjort som antal cpr.-nr.? Er det et relevant mål for din arbejds mængde?
10. Hvor ofte møder du borgere med diagnoser i skizofrenispektret i dit arbejde? Sker det én gang eller flere gange ugentligt? Er det en relevant angivelse af hyppigheden for netop den type borgerkontakt?

Spørgsmål om sagsbehandlingen og vejledningen

11. I de følgende spørgsmål bruges "sagsbehandling" og "vejledning" i flæng. Er denne sondring relevant? Hvilken forskel er der på opgaver, beføjelser og ansvar?
12. Hvordan foregår det, når en borger med en diagnose i skizofrenispektret henvender sig i jobcentret? Findes der en fast procedure eller et typisk forløb? Er det muligt med de nuværende rammer at variere proceduren, så der bliver taget særlige hensyn til en borger med en skizofrenilidelse, hvis det er nødvendigt?
13. Eksisterer der en folder, der giver et overblik over det sagsbehandlings- eller vejledningsforløb, som en ledig borger med en skizofrenilidelse typisk kommer ud for i forbindelse med jobsøgning? Hvis ikke, mener du, at det vil være hensigtsmæssigt at have en sådan folder til uddeling?
14. Hvor lang tid varer et møde med en borger med en skizofrenilidelse typisk?
15. Hvilke andre afdelinger i kommunen er du typisk i kontakt med i et forløb, som vedrører en borger med en diagnose i skizofrenispektret? (Socialcentret, ydelsescentret, andre?)
16. Hvordan bliver du orienteret om øvrige afdelingers behandling af en sag, der vedrører en borger med en skizofrenilidelse, og som du også er - eller bliver - involveret i?
17. Hvordan foregår det konkrete samarbejde med andre afdelinger om en sag vedrørende en borger med en diagnose i skizofrenispektret?
18. Hvis en borger med en skizofrenilidelse skal skifte til en ny jobkonsulent eller sagsbehandler, foregår det så efter en bestemt fremgangsmåde? Hvis svaret er ja, kan du beskrive fremgangsmåden? Adskiller den sig fra den fremgangsmåde, som benyttes, når der er tale om raske borgere?
19. Hvordan følges der op over for en borger med en skizofrenilidelse, hvis der sker ændringer i forløbet, for eksempel at der sker noget uforudset, at borgeren bliver (mere) syg e.l.? Kan du give eksempler?
20. Bliver der taget særlige hensyn, når sagsbehandlingen drejer sig om en borger med en diagnose i skizofrenispektret? Hvis ja, hvilke hensyn?
21. Hvad er din holdning til, at en borger med en skizofrenilidelse har en bisidder, for eksempel en pårørende eller en kontaktperson fra OPUS, med til samtalen i jobcentret?

22. Afklarer du eller andre i jobcentret den uddannelsesmæssige baggrund (faglige kvalifikationer og kompetencer) hos en borger med en skizofrenilidelse, for eksempel med henblik på at matche vedkommende og en mulig kommende arbejdsplads? Hvordan foregår afklaringen i praksis, og hvilke erfaringer er der med hensyn til matchningen?
23. Hvordan benytter du eller jobcentret de erhvervsmæssige erfaringer, som en borger med en skizofrenilidelse har fra eventuelle tidligere ansættelser og/eller aktiveringsforløb?
24. Hvordan bliver det vurderet, om en borger med en skizofrenilidelse har tilstrækkelig arbejdsevne til at kunne varetage et job på enten ordinære eller særlige vilkår? Foregår vurderingen på grundlag af retningslinjer eller kriterier? Er de beskrevet? Hvad gør du, hvis det vurderes, at arbejdsevnen er utilstrækkelig?
25. Bliver en borger med en skizofrenilidelse informeret om mulighederne for støtteordninger m.v.? Informerer du om de kompenserende foranstaltninger - tidsbegrænset almindelig mentorfunktion, social mentorfunktion, arbejdspladsindretning, personlig assistance i erhverv, løntilskud m.v. - når du første gang møder en borger med en skizofrenilidelse?
26. Hvor ofte benyttes særlige kompenserende foranstaltninger i form af personlig assistance i erhverv m.v., social mentorfunktion, arbejdspladsindretning, løntilskud m.m.?
27. Hvad er der gjort, for at du kunne blive i stand til at vejlede borgere med en diagnose i skizofrenispektret?
28. Hvor godt rustet mener du, at du selv er med hensyn til at vejlede borgere med en skizofrenilidelse om uddannelses- og jobmuligheder?
29. Mener du, at du har tilstrækkelig viden om diagnoser i skizofrenispektret generelt? Når du skal vejlede en borger med en skizofrenilidelse, hvordan får du så viden om hans eller hendes baggrund og specifikke situation?
30. Har du eller jobcentret brug for særlig viden om mennesker med diagnoser i skizofrenispektret for at kunne behandle deres sag eller vejlede dem i forbindelse med jobsøgning? På hvilke områder er der i særlig grad brug for viden?
31. Hvordan opfatter du din egen rolle i forhold til den ledige borger med en skizofrenilidelse? Hvordan vurderer du, hvad der vil være den bedste måde at sætte ind på over for den pågældende borger?
32. Hvilke metoder er specielt velegnede, når det drejer sig om at vejlede borgere med en skizofrenilidelse? Hvordan vurderer du anvendeligheden af disse metoder? Hvad savner du i givet fald?
33. Er du og jobcentret generelt i stand til at opfylde forventningerne til sagsbehandlingen eller vejledningen hos en borger med en skizofrenilidelse? Hvis ja, hvordan afdækker du forventningerne? Hvis nej, hvad mener du er forklaringen på den manglende forventningsopfyldelse.
34. Har du eller jobcentret oplysninger om, hvor lang tid der går fra det tidspunkt, hvor en borger med en diagnose i skizofrenispektret henvender sig, til hans eller hendes sag er afsluttet? Fo-

religger der statistiske oplysninger om sagsbehandlingstiden, som vil kunne anvendes i forbindelse med dette projekt?

35. Anvender jobcentret eller afdelingen kollegial supervision? Hvad fokuserer supervisionen på - borgerne, lovgivningen eller andet? Hvordan og hvor ofte foregår supervisionen, og hvilke fagpersoner deltager?
36. Hvad mener du, er den største udfordring for at kunne yde en god sagsbehandling eller vejledning af en borger med en skizofrenilidelse?
37. Hvis du skulle bestemme måden at arbejde på med borgere, som har en diagnose i skizofrenispektret, hvordan skulle det så ske ideelt set?

Spørgsmål om relationen mellem jobcentre, OPUS, virksomheder og andre

38. Hvilke eksterne samarbejdspartnere inddrager du eller jobcentret i sagsbehandlingen eller vejledningen af en borger med en skizofrenilidelse? Hvad er formålet med at inddrage andre?
39. Er der et formaliseret samarbejde mellem jobcentret og OPUS (optagelsesområderne for Psykiatrisk Center København (Nørrebro og Rigshospitalet) samt Psykiatrisk Center Hvidovre)? Hvordan er samarbejdet formaliseret?
40. Hvordan oplever du samarbejdet med OPUS (optagelsesområderne for Psykiatrisk Center København og Psykiatrisk Center Hvidovre)?
41. Kunne du ønske dig, at samarbejdet med OPUS (optagelsesområderne for Psykiatrisk Center København og Psykiatrisk Center Hvidovre) blev udbygget? Hvis ja, på hvilke områder?
42. Samarbejder du eller jobcentret med 2. aktør-virksomheder om ledige borgere med en skizofrenilidelse? Hvordan vurderer du i givet fald dette samarbejde?
43. Har 2. aktører mulighed for at give borgere med en diagnose i skizofrenispektret andre tilbud end jobcentrene? Hvis ja, hvilke tilbud og hvorfor?
44. Hvordan vurderer du mulighederne for at forebygge, at beskæftigede, der får en diagnose i skizofrenispektret, mister deres arbejde? Hvad kan arbejdspladsen gøre? Hvad kan jobcentret gøre?
45. Hvordan vurderer du mulighederne for at skaffe ledige, der har en skizofrenilidelse i arbejde? Hvad mener du, at der skal til, og hvem skal gøre hvad?
46. Hvordan vurderer du virksomhedernes motivation for at ansætte borgere med en skizofrenilidelse? Hvad skal der til for at skabe den nødvendige motivation?
47. Hvad mener du, at der skal til for at fastholde beskæftigede, der får en skizofrenilidelse, i arbejde? Hvad kan virksomhederne gøre? Hvad kan jobcentret gøre?

Bilag 2: Spørgeskemaundersøgelse

Der er i forbindelse med dataindsamlingen gennemført en spørgeskemaundersøgelse, som har henvendt sig til alle 282 patienter i OPUS Hvidovre, OPUS Nørrebro og OPUS Rigshospitalet.

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at få en pejling på, om de erfaringer og oplevelser, som var afdækket i de personlige interviews med 32 patienter, var gældende for hele populationen af voksne unge i skizofrenispektret.

Spørgeskemaundersøgelsen startede den 4. november 2010 og sluttede den 15. januar 2011.

Der blev uddelt 282 spørgeskemaer fordelt med 125 til OPUS Nørrebro, 92 til OPUS Hvidovre og 65 til OPUS Rigshospitalet svarende til antallet af patienter på det pågældende tidspunkt i de respektive OPUS-teams.

Der var mulighed for, at kontaktpersonerne kunne bistå i forbindelse med udfyldelsen og returneringen af spørgeskemaet, såfremt patienterne ønskede hjælp.

Da undersøgelsen sluttede i midten af januar 2011, havde 129 patienter besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 45,7. OPUS Hvidovre havde en svarprocent på 53,3, OPUS Nørrebro 37,6 og OPUS Rigshospitalet 36,9.

To spørgeskemaer blev returneret uden at være udfyldt, andre to var ugyldige, fordi det fremgik, at de var udfyldt af en kontaktperson uden overværelse af patienterne. Det samlede antal besvarelser, der indgik i spørgeskemaundersøgelsen, var derfor 125, hvilket giver en svarprocent på 44,3.

Det betyder omvendt, at 55,7 pct. af de udsendte spørgeskemaer ikke er returneret, hvilket rejser spørgsmålet, hvordan dette bortfald påvirker undersøgelsens repræsentativitet? Er resultaterne med andre ord fortsat dækkende for alle patienter, selv om 157 af dem ikke har udfyldt og returneret spørgeskemaet?

Såfremt bortfaldet er tilfældigt, påvirkes repræsentativiteten ikke. Det er omtalt ovenfor, at hele populationen af patienter - og ikke blot en stikprøve - har fået mulighed for at deltage i spørgeskemaundersøgelsen. Undersøgelsen baseres således ikke på en tilfældigt udvalgt stikprøve, men på hele populationen. Det betyder, at der kun er meget lille risiko for, at de "udeblevne" svar forringer undersøgelsens repræsentativitet.

Det kan imidlertid konstateres, at nogenlunde lige mange kvinder som mænd har udfyldt og returneret et spørgeskema. Det betyder, at mændene er underrepræsenteret sammenlignet med den samlede population af patienter, hvor de udgør ca. to tredjedele.

Den mandlige underrepræsentation kan teoretisk skævvride undersøgelsen, hvis der er kønsbestemte forskelle i besvarelserne. En sammenligning af de udfyldte spørgeskemaer viser dog ingen signifikante forskelle i svarfordelingerne begrundet i køn.

Der er således ikke noget, som tyder på, at svarfordelingerne ville have været statistisk signifikant anderledes, såfremt de øvrige 157 patienter også havde udfyldt og returneret et spørgeskema.

Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen må på den baggrund anses for at være såvel pålideligt som gyldigt. Det tegner et i statistisk sammenhæng dækkende billede af holdningerne hos patienterne i OPUS til de temaer og spørgsmål, der har stået i centrum for undersøgelsen.

Spørgeskemaet indeholdt 18 spørgsmål samt to rubrikker til kommentarer og forslag. 6 spørgsmål (nr. 1, 2, 3, 4, 5 og 6) er identifikations- og baggrundsspørgsmål, 3 spørgsmål (nr. 8, 9 og 10) er faktuelle spørgsmål, og 9 spørgsmål (nr. 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 og 18) er holdningsspørgsmål.

I spørgsmål nr. 6, 8 og 11 var der mulighed for at sætte kryds ved flere svarmuligheder. Derfor overstiger det samlede antal besvarelser antallet af respondenter på 125, og summen af procenttallene er højere end 100.

Spørgeskemaet med svarfordelinger samt kommentarer og forslag fremgår af de følgende sider. Procenttallene er afrundet.

| 1. I hvilket år er du født? | Antal | Pct. |
|-----------------------------|------------|------------|
| 1970-1974 | 4 | 3 |
| 1975-1979 | 22 | 18 |
| 1980-1984 | 37 | 30 |
| 1985-1989 | 52 | 42 |
| 1990-1994 | 9 | 7 |
| Ikke oplyst | 1 | 1 |
| I alt | 125 | 101 |

| 2. Hvilket OPUS-team er du tilknyttet? (Sæt ét kryds) | Antal | Pct. |
|--|------------|------------|
| OPUS Nørrebro | 50 | 40 |
| OPUS Hvidovre | 49 | 39 |
| OPUS Rigshospitalet | 24 | 19 |
| OPUS-team ikke oplyst | 2 | 2 |
| I alt | 125 | 100 |

| 3. Hvad er dit køn? (Sæt ét kryds) | Antal | Pct. |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Mand | 63 | 50 |
| Kvinde | 62 | 50 |
| Total | 125 | 100 |

| 4. Hvilke uddannelser har du færdiggjort, eller er du i gang med nu? (Sæt kryds ved de uddannelser, der er relevante for dig) | Færdiggjort | | Igangværende | | I alt | |
|--|-------------|-------------------|--------------|-------------------|------------|-------------------|
| | Antal | Pct. ¹ | Antal | Pct. ² | Antal | Pct. ³ |
| 9. eller 10. klasse | 98 | 100 ⁴ | 0 | 0 | 98 | 78 |
| Gymnasial uddannelse | 52 | 79 | 14 | 21 | 66 | 53 |
| Erhvervsuddannelse (EUD) | 15 | 65 | 8 | 35 | 23 | 18 |
| Kort videregående uddannelse | 19 | 79 | 5 | 21 | 24 | 19 |
| Mellemlang videregående uddannelse | 8 | 44 | 10 | 56 | 18 | 14 |
| Lang videregående uddannelse | 3 | 20 | 12 | 80 | 15 | 12 |
| Andet | 3 | 100 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| I alt | 198 | | 49 | | 247 | |

| 5. Hvad er dit forsørgelsesgrundlag? (Sæt ét kryds) | Antal | Pct. |
|--|------------|-----------|
| Kontanthjælp | 65 | 52 |
| Sygedagpenge | 13 | 10 |
| Dagpenge (A-kasse) | 2 | 2 |
| SU | 21 | 17 |
| Pension | 3 | 2 |
| Løn | 5 | 4 |
| Elevløn | 0 | 0 |
| Revalidering | 10 | 8 |
| Andet | 5 | 4 |
| I alt | 124 | 99 |

¹ Procent af rækketotalen, hvilket betyder, at for eksempel 100 pct. af de respondenter, der afkrydsede rubrikken med svarmuligheden 9. eller 10. klasse, har afsluttet den uddannelse.

² Se fodnote 1.

³ Procenttallet er procent af 125 besvarelser, hvilket betyder, at for eksempel 14 pct. af de 125 respondenter enten er i gang med eller har afsluttet en mellemlang videregående uddannelse.

⁴ Det er sandsynligvis flere end 98 ud af de 125 respondenter, der har afsluttet 9. eller 10. klasse, eftersom flere har oplyst, at de er i gang med en videregående uddannelse, selv om de ikke har sat kryds i svarmuligheden vedrørende 9. eller 10. klasse.

| 6. Hvis du har haft arbejde, hvilke brancher har du været ansat i? (Sæt gerne flere krydser) | Antal | Pct. ⁵ |
|---|------------|-------------------|
| Har ikke haft arbejde | 19 | 15 |
| Landbrug, skovbrug og fiskeri | 2 | 2 |
| Industri | 11 | 9 |
| Bygge og anlæg | 14 | 11 |
| Handel og transport | 28 | 22 |
| Information og kommunikation | 13 | 10 |
| Finansiering og forsikring | 3 | 2 |
| Ejendomshandel og udlejning | 0 | 0 |
| Erhvervsservice | 7 | 6 |
| Offentlig administration, undervisning og sundhed | 16 | 13 |
| Kultur, fritid og anden service | 47 | 38 |
| Andet | 23 | 18 |
| I alt | 183 | |

| 7. Hvordan har du det med at deltage i almindelige sociale arrangementer på en arbejdsplads? (Sæt ét kryds) | Antal | Pct. |
|--|------------|------------|
| Svært | 35 | 28 |
| Hverken svært eller nemt | 41 | 33 |
| Nemt | 30 | 24 |
| Ved ikke | 19 | 15 |
| I alt | 125 | 100 |

| 8. Hvad er din psykiatriske diagnose? (Sæt flere krydser, hvis det er relevant) | Antal | Pct. ⁶ |
|--|------------|-------------------|
| Skizofreni | 55 | 44 |
| Psykoser | 12 | 10 |
| Skizotypi | 61 | 49 |
| Andre | 10 | 8 |
| I alt | 138 | |

⁵ Procenttal ud af 125 besvarelser.

⁶ Se fodnote 5.

| 9. Har du været i kontakt med jobcentret? <i>(Sæt ét kryds)</i> | Antal | Pct. |
|---|--------------|-------------|
| Ja | 108 | 86 |
| Nej | 17 | 14 |
| I alt | 125 | 100 |

Spørgsmål nr. 9 er et såkaldt sorteringsspørgsmål. De 108 respondenter, der svarede, at de havde været i kontakt med jobcentret, blev sendt videre i spørgeskemaet, mens de resterende 17 blev henvist til den afsluttende kommentarboks.

| 10. Er du i stand til at forklare jobcentrets medarbejdere om din lidelse og de eventuelle problemer, som du oplever i forbindelse med den? <i>(Sæt ét kryds)</i> | Antal | Pct. |
|---|--------------|-------------|
| Ja, jeg er selv i stand til at forklare om min lidelse | 41 | 38 |
| Ja, med hjælp fra en bisidder | 51 | 47 |
| Nej, jeg har svært ved at fortælle om min lidelse | 15 | 14 |
| Nej, jeg har ikke nok viden om min lidelse | 1 | 1 |
| I alt | 108 | 100 |

| 11. Hvordan vil du helst kommunikere med jobcentret? <i>(Sæt gerne flere krydser)</i> | Antal | Pct.⁷ |
|---|--------------|-------------------------|
| Ved personlige møder | 68 | 63 |
| Via brev | 19 | 18 |
| Telefonisk | 36 | 33 |
| Pr. mail | 30 | 28 |
| Ved hjælp af sms | 9 | 8 |
| Andet | 8 | 7 |
| I alt | 170 | |

⁷ Procenttal ud af 108 besvarelser.

| 12. Hvordan oplever du de fysiske omgivelser i jobcentret? <i>(Sæt ét kryds)</i> | Antal | Pct. |
|--|--------------|-------------|
| Positivt - jeg har det godt med de fysiske omgivelser | 19 | 18 |
| Negativt - jeg har det svært med de fysiske omgivelser | 22 | 20 |
| Hverken positivt eller negativt - jeg har ingen holdning til de fysiske omgivelser | 54 | 50 |
| Ved ikke | 13 | 12 |
| I alt | 108 | 100 |

| 13. Oplyser jobcentret dig om de forskellige tilbud vedrørende arbejde og uddannelse, som du har som ledig? <i>(Sæt ét kryds)</i> | Antal | Pct. |
|---|--------------|-------------|
| I høj grad | 2 | 2 |
| I tilstrækkelig grad | 20 | 19 |
| I nogen grad | 45 | 42 |
| Slet ikke | 33 | 31 |
| Ved ikke | 8 | 7 |
| I alt | 108 | 101 |

| 14. Oplever du, at der på jobcentret bliver talt om det, du gerne vil tale om? <i>(Sæt ét kryds)</i> | Antal | Pct. |
|--|--------------|-------------|
| I høj grad | 7 | 6 |
| I tilstrækkelig grad | 28 | 26 |
| I nogen grad | 44 | 41 |
| Slet ikke | 17 | 16 |
| Ved ikke | 12 | 11 |
| I alt | 108 | 100 |

| 15. Oplever du, at jobcentrets måde at arbejde på passer til dig? <i>(Sæt ét kryds)</i> | Antal | Pct. |
|---|--------------|-------------|
| I høj grad | 5 | 5 |
| I tilstrækkelig grad | 20 | 19 |
| I nogen grad | 43 | 40 |
| Slet ikke | 28 | 26 |
| Ved ikke | 12 | 11 |
| I alt | 108 | 101 |

| 16a. Oplever du, at du bliver hørt i dit samarbejde med jobcentret? <i>(Sæt ét kryds)</i> | Antal | Pct. |
|---|--------------|-------------|
| I høj grad | 11 | 10 |
| I tilstrækkelig grad | 36 | 33 |
| I nogen grad | 37 | 34 |
| Slet ikke | 16 | 15 |
| Ved ikke | 8 | 7 |
| I alt | 108 | 99 |

| 16b. Oplever du, at du bliver forstået i dit samarbejde med jobcentret? <i>(Sæt ét kryds)</i> | Antal | Pct. |
|---|--------------|-------------|
| I høj grad | 12 | 11 |
| I tilstrækkelig grad | 29 | 27 |
| I nogen grad | 37 | 34 |
| Slet ikke | 19 | 18 |
| Ved ikke | 11 | 10 |
| I alt | 108 | 100 |

| 16c. Oplever du, at du bliver respekteret i dit samarbejde med jobcentret? <i>(Sæt ét kryds)</i> | Antal | Pct. |
|--|--------------|-------------|
| I høj grad | 21 | 19 |
| I tilstrækkelig grad | 34 | 31 |
| I nogen grad | 28 | 26 |
| Slet ikke | 17 | 16 |
| Ved ikke | 8 | 7 |
| I alt | 108 | 99 |

| 17. Hvordan påvirker dit samarbejde med jobcentret behandlingen af din sygdom? <i>(Sæt ét kryds)</i> | Antal | Pct. |
|--|--------------|-------------|
| Positivt | 19 | 18 |
| Negativt | 32 | 30 |
| Ingen påvirkning | 35 | 32 |
| Ved ikke | 22 | 20 |
| I alt | 108 | 100 |

| 18. Hvordan vurderer du alt i alt jobcentrets indsats? <i>(Sæt ét kryds)</i> | Antal | Pct. |
|--|--------------|-------------|
| Indsatsen har været meget god | 8 | 7 |
| Indsatsen har været god | 41 | 38 |
| Indsatsen har været dårlig | 31 | 29 |
| Indsatsen har været meget dårlig | 8 | 7 |
| Ved ikke | 20 | 19 |
| I alt | 108 | 100 |

Kommentarer fra deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen

- Ad spørgsmål 13: Ja, men de er ikke så gode til at formulere sig på et helt almindeligt og forståeligt sprog.
- De er for lang tid om at handle på mine henvendelser.
- De har nogle "kodeord" som arbejde - hvis man siger det, hører de på en - ellers ikke.
- De ser på en, som om man er hypokonder, at man ikke fejler noget, at man bare skal tage sig sammen.
- Det afhænger meget af ens sagsbehandler, om man bliver forstået, og hvad der bliver tilbudt.
- Det er længe siden, at jeg havde kontakt til jobcentret.
- Det skal være lettere at få adgang til mentorordning og SPS-ordning på studiet.
- Én gang har jeg oplevet, at der blev talt til mig med respekt og forståelse.
- Empati og tværfagligt samarbejde. Samt oplysning om alternative uddannelser/kurser som For eksempel højskoler og daghøjskoler for sindslidende.
- Gennem hele forløbet har jeg haft en bisidder med.
- Glad for samarbejde med GL [personnavn, red].
- Har ikke haft så meget kontakt med jobcentret.
- Har ingen personlig kontakt med jobcentret, da jeg ikke taler i telefon.
- Har oplevet kontakten personuafhængig. Har i en periode mødt en god sagsbehandler.
- Jeg blev ved en fejl sendt i aktiveringen. Det blev opdaget bagefter, at jeg ikke skulle have været der. Aktiveringen var forfærdelig, var ikke i stand til at tage vare på mig selv eller arbejdet.
- Jeg er rigtig tilfreds med behandlingen [formodentlig i OPUS, da hun ikke har været i kontakt med jobcentret, red.].
- Jeg har det skidt med at komme på jobcentret hver tredje måned. Jeg er hele tiden bange for at blive sendt i arbejde, selv om jeg ikke føler mig i stand til det. Jeg er bange for ikke at blive hørt og forstået. Og det har jeg været alle de tre år, jeg er kommet der.
- Jeg har haft dårlige oplevelser med [firmanavn, red.], men det var kortvarigt, og i dag har jeg ikke noget med dem at gøre.
- Jeg har haft en del problemer angående revalidering, som har gjort, at jeg har fået gæld i banken. Revalideringens ventetid var lang (næsten 12 måneder). Jobcentret har flere gange troet jeg var ledig, selvom jeg er studerende.
- Jeg har ikke oplyst jobcentret om min lidelse, da det ikke har været nødvendigt.
- Jeg har ofte fået hjælp fra OPUS-teamet på grund af, at jobcentret har afvist mig mange gange ved henvendelse. Nu på grund af pres er jeg raskmeldt og får penge fra A-kassen. Da jeg var på sygedagpenge, fik jeg slet ikke tilbuddet om flexjob, så jeg raskmeldte mig.
- Jeg synes generelt, at jobcentret har alt for travlt med, at folk skal i arbejde, arbejde, arbejde. Har følt mig presset til tider, og som om at jeg mistede styringen, så snart jeg kom derind.
- Jobcentret har vist mig, at det er helt ligeglad med mig. Jeg har slet ingen tro på, at folk gør det, som de lover at gøre.
- Jobcentret lægger en plan, men man er ikke selv bevidst om, hvor meget man kan klare i sin hverdag. Er glad for min revalidering, men jeg kunne ønske at være blevet gradvist optrappet i timeantal, som tiden gik.
- Jobcentrets indblik i individuelle sager er beklageligvis ekstremt dårligt.
- Kan ikke lige overskue det på nuværende tidspunkt.
- Man får en kraftig fornemmelse af, at de ikke respekterer en, og at man bare er et papir i skuffen. Jeg kender ikke et eneste menneske, der har haft en positiv oplevelse på jobcentret.

- MT [personnavn, red.] var rigtig god og havde en god forståelse for min situation og lidelse. Han forstod, at jeg havde svært ved at åbne min post, så han havde en kontakt til min kontaktperson. Det hjalp mig rigtig meget.
- Personen, jeg var i kontakt med, var meget uforstående om et misbrugsproblem, jeg havde, og var meget dømmende.
- På mit første møde med jobkonsulenten forklarede jeg ham, at jeg havde diagnosen skizofreni, men forsøgte ellers at fremstå præsentabel, dannet og fornuftig, da jeg gerne vil have en tilknytning til arbejdsmarkedet, hvorefter han sagde, at jeg så ud til at være velfungerende og placerede mig i matchgruppe 2.
- Samarbejdet med jobcentrene har for mig været overordnet positiv, dog oplever jeg stor forskel afhængig af, hvilken sagsbehandler jeg har haft. Det kan nogle gange føles som et lotteri, når man kommer rundt i systemet, for der er meget forskel på den behandling, man får af forskellige mennesker.
- Spred noget jazz!
- Synes en del af spørgsmålene er uklare.

Respondenternes forslag til forbedringer af samarbejdet mellem voksne unge med skizofrenilidelser og jobcentret

- Alle sagsbehandlere burde have fået noget mere undervisning i psykologi og kommunikation.
- At have forståelse for at man kan have svært ved små ting som at åbne post og møde op til møder.
- At medarbejderne får større forståelse for sygdommen.
- Bedre kommunikation mellem OPUS og patient ville klart gøre det bedre. Bedre forklaring af muligheder, så patienten ikke skal læse mellem linjerne.
- Bedre kommunikationsmulighed for mennesker med sociale fobier, eventuelt mail.
- Bedre til at lytte og til at forstå symptomer - og informerende om alternativer på arbejds- og uddannelsesområdet.
- De ansatte må godt læse, hvad den enkelte fejler, så de ved hvilke ting, der kan forværre personens tilstand.
- De kan begynde med at gøre det, som de lover at gøre. Tre gange i træk har jeg været lovet jobinterview, som ikke blev til noget.
- De kan gøre sig lidt mere bekendt med de forskellige diagnoser for eksempel skizotypi.
- De kan være mere omhyggelige, venlige, imødekommende, forstående og vise respekt. Jeg følte, da jeg sad over for den socialrådgiver, der behandlede min sag, at jeg bare "opfandt" min sygdom og ikke blev taget seriøst. Tak!
- De må gerne lære at forstå én, når man er syg og ikke bare sende en videre i deres system.
- De skal have en speciel viden om min sygdom.
- De skal vide lidt mere om sygdommen, og hvilke barrierer man står overfor som skizofrenilidende.
- De skal være langt mere forstående, være mere påpasselige med brug af ord, passe på med at presse, da det har en meget negativ effekt.
- De skulle gøre det til en lidt mindre intimiderende oplevelse [at komme i jobcentret, red.].
- Det er for mig afgørende, at min kontakt til jobcentret fastholder mig som del af det fællesskab, som arbejdslivet betegner. Jeg vil ikke parkeres på sidelinjen, fordi jeg har en skizofrenilidelse. Det betyder, at man skal stille krav til mig, hvilket jeg byder velkommen: Tak til jobcentret for at kræve, at jeg laver noget og ikke forfalder til at lave ingenting - det er jo det værste, man kan byde et menneske.

- For mig ville det være rart, hvis mine indkaldelser blev koordineret med min kontaktperson i OPUS. Som det er nu, får jeg tre til fem dages varsel, hvilket er for kort til at kunne få min kontaktperson med som bisidder. Udskyder man møderne, får man et brev om, at man er udeblevet (selv efter aftale) og vil blive trukket i kontanthjælp. Det er virkelig et unødigt pres.
- Have en fast medarbejder, der har sat sig ind i situationen, og som arbejder sammen med OPUS, i stedet for at få en ny til hver samtale med jobcentret, da det stresser utrolig meget.
- Hvis de havde mere viden om sygdommen, ville det hjælpe.
- Hvis man har en sygdom, skal jobcentret ikke presse for meget.
- I endnu højere grad lytte til hvad behovene er - og hvad man ønsker. For eksempel ville de i starten sende mig ud i et arbejdsområde, jeg ikke ønskede.
- Jeg har oplevet det som en stor tryghed at have en homogenitet gennem jobprocessen og at kunne have den samme rådgiver i længere tid.
- Jobcentrets medarbejdere burde have større viden/forståelse for, hvad det vil sige at have en psykisk sygdom. Det burde være muligt at være hundrede procent ærlig og ikke skulle lyve om sit helbred for at undgå økonomiske sanktioner.
- Kan ikke lige overskue det på nuværende tidspunkt.
- Lad endelig være med at behandle sager som et nummer og bare bruge den sædvanlige skabelon. Mennesker er individer.
- Lad vær med at tvinge folk i uddannelse. Hjælp med flexjob.
- Lyt!
- Mere faglig viden.
- Mere kommunikation mellem jobcentrets læge og borgerens læge (i distriktpspsykiatrien).
- Mere lydhørhed. Ønskværdigt med mere afsat tid, mere individuelt, større respekt.
- Mere rum og forståelse, menneske til menneske.
- Mere tid. For svært at komme i kontakt med personalet/sagsbehandlerne.
- Mindre pres. Min kontakt til jobcentret har i mange henseender gjort, at jeg har fået det værre.
- Personalet skal have et kursus i, hvad det vil sige at være skizofren eller oplever psykoset. Det vil hjælpe, tror jeg.
- Ring personen op og aftal et personligt møde, hvor personen kan møde op til folk, som har forstand på personer med skizofrenilidelser.
- Samme kontaktperson og sagsbehandler, fordi det tærer på én, hvis det er en ny hver gang. Prøv at forstå at mennesker ikke bare er tal, men personer.
- Snak mere med OPUS. Samarbejde med kontaktpersoner, efteruddan personale.
- Større viden og forståelse.
- Sæt sig mere ind i tingene i stedet for bare at sende folk videre.
- Tage hensyn til evner/psykiske tilstand, ikke arbejdsprøvning osv.
- Tænke mere holistisk. Lytte mere til hvad den enkelte har at sige om sine forcer og vanskeligheder, idet sygdomsbilledet og hvilke muligheder for behandling og støtte den enkelte vil have hvad af svinger virkelig meget. Desuden er der mange som udvikler sig og her er for eksempel timing og passende støtte altafgørende.
- Ved ikke.
- Vær opmærksom på at vi får oplysninger om vores muligheder. Fortæl os, at vi bliver hørt og er "sikre", at vi ikke skal frygte at miste vores penge, for det bekymrer vi os rigtig meget om. Det belaster os meget, når vi ikke ved, om vi kan føle os sikre og ikke bliver smidt i arbejde.

Bilag 3: Dokumentarisk materiale

- AKF, *Beskæftigelsesindsatsen og dens virkninger set fra kontanthjælpsmodtagernes perspektiv*, 2010
- Anne Thybring, *Sagsbehandleren som coach - at være gamemaster*, 2006
- Arbejdsmarkedsstyrelsen, *Jobcentrets modtagelse af borgere - 10 råd*, 2008
- Arbejdsmarkedsstyrelsen, *Ny chance: Undersøgelse af holdninger m.v. i kommuner, virksomheder og hos andre aktører forud for initiativet Ny chance for alle*, 2006
- Beskæftigelsesministeriet, *Psykisk syge får færre tilbud før førtidspension*, RundtOm nr. 6, 2009
- Bonnie Kirsch, *Works and Psychiatric Disabilities*, International Encyclopedia of Rehabilitation, 2010.
- Center for Ligebehandling af Handicappede, *Handicappede og karriere på arbejdsmarkedet*, 2003.
- Center for Evaluering - Psykiatrien i Århus Amt, *Jobskabelse i det sociale arbejde med sindslidende - et forslag til en integreret model*, 2006
- Dansk Socialrådgiverforening, *Notat om socialrådgiveres tidsforbrug i jobcentre*, 2010
- Danske Regioner, *Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet*, 2009
- Deborah R. Becker & al, *Supported Employment Workbook*, 2003 (draft)
- Dione Nogueira, *Kvinder med etnisk minoritetsbaggrund med sindslidelser*, 2005
- Formidlingscenter Storkøbenhavn, *Første kortlægning af indsats over for unge med psykisk lidelse - resultater og forslag til handling*, 2003
- Discus, *Evaluering - Forsøg med sociale mentorer til personer med midlertidig sindslidelse*, 2010
- Formidlingscenter Storkøbenhavn, *Kan det gøres bedre..? - En survey-undersøgelse af indsatser og tilbud til unge med en psykisk lidelse og unge i særlig risiko for at udvikle en psykisk lidelse*, 2003
- Hallur Gilstón Thorsteinsson & Bjarke Malmstrøm Jensen, *Jeg kommer heller ikke i dag - om støtte af sårbare unge i uddannelse*, Undervisningsministeriets håndbogsserie nr. 3, 2010
- Jobcenter København, *Handicappolitik 2009-2012, Job og uddannelse til borgere med varige funktionsnedsættelser*, 2009
- Karen Andersen & Lisbeth Bybeck Nielsen, *Beskæftigelsesrettet socialt arbejde - Et kvalitativt studie af socialt arbejde på beskæftigelsesområdet*, Aalborg Universitet, 2008
- Lisbeth Nørgaard & Robert Frank, *Hvilke kompetencer fordres - i kontakten med personer med svære personlighedsforstyrrelser?*, 2003
- Line Askgaard, *Når mennesker bliver til kroner og øre*, Socialrådgiveren nr. 16, 21. oktober 2010
- Malene Schau, *Sindslidende og arbejdsmarkedet - En dokumentation af hvad der virker og hvorfor...*, 2005
- Margaretha Järvinen & Nanna Mik-Meyer (red.), *At skabe en klient - Institutionelle identiteter i socialt arbejde*, 2003
- Marianne Bjørkøe, *Empowerment - At gøre eleverne til hovedpersonerne i deres eget liv*, i Ole Meldgaard (red.), *Noget på hjerte 1928 - 2008*, 2008
- MarselisborgCentret, *Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*, 2004
- Merete Nordentoft og Mette Bertelsen, *Psykosociale interventioner ved debuterende psykoser i skizofrenispektret*, Ugeskrift for Læger, 10. november 2008
- Michael Rosholm & Michael Svarer, *Effekter af samtaler i den aktive arbejdsmarkedspolitik*, 15. november 2010

- New Insight, *Analyse af ikke-arbejdsmarkedspare borgere med funktionsnedsættelser*, 2009
- Ole Thomsen, *Et rummeligt arbejdsmarked - også for sindslidende*, 2007
- Per Jørgensen & al, *En anden vinkel på psykiatrien*, kronik i Politiken den 17. november 2008
- Per B. Vendsborg & al, *Opsøgende psykoseteam - Assertive Communitive Treatment*, 1999
- Peter Højlund & Søren Juul, *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*, 2005
- Psykiatrisk Informationscenter Psykiatrien i Nordjylland, *Hvis det er så sundt at arbejde, så lad de syge komme til*, udateret
- Regeringen, *Nye veje til arbejde - Hjælp til sindslidende og andre udsatte grupper*, 2006
- Servicestyrelsen, *Aktiv deltager i fællesskabet - om initiativ, sociale kompetencer og handicap*, 2008
- SFI, *Handicap og beskæftigelse - Udviklingen mellem 2002 og 2010*, 2011
- SFI og DSI, *Stigma og psykiske lidelser - som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*, 2010
- SFI, *Sygemeldte og førtidspensionister med handicap - Jobcentermedarbejderes perspektiver på jobcentrenes indsats*, 2010
- SFI, *Veje til beskæftigelse - En kvalitativ undersøgelse af indsatser over for ikke-arbejdsmarkedspare kontanthjælpsmodtagere*, 2010
- SFI, *Den korteste vej til arbejdsmarkedet*, 2007
- Socialministeriet, *Et rummeligt arbejdsmarked - også for sindslidende*, 2007
- Strategisk Netværk, *Sindslidende og arbejdsmarkedet*, 2008
- Susanne Nour & Lars Nellemann Thisted (red.), *Mangfoldighed i arbejdslivet - når vi er lige men ikke ens*, 2005
- Tilde Ellehammer Andersen, *Sagsbehandlerens forskellige roller i jobcenteret*, Social Forskning nr. 2, 2010
- Torben Berg Sørensen, *Sygeliggørelse og sygdomsfremkaldende træk i dansk socialpolitik*, 2002
- Torben Berg Sørensen, *Den sociale samtale - mellem klienter og sagsbehandlere*, 1995
- Tværfagligt Netværk Socialpsykiatri & Socialt Udviklingscenter SUS, *Inklusionsstrategier for mennesker med sindslidelser*, 2007
- Ulla Jørgensen, *Pædagogen arbejder som coach*, Socialpsykiatri nr. 2, 2007

