

NÅR UDSATTE BORGERE MØDER VELFÆRDSSYSTEMET

Omfang, udgifter og dilemmaer



INDHOLD

Hvem er de udsatte?

// 4

DILEMMA: Komplexitet – hos borgeren og hos kommunen

// 7

Møder med velfærdssystemet

// 8

DILEMMA: Dobbelt diagnoser og snævre ekspertiseområder

// 11

Udgifter til indsatser

// 12

INTERVIEW: Lars Benjaminsen: ”Det afgørende er, at man i højere grad giver hjælpen i hverdagen”

// 14

Arbejde og indkomst

// 16

DILEMMA: Beskæftigelsesfokus for de mest udsatte

// 19

Udsathedens Danmarkskort

// 20

DILEMMA: At skaffe boliger i en boligløs virkelighed

// 23

INTERVIEW: Nanna Mik-Meyer: ”Mennesker med komplekse problemer bliver mødt af et lige så komplekst velfærdssystem”

// 24

Perspektiver

// 26

Det viser undersøgelsen

// 27

OM DETTE HÆFTE

DE MEST UDSATTE mennesker i Danmark kommer ofte i kontakt med velfærdssystemet. At mangle et job, at være fysisk eller psykisk syg, at have sociale problemer, at misbruge stoffer eller alkohol eller at begå kriminalitet er alle forhold, der kan aktivere hjælp og støtte fra velfærdsstatens forskellige institutioner.

Hvad sker der i disse mange møder mellem de udsatte borgere og velfærdssystemet? Hvad koster omsorgen for de mest udsatte på tværs af sektorerne, og hvilke udfordringer giver det, når forskellige institutioner og faggrupper skal arbejde sammen for at støtte borgeren til et bedre liv? Hvor er der mulighed for at styrke indsatserne til gavn for både borgerne og samfundsøkonomien? Det er nogle af de centrale spørgsmål i en stor forskningsundersøgelse, som er finansieret af Den A.P. Møllerske Støttefond og gennemført af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

I dette hæfte har vi samlet undersøgelsens resultater. På de følgende sider kan du læse om, hvem de udsatte danskere er, hvordan og hvor meget de bruger velfærdssystemet, og hvilke udgifter det genererer. Til sidst i hæftet sættes fokus på udsattes tilknytning til arbejdsmarkedet og på den geografiske fordeling af udsathed.

Perspektiver til debat

Formålet med undersøgelsen og hæftet er at danne grundlag for en debat om den hjælp, samfundet giver til de svageste grupper. Borgere med komplekse problemer mødes ofte af et lige så komplekst velfærdssystem, som har svært ved at give samlet og koordineret støtte, viser undersøgelsen. I hæftet peges på områder, hvor der er potentiale for at styrke indsatserne til gavn for borgeren og samfundet. //

DET BYGGER UNDERSØGELSEN PÅ

Undersøgelsen består af en kvantitativ og kvalitativ del, der er samlet i to udgivelser.

■ “Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – samfundsøkonomiske aspekter” (VIVE, 2018) bygger på analyser af registerdata fra bl.a. Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen om alle 18-79-årige danskere brug af velfærdsydelser. På de følgende sider kan du læse om analyserne, og på side 14 kan du læse et interview med rapportens hovedforfatter, seniorforsker Lars Benjaminsen.

■ “Fagprofessionelles møde med udsatte klienter – dilemmaer i den organisatoriske praksis” (Hans Reitzels Forlag, 2018) bygger på analyser af interview med knap 100 personer, heraf 25 socialt udsatte og knap 75 ansatte, ledere og eksperter fra institutioner og organisationer, der arbejder med udsatte klienter. På de følgende sider kan du læse uddrag fra bogen, og på side 24 kan du læse et interview med forfatteren, professor Nanna Mik-Meyer.



HVEM ER DE UDSATTE?

Knap 282.000 voksne danskere eller 7 pct. af befolkningen har tegn på udsathed i deres liv. Det er en meget bred gruppe - lige fra mennesker, hvis psykiske lidelser eller misbrugsproblemer ikke forhindrer dem i at arbejde og have velfungerende liv, og til mennesker, der har svære liv med både psykiske lidelser, misbrug og hjemløshed.

AT VÆRE UDSAT er ikke en afgrænset kategori, som man enten befinder sig inden eller udenfor. Mange faktorer i et menneskes liv kan spille ind og skabe en mere eller mindre udsat position, fx arbejdsløshed, problemer med helbredet, sociale udfordringer af forskellig art, et højt alkoholforbrug, stofmisbrug og psykiske lidelser.

Udsatte mennesker kan have meget alvorlige problemer i flere af livets forhold, men der kan også være tale om mennesker, der snarere befinder sig i en risikoposition, fordi de fx er blevet ramt af en psykisk lidelse eller har udviklet et alkoholmisbrug. Når der i det følgende tales om udsatte borgere, dækker det med andre ord et bredt kontinuum af mennesker med mindre komplekse til meget komplekse problemer.

Otte grupper

Her på siden kan du se en oversigt over den godt kvarte million danskere, der i højere eller mindre grad er udsatte. Det er mennesker, der inden for en periode på 5 år (2010-2014) er blevet diagnosticeret med en psykisk lidelse eller et misbrug, eller som er blevet registreret som hjemløse, fx fordi de har opsøgt et herberg.

Det er vigtigt at bemærke, at afgrænsninger som denne altid er behæftet med en vis usikkerhed. Det betyder, at der kan være mennesker, som er udsatte, men ikke er omfattet af de tre kategorier og dermed ikke figurerer i undersøgelsens analyser - og omvendt, at ikke alle, der er omfattet, er det, vi i gængs forstand ville betegne som udsatte. I undersøgelsen er den kvarte million mennesker derfor inddelt i otte grupper efter arten og sværhedsgraden af deres problemer.

Den største gruppe er mennesker, der har psykiske lidelser som fx depression, angst eller spiseforstyrrelser, men ikke er registreret for de øvrige forhold, undersøgelsen ser

//
Udsatte mennesker kan have meget alvorlige problemer i flere af livets forhold, men der kan også være tale om mennesker, der snarere befinder sig i en risikoposition.

på. De udgør med 140.000 personer omkring halvdelen af alle de borgere, denne undersøgelse definerer som udsatte. Herefter følger mennesker med mere alvorlige psykiske lidelser som skizofreni eller bipolar lidelse, men ingen øvrige registrerede problemer, som udgør 41.000 personer.

De tre mellemste grupper består af folk, der enten har fået hjælp i forbindelse med alkoholmisbrug, stofmisbrug eller hjemløshed, men ikke har andre registrerede problemer, der falder inden for undersøgelsens ramme. Disse tre grupper udgør til sammen 49.000 mennesker.

De sidste tre grupper er mennesker, der har flere og mere komplekse problemer i deres liv. Det er mennesker, der enten har et misbrug kombineret med en psykisk lidelse, har et misbrug og fx har været hjemløse eller i fængsel, eller - som den mest socialt udsatte gruppe - både har et misbrug, en psykisk lidelse og enten har været ramt af hjemløshed, været i fængsel eller er blevet kronisk fysisk syge som følge af deres misbrug. Disse tre grupper udgør 52.000 mennesker, heraf 9.000 i den allermest udsatte gruppe.

Selvom de otte grupper går fra mennesker med mindre til mere komplekse problemer, så er det vigtigt at understrege, at det i realiteten er umuligt at rangordne de problemer, de hver især slås med. Det er ikke meningsfyldt at tale om, hvorvidt en psykisk lidelse er et 'mindre' problem end et misbrug eller vice versa. Samtidig er der ingen tvivl om, at jo flere forskellige typer problemer, et menneske slås med, jo sværere er det at komme på fode.

Portræt af de udsatte

Den godt kvarte million danskere er ikke en homogen gruppe - heller ikke, når det gælder faktorer som alder, køn og uddannelse.



Samlet set udgør de udsatte borgere 7 pct. af befolkningen, men ser man udeluk-

UDSATTE I DANMARK: Otte grupper

Udsathed har mange dimensioner og kan indkredses på mange måder. Denne undersøgelse omfatter mennesker, der inden for en periode på 5 år (2010-2014) er blevet registreret i velfærdssystemet med et af følgende:

-  En psykisk lidelse
-  Et misbrug af alkohol eller stoffer
-  Hjemløshed i kortere eller længere perioder

Er man omfattet af et af disse tre forhold, ser undersøgelsen også på:

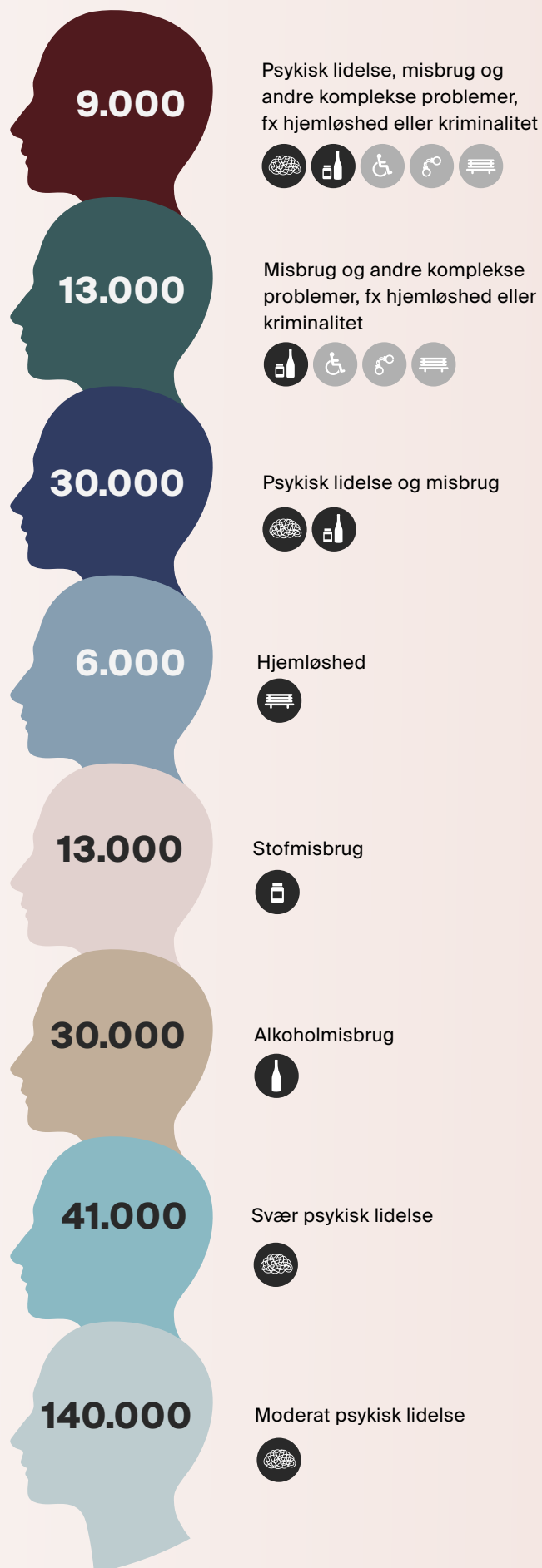
-  Fængselsophold
-  Fysiske lidelser, der skyldes et misbrug

282.000

danskere er socialt udsatte
det svarer til

7%

af befolkningen



//

På 10 år er der sket en fordobling i andelen af unge under 30 år, som får en såkaldt moderat psykiatrisk diagnose som fx angst, ADHD eller depression.

> kende på unge voksne under 40 år, er 9 pct. udsatte, mens det kun gælder 4,5 pct. af alle mellem 60 og 80 år. Den sociale udsathed fylder altså forholdsmæssigt mere i de yngre generationer, og der er en overvægt af folk under 40 år i de fleste af de otte grupper af udsatte. Denne skævhed kan dog også hænges sammen med, at et belastet liv for nogle udsatte mennesker fører til en tidlig død.

En undtagelse er gruppen af mennesker med alkoholmisbrug, hvor der er forholdsmæssigt flere midaldrende og ældre. Blandt de allermest udsatte slås de yngre særligt med stofmisbrug, hjemløshed og kriminalitet, mens de ældre oftere har et alkoholmisbrug, som har gjort dem syge.

Der er nogenlunde lige mange mænd og kvinder blandt de udsatte, men de fordeler sig meget forskelligt i de otte grupper. Størstedelen af de udsatte kvinder har en moderat eller svær psykisk lidelse, men er ikke registreret for andre behandlingskrævende problemer - mens mændene omvendt udgør den største del af de allermest udsatte grupper, der både slås med psykisk sygdom, misbrug og andre problemer. Blandt mænd er der generelt en større variation i typen af udsathed, og der er særligt flere mænd end kvinder, som har et stofmisbrug eller har været hjemløse.

Flere bor alene

Udsatte danskere har gennemgående et lavere uddannelsesniveau end resten af befolkningen. Forskellen er særligt stor blandt

ynge voksne under 40 år, hvor en stor del af de allermest udsatte ikke har nogen uddannelse ud over folkeskolen.

Sammenlignet med deres jævnaldrende bor flere udsatte mennesker alene og har ikke hjemmeboende børn. Blandt de allermest udsatte bor godt 4 ud af 5 under 60 år alene - og tallet falder ikke i takt med alderen, som det gør i den øvrige befolkning, hvor knap halvdelen af alle under 40 år bor alene uden børn, mens det kun gælder hver femte mellem 40 og 60 år.

Familiebaggrund betyder noget - men ikke alt

Der er større risiko for at være udsat, hvis man er vokset op hos lavtuddannede forældre, eller hvis mindst en af ens forældre har haft en psykisk lidelse eller et misbrug. Det viser analysen af de yngre voksne under 40 år, hvor der foreligger registerdata om både dem og deres forældre. Samtidig er langt de fleste forældre til de yngre udsatte ikke registreret med hverken psykiske lidelser eller misbrugsproblemer. De fleste forældre har desuden en erhvervsfaglig uddannelse, og en del har videregående uddannelser.

Når først man som voksen er havnet i en udsat situation, spiller familiebaggrunden ikke nogen målbar rolle for, hvilke indsatser og ydelser man får, viser analysen.

Flere unge med ondt i psyken

Ser man på udviklingen i udsathed over et tiår - fra 2004 til 2014 - træder flere markante forandringer frem.

På 10 år er der sket en fordobling i andelen af unge under 30 år, som får en såkaldt moderat psykiatrisk diagnose som fx angst, ADHD eller depression. Hvor 5 pct. af unge kvinder under 30 år fik en sådan diagnose i årene op til 2004, gjaldt det 10 pct. i årene op til 2014. For de unge mænd er stigningen 3 til 6 pct.

Også andelen af stofmisbrugere blandt unge under 30 år er fordoblet - fra 1,5 pct. til 3 pct. af de unge mænd, og fra 0,5 pct. til 1 pct. af unge kvinder. Stigningen skyldes primært, at flere unge registreres med et hashmisbrug, men samtidig er der også et stigende misbrug af kokain og amfetamin blandt unge.

Både når det gælder psykiatriske diagnoser og registreret stofmisbrug, skyldes stigningen formodentlig dels en reel udvikling, dels at der er kommet mere opmærksomhed på området, som har ført til flere udredninger og diagnosticeringer. //



DILEMMA

Kompleksitet - hos borgeren og hos kommunen

Uddrag fra Nanna Mik-Meyers bog
"Fagprofessionelles møde med udsatte klienter
- dilemmaer i den organisatoriske praksis"
(Hans Reitzels Forlag 2018).

STORE OG MELLEMSTORE kommuner er det ikke ualmindeligt, at udsatte personer bosat i kommunen både er i kontakt med kommunens beskæftigelsescenter (og tilknyttede specialafdelinger), sundheds- og omsorgscenter (og tilknyttede specialafdelinger) og socialcenter (og tilknyttede specialafdelinger). Udsatte klienter kan nemt være i kontakt med op til ti sagsbehandlere i kommunalt regi, når deres situation skal udredes og behandles. En af de interviewede klienter (Lise) opremser fx syv kontaktpersoner, og det vil sige væsentligt flere ansatte i det kommunale system, da hun beretter om, hvem hun har været i kontakt med i den seneste tid:

Jeg kom lige fra sagsbehandleren. Kom op og skulle have en vurdering af, hvad jeg fejlede. Der sidder så en psykiater og to kvinder fra psykiatrien i kommunen, og senere blev mobil-team-indsatsen sat ind, og så fik jeg familieafdelingen ind over. Jeg fik en kontaktperson til min datter, for at få noget aflastning. ... Det var dem, der kunne bestemme, om jeg skulle ud i noget jobtræning, og hvor jeg skulle havne i systemet. ... Det hele forandrede sig [igen], efter at jeg kom op i Psykiatriens Hus. (...)

Lises kontaktomfang er langt fra usædvanligt for gruppen af interviewede klienter. De er alle i berøring med mange ansatte i forskellige afdelinger, centre, sektorer mv. og har som konsekvens ofte meget svært ved at finde ud af, hvem de skal tale med i forhold til de forskellige problemer, som de skal have hjælp til at få løst. (...)

De mange aktører, som klienterne er i kontakt med, er ikke organiseret på en måde, så sagsbehandlerne nemt kan dele viden om klienterne med hinanden. Det kan skyldes en retssikkerhedsproblemstilling om, at man ikke må dele viden om en klients situation, eller det kan skyldes dårlig organisering. Uanset årsag er begrænsninger i kontaktpersoner et af de for-

//

En af de interviewede klienter (Lise) opremser fx syv kontaktpersoner, og det vil sige væsentligt flere ansatte i det kommunale system, da hun beretter om, hvem hun har været i kontakt med i den seneste tid.

hold, der vanskeliggør arbejdet for de kommunale sagsbehandlere, da deres opgave lige præcis er at koordinere de mange indsatser, som klienterne gør brug af. Som socialrådgiveren Lisa fortæller, må hun derfor være kreativ og lave egne lister med hjælpsomme personer i de andre forvaltninger og tilbud, som hun kan ringe til og få oplysninger af, når de formelle veje til viden ikke rækker. "Man må få opbygget et netværk selv", som hun siger. Det koordinerende sagsarbejde er for denne socialrådgiver altså erfaringsbestemt og afhænger af hendes evne til at trække på – samt opbygge – det rette netværk i kommunens øvrige afdelinger. Den personbårne løsning på at skaffe de nødvendige informationer rummer imidlertid en fare for, at en ensartet behandling af sammenlignelige problemer vanskeliggøres. Det kan betyde, at klienter sanktioneres forskelligt og gives forskellige muligheder, da arbejdet beror på den enkelte sagsbehandlers evne til at opbygge de rette netværk og få den nødvendige information. //

MØDER MED VELFÆRDSSYSTEMET

De mest udsatte mennesker i Danmark bruger velfærdssystemet langt mere end befolkningen generelt – ikke kun fordi de får flere sociale indsatser, men også fordi de oftere bliver fysisk og psykisk syge og har brug for behandling i sundhedsvæsenet. Samtidig bruges individuelle sociale indsatser som bostøtte og aktivitetstilbud relativt lidt, hvilket kan være med til at forstærke presset på resten af systemet.

DANMARK MØDER borgerne velfærdssystemet i mange sammenhænge – fx når vi mister jobbet, når vi bliver syge, når vi har brug for social støtte eller mangler et indkomstgrundlag. I det følgende af-dækkes det, hvor meget og hvordan den godt kvarte million udsatte borgere bruger disse ydelser.

Flere - og tidligere - kontakter til sundhedsvæsenet

Udsatte borgere bruger det somatiske sundhedsvæsen langt mere end resten af befolkningen, og de får typisk brug for at få behandlet fysiske sygdomme og lidelser meget tidligere i livet.

Forskellen sætter allerede ind blandt de unge voksne under 40 år. I 2014 kom mellem 48 og 64 pct. af de yngre udsatte i kontakt med de somatiske sygehuse, enten fordi de fik ambulans behandling, kom på skadestue eller blev indlagt. Det samme gjaldt 32 pct. af den øvrige voksne befolkning under 40 år.

Med årene bliver forskellene større, og de er særligt markante i den midaldrende del af befolkningen, som figuren her på siden viser. For de allermest udsatte borgere er det i årene mellem 40 og 59 år, at følgerne af et svært liv for alvor viser sig: I 2014 var over 70 pct. af dem i kontakt med et somatisk sygehus, mens det samme gjaldt 37 pct. af den øvrige midaldrende befolkning. Forskellene fortsætter ind i alderdommen: Mens knap halvdelen af alle danskere mellem 60 og 79 år var i kontakt med somatikken i løbet af 2014, gjaldt det mellem 69 og 83 pct. af de udsatte grupper.

Også når det gælder hjemmehjælp og hjemmesygepleje, har udsatte borgere brug for mere hjælp og tidligere i livet. Allerede før de fylder 40 år, har ca. hver tyvende af de mest udsatte grupper af psykisk syge misbrugere haft brug for hjemmesygepleje. Også her stiger brugen med alderen, særligt blandt

//
For de allermest udsatte borgere er det i årene mellem 40 og 59 år, at følgerne af et svært liv for alvor viser sig: I 2014 var over 70 pct. af dem i kontakt med et somatisk sygehus.

de mest udsatte, men også blandt mennesker med mindre komplekse problemer. For eksempel er der blandt de 60-79-årige med moderate psykiske lidelser 25 pct., der modtager hjemmesygepleje, og 21 pct., der modtager hjemmehjælp, og det er forholdsmæssigt fire gange så mange som blandt ældre borgere generelt.

En meget stor del af den godt kvarte million udsatte mennesker har været i kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen i løbet af 2014, enten i form af indlæggelse, ambulans behandling, eller fordi de har opsøgt en psykiatrisk skadestue. Her skal man huske, at en psykiatrisk diagnose er et af de kriterier, undersøgelsen bruger for at indkredse de udsatte borgere, og derfor er de høje tal ikke overraskende. Mennesker med en alvorlig psykisk lidelse har haft flest kontakter – alene blandt de yngre voksne under 40 år har 68 pct. været indlagt, fået behandling eller opsøgt skadestue. Omkring halvdelen af de psykisk syge misbrugere med eller uden komplekse problemer har været i kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen mindst en gang i 2014, og det samme gælder en tredjedel af borgerne med en moderat psykisk lidelse.

Barrierer i dele af sundhedsvæsenet

Ser man nærmere på de udsatte borgeres brug af sundhedsvæsenet, bliver det tydeligt, at der også er barrierer, som gør det svært for de mest udsatte at få hjælp.

Ambulans behandling er et af disse områder. Udsatte grupper kommer godt nok oftere til ambulans somatisk behandling end resten af befolkningen, men forskellen er ikke nær så stor, som den er for skadestuer og indlæggelser. Det skyldes formentlig, at ambulans behandling kræver en henvisning og en forudgående aftale, og det kan være svært for de mest udsatte borgere at overskue. Det samme gælder ambulans psykiatrisk behandling, som de udsatte borgere med mest kom-

//

Tallene bekræfter altså, at der visse steder i sundhedsvæsenet er barrierer, der gør det svært for udsatte borgere at bruge ydelserne.

plekse problemer bruger langt mindre end andre udsatte grupper, mens de omvendt trækker mere på de psykiatriske skadestuer.

Udsatte borgere opsøger også praktiserende læger og vagtlæger mere end resten af befolkningen, men det varierer mere, hvor meget de opsøger speciallæger. Mennesker med psykiske lidelser, som ikke har et misbrug, bruger speciallæger – herunder psykiatere – mere end resten af befolkningen, mens dem, som ud over en psykisk lidelse også har et misbrug, bruger dem lidt mindre end befolkningen generelt. De udsatte, der har et misbrug af stoffer eller alkohol, men ingen psykiatrisk diagnose, opsøger kun meget sjældent speciallæger. Generelt går udsatte borgere også meget mindre til tandlægen end resten af befolkningen.

Tallene bekræfter altså, at der visse steder i sundhedsvæsenet er barrierer, der gør det svært for udsatte borgere at bruge ydelserne. Barriererne er bl.a., at ydelserne kræver en henvisning og en forudgående aftale, at de er forbundet med ventetid eller fordrer egenbetaling.

Under hver fjerde får individuelle indsatser

Der findes en række ydelser under service-loven, der er særligt målrettet de allermest udsatte borgere. Undersøgelsen ser på fire af dem: social støtte, også kaldet bostøtte (§ 85), aktivitets- og samværsydelse (§ 104) samt midlertidige (§ 107) og længerevarende (§ 108) ophold på boformer.

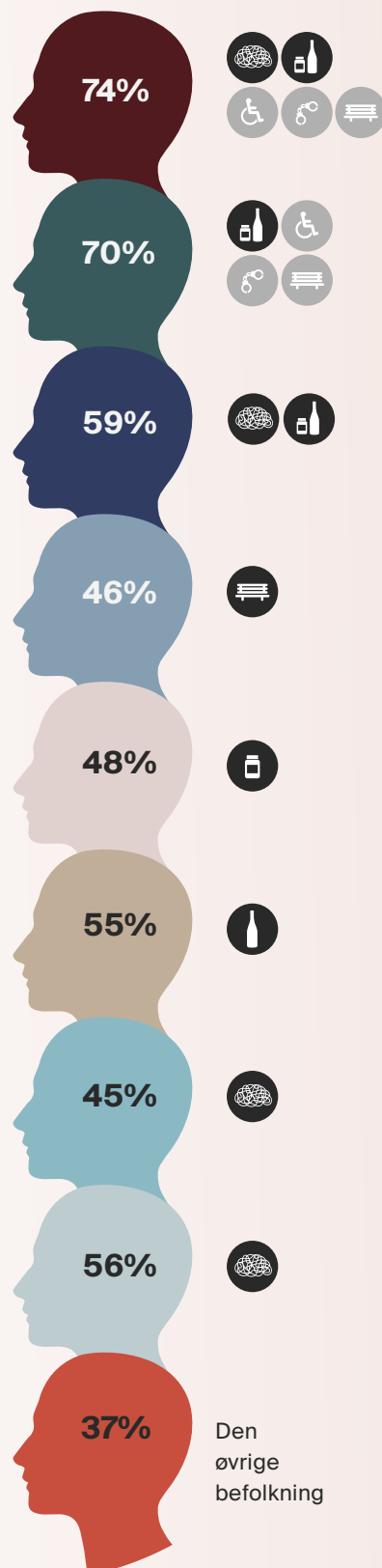
I figuren på næste side kan du se, hvor meget de otte grupper af udsatte borgere hver især bruger disse fire ydelser. Tallene er relativt lave – fra godt en femtedel af de allermest udsatte til under hver tiende af dem, der har mindre komplekse problemer.

Herberger for hjemløse (§ 110-boformer) er derimod en ydelse, som en stor del af de udsatte grupper benytter sig af. Ikke overra-

>

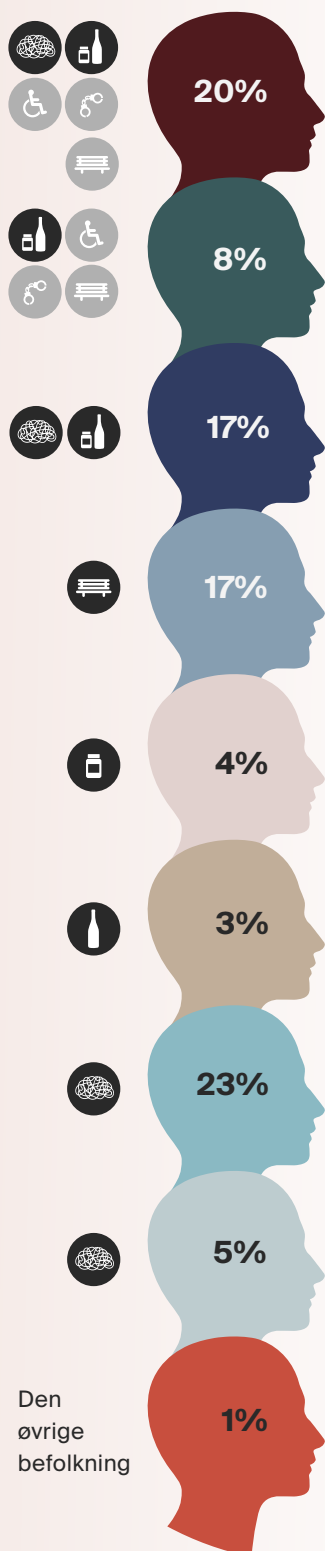
Sygdom og indlæggelser

Andel af 40-59-årige, som i 2014 fik enten ambulans behandling, behandling på skadestue eller var indlagt på sygehus.



Sociale ydelser

Andel af 18-79-årige, som i 2014 fik enten bostøtte, aktivitets- og samværsværdielse ophold på midlertidige eller på længerevarende boformer.



//
Selv blandt de allermest udsatte er det kun godt hver femte, der får en individuel og 'håndholdt' indsats under serviceloven som fx bostøtte eller aktivitetstilbud.

> skende ligger gruppen af hjemløse her højest – 37 pct. har boet på herberg i 2014 og haft i gennemsnit 43 overnatninger. I grupperne af misbrugere med komplekse problemer (med eller uden psykisk sygdom) er der også en del, der har boet på herberg i 2014. Blandt udsatte borgere med misbrug deltog mellem 25 og 40 pct. i behandling i 2014. Det er en relativt beskedne andel, som tyder på, at der også her er en barriere for de mest udsatte borgere.

Få håndholdte indsatser og megen akut hjælp

Tallene bekræfter alt i alt, at udsatte borgere bruger velfærdssystemet langt mere end resten af befolkningen, men de viser også en bemærkelsesværdig skævhed i brugen.

Selv blandt de allermest udsatte er det kun godt hver femte, der får en individuel og 'håndholdt' indsats under serviceloven som fx bostøtte eller aktivitetstilbud. Det er et forbausende lavt tal, set i lyset af at formålet med indsatser som disse netop er at hjælpe og støtte borgeren i hverdagen, ikke mindst i forhold til at koordinere brugen af andre indsatser på tværs af sektorer.

Tallene viser også tydeligt, at udsatte borgere oftere opsøger akut hjælp som fx herberger eller somatiske og psykiatriske skadestuer, mens deres brug af ambulante tilbud er noget lavere. Særligt de allermest udsatte får ofte akut hjælp, og det er nærliggende at formode, at nogle af disse kontakter kunne forebygges, hvis de individuelle sociale indsatser var mere udbredte. Her ligger et potentiale til at skabe mere sammenhæng i indsatserne og dermed hjælpe de mest udsatte borgere, før deres problemer bliver akut behandlingskrævende. //

DILEMMA

Dobbeldiagnoser og snævre ekspertiseområder

Uddrag fra Nanna Mik-Meyers bog

”Fagprofessionelles møde med udsatte klienter – dilemmaer i den organisatoriske praksis.”

(Hans Reitzels Forlag 2018)

FØLGE DE FAGPROFESSIONELLE er en af grundene til, at dobbeltdiagnosticerede klienter ofte vender retur, at de forskellige systemer, de er i kontakt med, ikke forstår at samarbejde indbyrdes og i fællesskab løse de problemer, klienterne har. Det er især samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling, der ifølge interviewpersonerne forvolder problemer. Af de interviewede ca. 30 ansatte, der beskæftiger sig fagligt med dobbeltdiagnosticerede personer, forklarer to tredjedele, at det skyldes, at de to behandlingssystemer arbejder adskilt og ud fra to ufornelige rationaler, der hver især understøttes af en snævert afgrænset ekspertise. De fagprofessionelle kan behandle de problemer, der falder inden for deres ekspertiseområde (misbrug –eller psykiatri), men kan ikke arbejde med problemkomplekser, der er kendetegnet ved at kombinere begge områder. Når en udsat klient derfor både misbruger stoffer og er psykisk ustabil, vil han eller hun med stor sandsynlighed blive sendt fra det ene system til det andet med den konsekvens, at behandlingen vil få meget svære kår og i mange tilfælde gå i stå. Det snævert afgrænsede ekspertiseområde, som definerer de fleste tilbud til udsatte klienter som *enten primært stofmisbruger eller primært psykisk syg*, forhindrer en mere helhedsorienteret tilgang til behandlingen. (...)

Opdelingen skyldes ifølge mange ansatte, at det er uklart, hvad der er roden til problemet: *”Er det den psykiske lidelse, hvor man hører stemmer eller et eller andet, som gør, at man tager nogle stoffer, eller bruger man alkohol til at få ro på stemmerne og få ro på sig selv? Eller er det stofferne og alkoholen, der faktisk udløser, at man får en psykose?”*, som en bostøtte fortæller. Det er altid *”den der med hønen og ægget”* eller *”det er jo næsten umuligt at finde ud af, hvad der er årsag og virkning, altså om det er hønen eller ægget”*, som to kolleger, der arbejder i andre dele af landet og i forskellige institutioner, udtrykker det. Problemet er den manglende konsensus om, hvilke af de to diagnoser der skal behandles først. (...)

//

De fagprofessionelle kan behandle de problemer, der falder inden for deres ekspertiseområde (misbrug eller psykiatri), men kan ikke arbejde med problemkomplekser, der er kendetegnet ved at kombinere begge områder.

For at behandlingen kan lykkes, må de udsatte personer tilpasse deres problemer og symptomer til det system, som de er visiteret til. De skal stoppe deres misbrug, hvis de skal behandles for deres psykiske lidelser. Og vice versa. Man kan argumentere for, at begrebet ”dobbeldiagnose” mest af alt er en systemkonstruktion og ikke en betegnelse, der repræsenterer den situation, hovedparten af udsatte klienter har. Med opdelingen af misbrugs- og psykiatriske behandling sløres de overlappende aspekter af deres problemer. Det er derfor heller ikke overraskende, at mange klienter – ifølge de fagprofessionelle – oplever ikke at passe ind noget sted, men *”ender mellem to stole”*, som en ansat fortæller. //

UDGIFTER TIL INDSATSER

Omsorgen for udsatte borgere koster på tværs af velfærdssystemet ca. 41 mia. kr. om året i nettoudgifter. En stor del af pengene går til overførselsindkomster og sociale ydelser, men også behandling af fysiske og psykiske sygdomme genererer betydelige udgifter. Fordelt på den godt kvarte million udsatte borgere svarer nettoudgiften til 146.000 pr. person, men der er store variationer mellem grupperne.

2014 BLEV DER på tværs af velfærdssystemet brugt 57,7 mia. kr. på omsorgen for de 282.000 mennesker, der er fokus for undersøgelsen. Samtidig betalte de udsatte borgere tilsammen 16,4 mia. kr. i skat – nogle af dem af overførselsindkomst, andre af arbejdsindkomst. Skatteindtægterne skal trækkes fra statens udgifter, og resultatet er en nettoudgift for velfærdssystemet på 41,3 mia. kr.

Forsørgelse og behandling koster mest

I figuren her på siden kan du se, hvordan bruttoudgiften på 57,7 mia. kr. til de mest udsatte borgere fordeles sig mellem sektorerne. Opgørelsen inkluderer både udgifter til overførselsindkomster, sociale indsatser, sundhedsvæsen, retsvæsen og kriminalforsorg.

Den største post er overførselsindkomster, som med 30,7 mia. kr. står for lidt over halvdelen af de samlede bruttoudgifter. Overførselsindkomster dækker kontanthjælp, førtidspension, folkepension og anden overførsel, dvs. dagpenge, efterløn, SU, boligstøtte, børnetilskud og børnefamilieydelse.

Misbrugsbehandling, herberger og øvrige servicelovsydelser – som fx bostøtte, botilbud og aktivitetstilbud – koster tilsammen 9,2 mia. kr., mens somatisk og psykiatrisk behandling genererer udgifter for 12,4 mia. kr. Der bruges 1,5 mia. på beskæftigelsesrettede indsatser, mens fængsel og retssager står for 1,4 mia. kr.

Samlet set er der altså betydelige udgifter forbundet med udsathed i forskellige dele af det offentlige system. Dertil kommer udgifter, der ikke er medregnet i undersøgelsen, fx åbne værestedstilbud og sociale aktiviteter, som er drevet af civilsamfundets aktører og organisationer.

Store forskelle i udgifter pr. person

Ser man på tværs af den godt kvarte million mennesker, der indgår i denne undersøgelse, er velfærdssystemets årlige nettoudgifter ca.

146.000 kr. pr. person. Som det fremgår af figuren nederst her på siden, er der dog meget store forskelle i udgiften pr. person på tværs af de otte grupper.

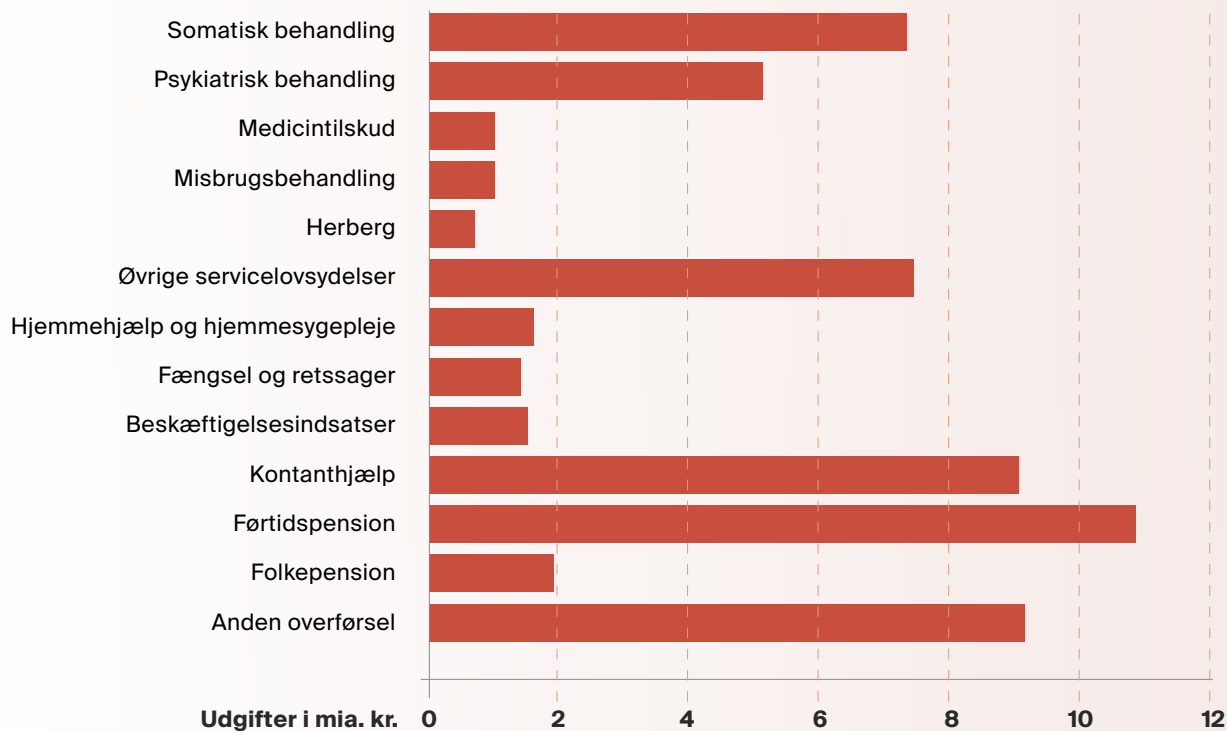
De største udgifter pr. person finder man blandt de mennesker, der har en alvorlig psykisk lidelse og/eller et misbrug, der for nogle har ført til kriminalitet, hjemløshed eller fysisk sygdom. Her ligger udgiften mellem 223.000 og 339.000 kroner pr. person. For mennesker, der er diagnosticeret med et stofmisbrug, alkoholmisbrug eller en moderat psykisk lidelse, men som ikke er registreret med andre af de problemer, undersøgelsen indtager, ligger udgifterne noget lavere – mellem 79.000 og 107.000 kr. om året.

For den øvrige befolkning er nettoudgiften negativ i den forstand, at den gennemsnitlige dansker betaler en skat, der mere end opvejer statens udgifter til vedkommendes velfærdsydelser på et år. Bruttoudgiften pr. person er ca. 57.000 kr. om året. //

//

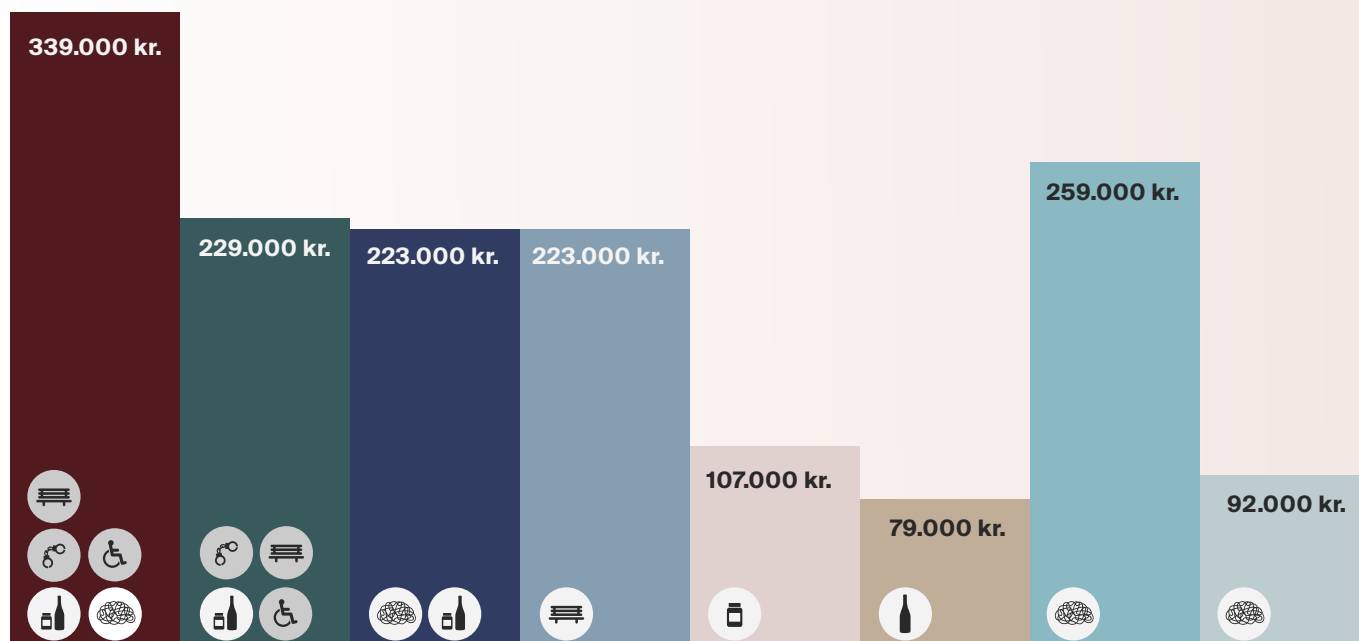
De største udgifter pr. person finder man blandt de mennesker, der har en alvorlig psykisk lidelse og/eller et misbrug, der for nogle har ført til kriminalitet, hjemløshed eller fysisk sygdom.

Årlige bruttoudgifter til udsatte



Årlig nettoudgift pr. person

De 282.000 mest udsatte borgere genererer årligt udgifter i velfærdssystemet for **57,7 mia. kr.** og betaler **16,4 mia. kr.** i skat (2014). Nettoudgiften er altså **41,3 mia. kr.**



INTERVIEW

”Det afgørende er, at man i højere grad giver hjælpen i hverdagen”



Lars Benjaminsen
Seniorforsker, VIVE
– Det Nationale Forsknings-
og Analysecenter for
Velfærd

//
Velfærdssystemet har desværre en strukturel tendens til at danne fagsiloer, og det er til stor skade for de mest udsatte mennesker.

Lars Benjaminsen, du har ledet den kvantitative del af undersøgelsen, som bruger registeroplysninger til at afdække brugen af indsatser og udgifter hertil. Hvad er de vigtigste konklusioner her?

”Jeg vil fremhæve to væsentlige resultater af undersøgelsen.

For det første viser vores analyse, at de mest udsatte mennesker i Danmark bruger velfærdssystemet rigtigt meget på tværs af sektorerne, og at omsorgen for de svageste dermed genererer store udgifter for samfundet – godt 41 mia. kroner i nettoudgifter ifølge vores udregninger. Så helt overordnet bekræfter undersøgelsen, at omsorgen for de mest udsatte danskere skaber store udgifter for velfærdssystemet.

For det andet er der nogle interessante skævheder i brugen af indsatser, når vi netop ser på tværs af sektorerne. Man kunne jo formode, at vi blandt de allermest udsatte – de psykisk syge misbrugere, der også fx har begået kriminalitet, været hjemløse eller er blevet fysisk syge af deres misbrug – ville finde rigtigt mange, der får de individuelle og ’håndholdte’ sociale indsatser, der faktisk er etableret med dem som målgruppe. Det er fx bostøtteindsatser eller aktivitetstilbud, hvor formålet er at støtte folk i hverdagen, så man netop undgår, at de bliver indlagt eller sat ud af deres bolig. Men faktisk er det kun omkring en femtedel af de mest udsatte borgere, der får sådan nogle indsatser.

Til gengæld finder vi et ret højt forbrug af de tungere og mere akutte indsatser, ikke kun i socialektoren, men også som indlæggelser på både psykiatriske og somatiske sygehusafdelinger. Det er ikke nødvendigvis negativt, for det betyder jo også, at folk forhåbentlig får den hjælp, de har brug for, men det er ikke urimeligt at formode, at man kunne undgå nogle af de tungere indsatser, hvis man

gav flere af de svageste borgere individuel støtte i hverdagen. Med andre ord tyder meget på, at der er et stort potentiale for sociale investeringer.”

Hvilke sociale investeringer kunne det fx være?

”Nu bygger vores analyse jo på tal fra 2014, og der sker heldigvis meget på det her område i disse år. Der er kommet mere fokus på de recovery-orienterede indsatser, hvor man tager udgangspunkt i borgerens egne ønsker og støttebehov og hjælper med det, han eller hun selv oplever at have brug for hjælp til i hverdagen. Der har bl.a. været forskellige satspuljeprogrammer, som har udviklet og afprøvet nye individuelle støtteformer, som er hentet fra USA og Canada og tilpasset en dansk kontekst, fx Critical Time Intervention, også kaldet CTI, og Assertive Community Treatment, også kaldet ACT. En metode som ACT tager udgangspunkt i et tværfagligt indsats-team, hvor der både deltager en socialpædagog, en sygeplejerske, en misbrugsbehandler, en socialrådgiver og så videre, som støtter borgeren i eget hjem eller dér, hvor vedkommende nu befinder sig. Det giver mulighed for at give en helt individuelt tilpasset støtte til den enkelte borger, fx afhængig af, om der er mest brug for social støtte eller hjælp til helbredsrelaterede problemer.

Evalueringen af den type indsatser har vist gode resultater. Nogle kan få det lidt bedre, nogle kan få det meget bedre – de fleste har stadig brug for støtte, men der er et rum at arbejde med, og erfaringen viser, at man kan nå rigtigt langt. Men det er stadig meget begrænset, hvor meget man bruger de her metoder i Danmark, og jeg tror, der er et betydeligt potentiale for at styrke indsatsen ved at gå mere den vej. Det afgørende er, at man i højere grad giver hjælpen i hverdagen og ikke først, når det går galt, og der er brug for fx en indlæggelse.”

//

Det gælder om at få så mange med som muligt – og give folk den rette hjælp til at komme med.

Du peger på indsatser, hvor forskellige faggrupper arbejder meget tæt sammen i tværfaglige team. Hvilken forskel gør det?

”Det gør jo den forskel, at man bringer alle fagligheder ind i et integreret samarbejde om og med den udsatte borger, i stedet for at de sidder adskilt i forskellige institutioner og fagsystemer og skal koordinere deres indsatser – eller værre endnu, at borgeren selv skal forsøge at navigere mellem forskellige dele af systemet. Velfærdssystemet har desværre en strukturel tendens til at danne fagsiloer, og det er til stor skade for de mest udsatte mennesker, hvad denne undersøgelses kvalitative del jo også peger på. Med udgangspunkt i min egen del af undersøgelsen kan man tilføje, at konsekvensen af det formodentlig er, at de her borgere ender med at trække på mange forskellige dele af systemet. Det har store økonomiske omkostninger for samfundet, men det har så sandelig også nogle menneskelige omkostninger for den enkelte. Og her peger forskningen på, at hjælpen til de svageste bliver mere effektiv, når velfærdssystemet formår at levere en reelt integreret indsats, hvor faggrupperne arbejder sammen i team tæt på borgeren.”

Nu taler vi om intensive indsatser til de allersvageste borgere, men undersøgelsen fokuserer jo på over en kvart million danskere. Hvordan er billedet for denne store gruppe?

”Det er meget vigtigt at påpege, at langt fra alle de borgere, som vi ser på i undersøgelsen, er det, man ville betegne som alvorligt udsatte. Der er tale om en bred gruppe af mennesker – i den ene ende af spektret folk med misbrug, alvorlige psykiske lidelser og ret komplekse problemer i øvrigt, og i den anden ende af spektret folk, der fx har været i kontakt med behandlingssystemet om

en psykiatrisk lidelse som depression eller angst, eller som har søgt hjælp til at håndtere et alkoholproblem, men som ikke nødvendigvis har så mange andre problemer i deres liv. Blandt dem er det op mod halvdelen, som er i arbejde, men der er også folk, som er faldet ud af arbejdsmarkedet og er i en sårbar position, hvor de med den rette støtte kan komme i arbejde og på fode igen – så her er de beskæftigelsesrettede indsatser rigtig vigtige.”

Hvilke beskæftigelsesrettede indsatser kunne være relevante her?

”Ligesom for de svageste borgere er integrerede indsatser et nøgleord – altså indsatser, hvor man både hjælper folk med at komme ud på arbejdsmarkedet og med at håndtere de problemer af mere social karakter, der kan dukke op på vejen. Det kan fx være en indsats som Individual Placement and Support eller IPS, på dansk kaldet Individuelt Planlagt job med Støtte, som afprøves flere steder i de her år med gode resultater.

Beskæftigelsesindsatsen er helt central her, fordi netop det at komme ud på en arbejdsplads også kan være med til at skabe ny mening for en udsat borger og dermed være med til at styrke en recovery-proces – hvis man vel at mærke får den rette støtte på vejen til også at håndtere sine andre udfordringer. Gevinsten er ikke kun at skabe selvforsørgelse, men også at forebygge, at det er nødvendigt med andre indsatser og på den måde igen forebygge de store udgifter på tværs af velfærdssystemet. Det gælder om at få så mange med som muligt – og give folk den rette hjælp til at komme med.” //

VIVE-rapporten ”Sociale udsatte borgeres brug af velfærdssystemet. Samfundsøkonomiske aspekter” kan downloades via vive.dk. Rapporten er skrevet af Lars Benjaminsen, Jesper Fels Birkelund, Morten Holm Enemark og Stefan Bastholm Andrade.

ARBEJDE OG INDKOMST

Et flertal af de udsatte danskere lever på overførselsindkomst, men blandt folk med mindre komplekse problemer, som fx et alkoholmisbrug eller en moderat psykisk lidelse, er op mod halvdelen i arbejde. De udsatte borgere udgør dog en stor andel af den samlede gruppe af kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister.

HOVEDPARTEN AF DE 282.000 mennesker, der er undersøgelsesfokus, befinder sig uden for arbejdsmarkedet og har kontanthjælp eller førtidspension som deres forsørgelsesgrundlag. Der er dog meget store forskelle på de otte grupper, som figurerne på de næste sider viser.

Op mod halvdelen er i arbejde blandt de udsatte grupper, der har en moderat psykisk lidelse eller et alkoholmisbrug, men ikke er registreret med andre problemer. Blandt de allermost udsatte – psykisk syge misbrugere med andre komplekse problemer – er det under hver tiende, som har et arbejde.

Forskellene illustrerer, at gruppen af udsatte er meget bredt defineret og også omfatter mennesker, vi ikke i gængs forstand vil betragte som socialt udsatte, men som snarere befinder sig i en risikogruppe. Nogle af dem fastholder et arbejde, andre befinder sig måske på kanten af arbejdsmarkedet og har brug for støtte for at komme tilbage – mens andre igen har meget komplekse problemer og befinder sig meget langt fra arbejdsmarkedet.

Forskellene tegner sig også tydeligt i, hvor meget folk på og uden for arbejdsmarkedet hver især bruger velfærdssystemets tilbud og ydelser. Ikke overraskende er der langt færre af de udsatte borgere i arbejde, som modtager overførselsindkomst. De bruger også færre sociale indsatser – fx får kun ganske få procent af dem bostøtte eller aktivitetstilbud efter serviceloven. Også i sundhedsvæsenet ses der forskelle: Udsatte mennesker, der er i arbejde, opsøger sjældnere praktiserende læger og speciallæger, og de bliver sjældnere indlagt end udsatte borgere uden for arbejdsmarkedet.

Yngre på kontanthjælp, ældre på førtidspension

Kontanthjælp er forsørgelsesgrundlaget for

//

Udsatte mennesker, der er i arbejde, opsøger sjældnere praktiserende læger og speciallæger, og de bliver sjældnere indlagt end udsatte borgere uden for arbejdsmarkedet.



18-39-årige på dagpenge, kontanthjælp og førtidspension

en stor del af de yngre udsatte under 40 år, mens der blandt midaldrende udsatte er en større del, der modtager førtidspension.

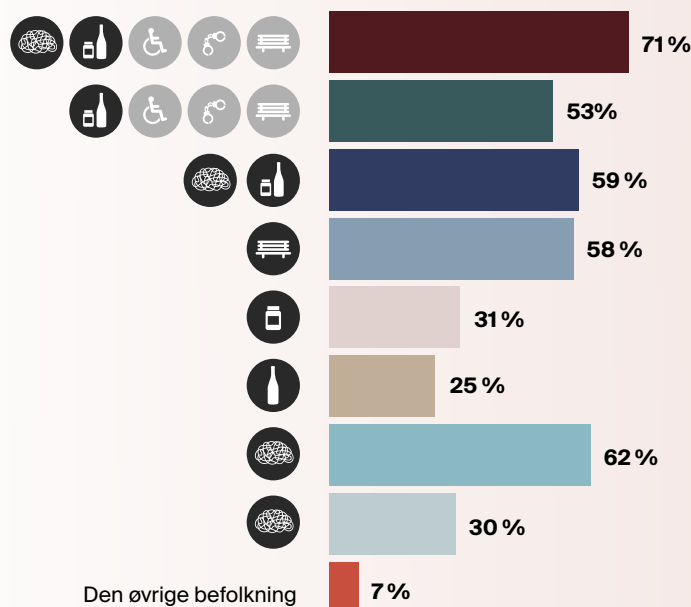
Blandt de voksne under 40 år, der har de mest komplekse problemer, er over halvdelen på kontanthjælp, mens det gælder mellem 15 og 23 pct. af dem, der har søgt hjælp til en moderat psykisk lidelse eller et misbrug af stoffer eller alkohol.

Nogle af de udsatte unge er desuden registreret som studerende. Der er fx forholdsmæssigt lige så mange studerende blandt unge med en moderat psykisk lidelse, som der er blandt unge under 40 år generelt, nemlig 26 pct. Mellem 15 og 19 pct. af alle unge med en alvorligere psykisk lidelse eller et misbrug er i gang med en uddannelse, og det samme er 7 pct. af de mest belastede psykisk syge misbrugere under 40 år. Unge med mindre komplekse problemer studerer oftest på en videregående uddannelse, mens de forholdsvis få studerende unge med meget komplekse problemer i højere grad er at finde på de erhvervsfaglige uddannelser.

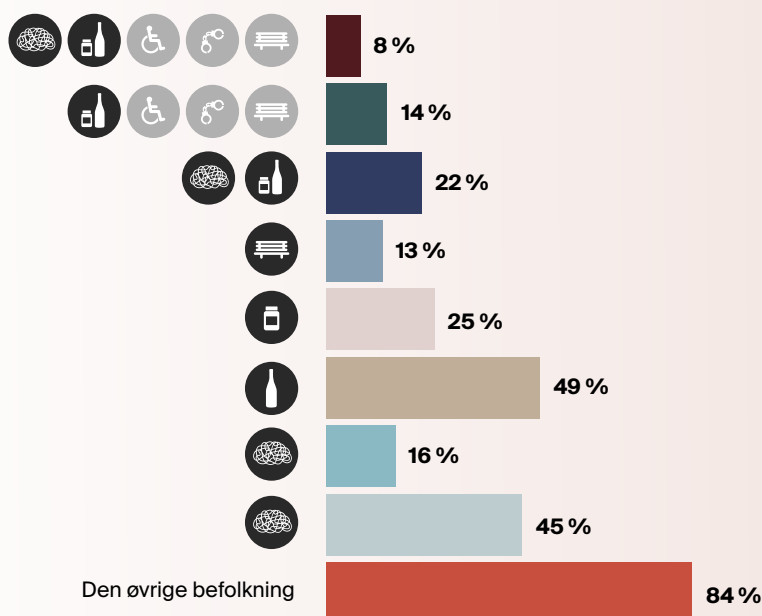
Tallene kan ses som udtryk for, at en del udsatte unge forsøger at gennemføre en uddannelse, men de kan også afspejle, at nogle af de unge finder et alternativ til kontanthjælp i SU-systemet. Tidligere forskning viser, at udsatte unge har en højere risiko for at afbryde deres uddannelse, og at de ofte har brug for social støtte for at kunne gennemføre et uddannelsesforløb.

Fordelingen af udsathed

De udsatte borgere udgør kun en mindre del af den aktive arbejdsstyrke, mens de fylder relativt meget i den samlede gruppe af kontanthjælpsmodtagere. Det gælder særligt blandt de yngre voksne under 40 år, hvor 46 pct. af alle kontanthjælpsmodtagere er udsatte i den definition, som denne undersøgelse arbejder med. 20 pct. eller hver femte af alle yngre kontanthjælpsmodtagere tilhø-



40-59-årige i arbejde

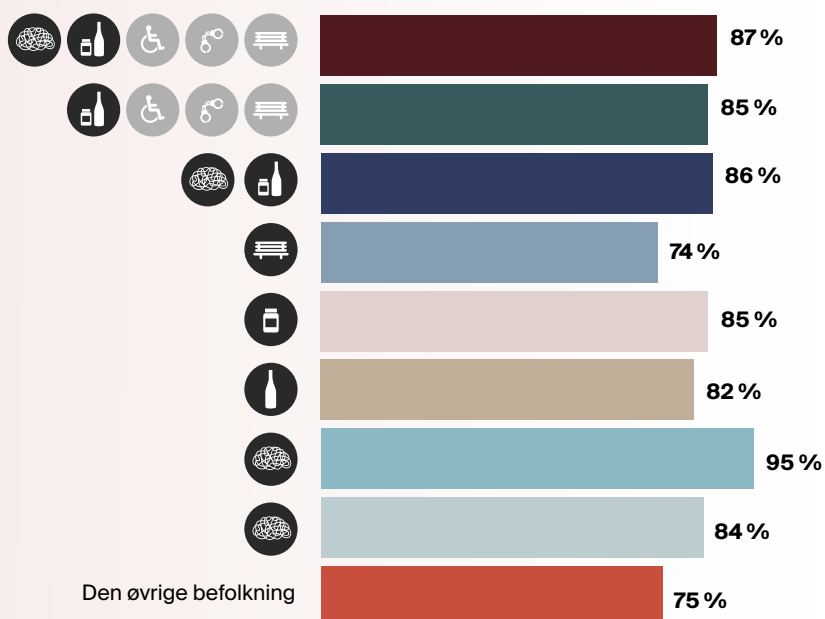




//

Der er forholdsmæssigt lige så mange studerende blandt unge med en moderat psykisk lidelse, som der er blandt unge under 40 år generelt, nemlig 26 pct.

60-79-årige på førtidspension, efterløn eller folkepension



> rer gruppen med moderate psykiske lidelser, mens 9 pct. har en svær psykisk lidelse.

31 pct. af alle kontanthjælpsmodtagere mellem 40 og 59 år er udsatte borgere. Her er der færre med alvorlige psykiske lidelser end blandt de yngre, hvilket afspejler, at flere midaldrende med svære psykiatriske diagnoser har fået tilkendt førtidspension.

De udsatte borgere fylder også en del i den samlede gruppe af førtidspensionister – 37 pct. af de yngre og 27 pct. af de midaldrende førtidspensionister er det, denne undersøgelse vil betegne som udsatte. De forholdsvis lave tal afspejler, at førtidspension også tildeles af en række andre grunde, der ikke har med social udsathed at gøre, fx et fysisk handicap eller en kognitiv funktionsnedsættelse. //

DILEMMA

Beskæftigelsesfokus for de mest udsatte

Uddrag fra Nanna Mik-Meyers bog
"Fagprofessionelles møde med udsatte klienter – dilemmaer i den organisatoriske praksis"
(Hans Reitzels Forlag 2018).

ARBEJDET MED KLIENTER er alt afhængigt af kommune og indsatsstype forankret i forskellige dele af den kommunale forvaltning; i social-, sundheds- og/eller beskæftigelsesforvaltningerne. Det deltagende misbrugscenter, der tilbyder behandling til personer med et længerevarende misbrug, er fx forankret i kommunens social- og beskæftigelsesforvaltning. I samtlige interview med de otte ansatte på denne institution falder talen undervejs på dette forhold. Centrets placering i kommunens beskæftigelsesafsnit betyder nemlig, at behandlingsarbejdet også skal inkludere en beskæftigelsesrettet indsats. Lederen af misbrugscentret fortæller, at "job og uddannelse, det er vores kerneopgaver, det skal vi kunne i søvne".

Det er dog ikke alle fagprofessionelle, der mener, at job og uddannelse er helt oplagte mål for arbejdet, da de mener, at heroin og andre gennemgribende stoffer kan være uforenelige med at kunne varetage et arbejde og passe en uddannelse. Flere ansatte undrer sig derfor over de "overordnede rammer", som en sygeplejerske fortæller. Hun ser udelukkende beskæftigelsesfokusset som udtryk for en politisk ambition om at få flest mulige i job. Hun mener ikke, at job "er spor sandsynligt", og efterspørger en diskussion af, "hvor ambitionsniveauet skal ligge henne". En social- og sundhedsassistent stiller sig også skeptisk an og siger, at et beskæftigelsesmål er realistisk for en meget lille procentdel af de klienter, der bruger stedet. Hun fortæller, at mere realistiske mål er "at stå op om morgenen, lære om personlig hygiejne, hvordan man taler til et andet menneske, der sidder foran en", og fastslår, at det nuværende beskæftigelsesmål er:

Et uoverskueligt mål, det ligger så langt ude i fremtiden. Det er jo fint at have noget at pejle efter, men jeg synes jo, at livskvalitet for en stor del af dem, som er her, er vigtigere. Det vil ikke være job, det vil være at få en lille smule struktur i sin hverdag.

En anden sundhedsfagligt uddannet medarbejder fortæller, at centrets målgruppe er kendetegnet ved deres "truende og udadreagerende" handlinger, der ikke gør dem særlig egnet til arbejdsmarkedet, og en tredje sundhedsfaglig medarbejder problematiserer beskæftigelsesmålet i lyset af sin uddannelsesmæssige baggrund:

Vi er jo uddannet til at... Jeg er uddannet til at give dem medicin og observere, om de kan tåle deres medicin. At yde omsorg. Jeg er jo ikke uddannet til at tænke "Hvordan kan du lige få et arbejde?". Så det er jo det, der er svært.

Endelig forklarer en medarbejder med mange års gadeplanserfaring og stort kendskab til den specifikke gruppe af klienter, der bruger centret, at man er "bindegale" med alt, der er arbejdsmarkedsrettet:

Gadeplansmedarbejder: De er bindegale med, at alle skal være arbejdsmarkedsparate (...). De er fuldstændig ... Altså ... Jamen, det er – undskyld mig – men det er lidt sygeligt. Det er en lille smule sygeligt med denne her tilgang, som de har til det. At alle ... Selvfølgelig er det da rigtigt, at hvis man fra det offentlige indretter arbejdspladser, som de kan rumme, eller der kan rumme dem, jamen, så vil det skabe værdighed for dem. Det har vi set inden finanskrisen i 2008. Der var der nogle, der kom i arbejde, og det skabte en værdighed at tjene sine penge selv. Men de her arbejdspladser, som eventuelt måske kunne glæde mine borgere, mine gadeborgere, de er der ikke. Og jeg tror ikke, at ... Altså, det er den ene side af sagen. Den anden side af sagen er, at størstedelen af dem er så dårligt fungerende, at de slet ikke vil kunne varetage et arbejde. Det ville være over deres evne overhovedet bare at skulle møde på arbejde. Altså, deres arbejde er at gå ned på gaden og så sidde med venner og drikke og så tage hjem. Og hvis de klarer at have en lejlighed, der ikke gror til, så er det faktisk meget fint. Det er faktisk rigtig fint. (...) Og det er jo sådan, at politikerne – og til dels embedsmændene også – de ved ikke, hvad de har med at gøre. De kender ikke... De kan ikke forestille sig, hvor få kompetencer et menneske kan have. Det kan de ikke. //

UDSATHEDENS DANMARKSKORT

Udsatheden er meget ulige fordelt mellem landets kommuner, og uligheden er blevet større i det seneste tiår. Der er især kommet forholdsmæssigt flere udsatte unge under 40 år i udkantkommunerne, mens den største andel af midaldrende og ældre udsatte findes i København og dens vestlige omegnskommuner.

D E TO DANMARKSKORT her på siden viser, hvilke kommuner der havde den laveste og højeste andel af udsatte borgere i henholdsvis 2004 og 2014. Kortene viser, at der i løbet af tiåret er sket en geografisk forskydning af udsatheden, som har ført til en øget polarisering mellem forskellige landsdele.

Den højeste andel udsatte ses i områder på det vestlige og sydlige Sjælland, Lolland-Falster og dele af Fyn og Sønderjylland, og i flere kommuner i disse områder er der sket en stigende koncentration af udsatte borgere mellem 2004 og 2014. De laveste andele findes bl.a. i Nordsjælland, i kommunerne omkring Aarhus og i de nordligste kommuner i Jylland.

Færre udsatte unge i byerne

Det er særligt unge udsatte under 40 år, der har trukket den udvikling, som de to kort afspejler. Navnlige i områder i Region Sjælland og i Region Syddanmark har der været en betydelig stigning i andelen af udsatte borgere under 40 år. Og mens der i 2004 var forholdsvis flere yngre udsatte i de store byer end i resten af landet, er denne forskel forsvundet i 2014. Der er altså tegn på, at der sker en stigende koncentration af udsatte borgere under 40 år i landets yderområder.

Når det gælder de midaldrende og ældre udsatte, findes de højeste andele derimod i hovedstaden og i dens vestlige omegnskommuner. Her ses formentlig et historisk aftryk fra den tid, hvor København var præget af stor arbejdsløshed og sociale problemer. Der er således en forholdsvis høj andel af udsatte med meget komplekse problemer eller alkoholmisbrug blandt de midaldrende og ældre udsatte københavnere.

Udviklingen i udsathedens Danmarkskort er naturligvis også del af en større udvikling, hvor der særligt i de yngre generationer er sket en tilvækst af meget ressourcestærke

borgere i storbyerne. Det skubber andelen af udsatte borgere i kommunen ned, selvom der ikke nødvendigvis bliver færre af dem i absolutte tal.

Flyttemønstre

Ser man nærmere på flyttemønstrene blandt udsatte og i befolkningen generelt – altså sammenhængen mellem, hvor man er født, og hvor man boede i 2014 – dukker der ingen entydige forskelle op. Udsatte mennesker flytter med andre ord fra land til by eller by til land i nogenlunde samme omfang og mønster over et livsforløb som resten af befolkningen.

I de store byer, særligt i København, er der dog generelt en stor andel af unge under 40 år, som er født i andre dele af landet. Det kan være med til at forklare, at de udsatte relativt set udgør en lavere andel af de unge voksne i de store byer.

Geografiske forskelle i indsatser

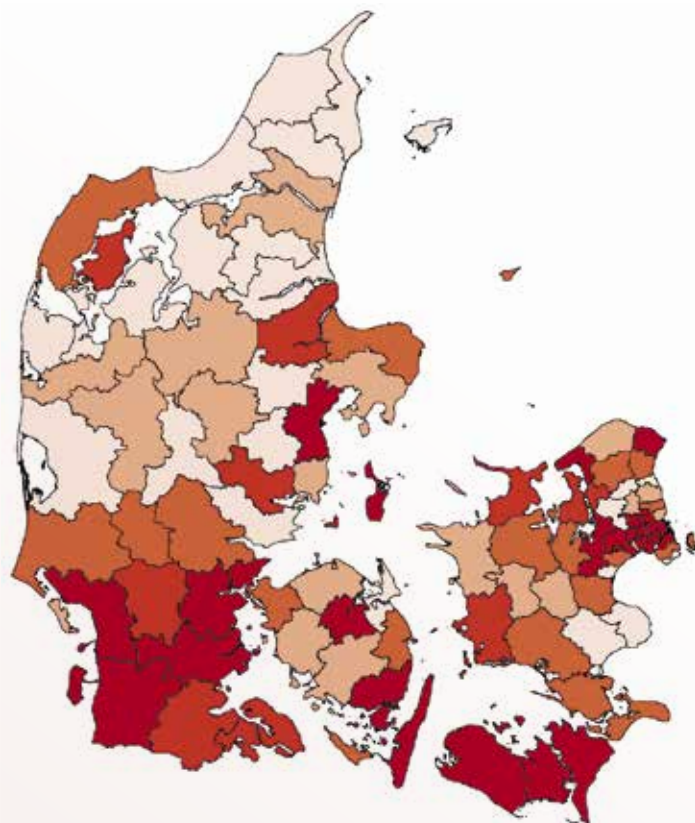
Danmarkskortene illustrerer også, at de økonomiske udgifter til udsatte borgere er meget ulige fordelt mellem forskellige områder i landet. Ikke overraskende er det i de relativt ressourcetsvage områder i landet med den højeste andel af udsatte, at vi finder de højeste udgifter til indsatser og ydelser til de udsatte grupper – mens de laveste udgifter til indsatser og ydelser for de udsatte grupper tilsvarende findes i en række ressourcestærke omegnskommuner rundt om storbyerne.

På den måde har de samfundsmæssige omkostninger til de udsatte grupper en skæv geografisk profil: Udgifterne vejer tungest i områder, der i forvejen har færre ressourcer end landet som helhed, fx fordi der er højere arbejdsløshed eller et lavere indkomstgrundlag end i resten af landet. //

//
Navnlige i områder i Region Sjælland og i Region Syddanmark har der været en betydelig stigning i andelen af udsatte borgere under 40 år.

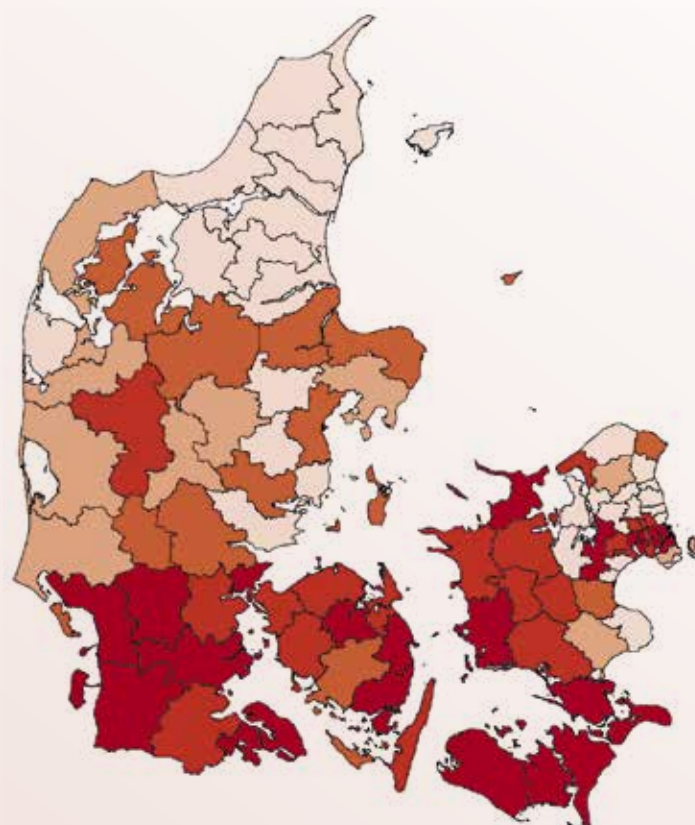
Udsatte borgere i kommunerne

2004



Kommunerne er opdelt
i fem grupper (kvintiler)
efter, hvor stor en andel af
deres borgere der tilhører
gruppen af udsatte.

2014





DILEMMA

At skaffe boliger i en boligløs virkelighed

Uddrag fra Nanna Mik-Meyers bog
"Fagprofessionelles møde med udsatte klienter
– dilemmaer i den organisatoriske praksis."
(Hans Reitzels Forlag 2018)

AT SKAFFE BOLIGER til hjemløse er en central del af arbejdet for ansatte på forsorgshjem og i de kommunale forvaltninger, og det er meget vanskeligt. På tværs af interviewene er der generel enighed om, at det er svært – nærmest umuligt – at finde boliger til klienterne. Helt generelt siger mange fagprofessionelle på forskellige måder, at boligerne slet ikke eksisterer, og forsorgshjemspersonalet fortæller, at de mangler støtte til boligarbejdet fra klienters hjemkommuner, dvs. der, hvor klienten sidst havde folkeregisteradresse, og mener i øvrigt, at der mangler mange flere almene og "skæve boliger". En skæv bolig er typisk en lille lejlighed, hvor beboerne har lidt mere frie rammer, end det man normalt tolererer i almennyttige boliger. Derudover er der knyttet en social vicevært til de skæve boliger, som hjælper beboerne i dagligdagen. Ifølge mange ansatte er der "*ikke nok skæve boliger*", som pædagogen Jakob fortæller, og hans kollega, Dorthe, betoner på lignende vis, at "*der skal være nogle flere skæve boliger, fordi der er fandeme mange skæve mennesker, som ikke kan være ude i vores kasser*". (...) Der er et misforhold mellem de overordnede krav om boligsøgning på forsorgshjemmene og den praktiske, boligløse virkelighed. De ansatte er derfor fanget i dilemmaet om formelt at have et boligcentreret arbejdsfokus, men reelt at arbejde i en boligløs virkelighed.

Et andet gennemgående træk i samtlige interview med personale (og klienter) er, at klienterne ofte har svært ved at fastholde en bolig. De "glemmer" at betale husleje, de mangler penge til indskud, de misligholder boligen så meget, at naboer klager, osv. osv. (...) På forsorgshjemmene er det en udbredt holdning, at de ansattes faglige vurdering af klienters behov for støtte i egen bolig afvises af hjemkommunerne. Meget ofte er processen lang og resulterer i, at klienten bevilliges en lav sats af bostøtte-timer. Det kan tage mere end tre måneder at få afklaret, hvor meget bostøtte der er brug for; det er en alt for "*omstændelig*" proces, som Maj, der er social- og sundhedsassistent, fortæller. Pædagogen

//

Ifølge mange ansatte er der "*ikke nok skæve boliger*", som pædagogen Jakob fortæller, og hans kollega, Dorthe, betoner på lignende vis, at "*der skal være nogle flere skæve boliger, fordi der er fandeme mange skæve mennesker, som ikke kan være ude i vores kasser*".

Louise mener, at kommunerne bevidst sparer på omfanget af støttetimer, og lederen Lars vurderer, at den lave tildeling af støttetimer til disse klienter skaber mange gengangere på forsorgshjem (en vurdering, der deles af hovedparten af de interviewede ansatte). Pædagogen Jakob fortæller, hvordan kommunerne tilsidesætter vurderinger fra de ansatte og gennemtrumfer et tilbud til klienten, der indeholder mindre støtte end det anbefalede antal timer. Han fortæller desuden, hvordan han i sådanne tilfælde står tilbage med en opfattelse af, at det pågældende tilbud er "*fuldstændig utopi*", i forhold til hvad man som ansat vurderer som realistisk for personen. (...)

Ifølge de ansatte på forsorgshjemmene underminerer man dermed præmissen for, at den såkaldte Housing First-strategi skal kunne lykkes, eftersom man fjerner den ene af de to grundpiller, som strategien bygger på, nemlig massiv støtte i egen bolig (ud over hurtig boligløsning) (...) Kommunerne må omvendt holde herbergets anbefalinger op imod både en (måske kortsigtet) økonomisk og praktisk virkelighed. //

INTERVIEW

“Mennesker med komplekse problemer bliver mødt af et lige så komplekst velfærdssystem”



Nanna Mik-Meyer
Professor MSO ved Institut
for Organisation, CBS

//
Strukturelt forankrede udfordringer som fx dyre og få boliger er ikke i fokus i arbejdet, da det er problemer, som den fagprofessionelle ikke kan løse.

Nanna Mik-Meyer, du har stået for undersøgelsens kvalitative del, som bygger på interview med ca. 25 klienter og 75 ansatte og eksperter. Hvad er de vigtigste konklusioner her?

”Det er vigtigt at sige som det første, at hvor undersøgelsens kvantitative del fokuserer på en bred gruppe på over en kvart million danskere, så omhandler min analyse ’kun’ de 20.000 allermost udsatte mennesker - dem, som lever med en kombination af psykiske lidelser, misbrug, kroniske sygdomme, hjemløshed og fængselsophold. Det er mennesker med meget komplekse problemer, som bringer dem i kontakt med mange dele af velfærdsstatens institutioner, hvad tallene i den kvantitative analyse jo også peger på.

Det centrale spørgsmål i min del af undersøgelsen er, hvordan velfærdssystemets mange tilbud virker i praksis, når det gælder de allermost udsatte klienter - og den overordnede konklusion er, at de er præget af en række barrierer og dilemmaer, som gør det meget svært for systemet at levere en sammenhængende indsats til gruppen. Noget forenklet kan man sige, at personer med komplekse problemer bliver mødt af et lige så komplekst velfærdssystem, altså et system med mange tilbud, der ikke altid hænger sammen.”

Hvordan kommer kompleksiteten i tilbuddene helt konkret til udtryk?

”Jeg har bl.a. interviewet ansatte og ledere på to socialforvaltninger, to herberger, tre socialpsykiatriske indsatser, et misbrugscenter og et exitprogram for kriminelle, og de peger stort set alle sammen på uhensigtsmæssigheder i deres egen arbejdsplads’ måde at organisere arbejdet på - og også på problemer og barrierer, der rækker længere ud. Det sidste kan fx være deres samarbejde med andre institutioner, eller regler og love, som de ikke

mener gavner klienterne, eller det kan være kommunaløkonomiske prioriteringer, der skaber svære vilkår for deres arbejde.

Et godt eksempel er behandlingen af klienter, der både har en psykiatrisk diagnose og et misbrug - de såkaldt ’dobbelt-diagnosticerede’, hvilket jo i sig selv siger noget om udfordringerne. Menneskene bag denne beskrivelse oplever naturligvis ikke, at der er noget ’dobbelt’ ved deres situation, men velfærdssystemets opdeling mellem misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling bevirker, at denne gruppe falder mellem to stole: De skal være clean for at komme i psykiatrisk behandling, eller omvendt skal de være psykiske stabile for at komme i misbrugsbehandling.

Klienternes boligsituation er også et område, mange nævner. Her sker der et sammenstød mellem den såkaldte Housing First-strategi - altså at hjemløse hurtigst muligt skal ud i egen bolig med relevant støtte - og så det forhold, at det i hvert fald i de større byer er stort set umuligt at opdrive en bolig, som de kan betale. Dertil kommer, at der i mange tilfælde ikke er tilstrækkelig bostøtte, og at hjælpen til budgetlægningen ikke indregner deres gæld. De fleste af klienterne har nemlig gæld, ikke kun til det offentlige, men også til private lånefirmar eller bagmænd som fx pushere. Den sidste slags gæld kan kommunen ikke indregne, når de lægger budget for klienten, fordi den ikke kan dokumenteres, men det kan nemt blive den post, der ender med at vælte budgettet. På den måde kan gælden modarbejde de mål, der bliver sat for klienten, og alligevel er klienternes gæld sjældent et fokus i de fagprofessionelles arbejde.”

Hvordan håndterer de fagprofessionelle de dilemmaer og barrierer, de støder på i arbejdet?

”Der sker det, at strukturelt forankrede udfordringer som fx dyre og få boliger ikke er fokus

//

Arbejdet og de mange daglige aktiviteter er ofte indrettet til personer, der antages at have viljen til at ændre på deres liv, tage ansvar og indgå i en forandringsproces, mens de ansatte i praksis møder klienter, hvis liv og handlinger passer meget dårligt til dette billede.

i arbejdet, da det er problemer, som den fagprofessionelle ikke kan løse. I stedet arbejder man med de problemer, som – i hvert fald i princippet – kan løses, nemlig klienternes socialpædagogiske udvikling. Man minder så at sige hinanden og sig selv om, at ingen er håbløse, at alle har en iboende vilje til et bedre liv og et ansvar, der kan vækkes.

På tværs af alle de institutioner, jeg har været i kontakt med, er der en gennemgående opfattelse af udsatte klienter som personer, der har både ressourcer og potentialer – om end ressourcerne periodisk er gemt lidt, eller måske nærmere langt, væk. En anden gennemgående opfattelse er imidlertid, at udsatte klienter er meget ressourcesvage personer, der ikke forventes at kunne tage vare på deres eget liv. Begge beskrivelser dukker op i interviewene med de ansatte – når de taler om deres arbejdes organisering, og når de skal begrunde den, er det ofte med afsæt i en opfattelse af klienten som ressourcestærk, men når de derimod fortæller om de konkrete personer, som de møder i hverdagen, er det ofte med afsæt i beskrivelser, der peger på, at gruppen måske ikke har alle de ressourcer, som man kunne ønske sig.

De fagprofessionelles arbejde er på den måde præget af en konstant vekslen mellem to yderpoler i deres opfattelser af klienterne: Enten som potentielt ressourcestærke, ansvarlige og eksperter i eget liv eller som det stik modsatte, nemlig som personer, der har haft et langt og svært liv, og som formentlig aldrig for alvor vil kunne klare sig selv.”

Hvad betyder den dobbelthed for de udsatte personer, der møder systemet?

”Den organisatoriske indretning af arbejdet understøtter som sagt et fokus på klienternes potentielle ressourcer, og det bevirker ofte, at man sanktionerer dem på en måde, der derfor er bedre egnet til mere ressourcestærke mennesker.

Man straffer dem fx økonomisk i jobcentre, hvis de ikke kommer til indkaldte møder, hvad de ofte ikke gør, fordi de ikke tjekker deres e-Boks, eller fordi de har smidt deres NemID væk. På nogle forsorgshjem fører man en restriktiv alkohol- og stofpolitik, som er meget svær for de mest udsatte personer at leve op til, og i mange forvaltninger fravælger man administrationsordninger, der sørger for, at klienternes faste udgifter bliver betalt, og man kræver, at de skal købe lægeordineret medicin for egne penge og så videre.

Det er alle eksempler på opfattelsen af gruppen som overvejende ressourcestærke – men parallelt med det findes en praktisk virkelighed, hvor klienterne som oftest ikke er i stand til at reagere fornuftigt eller hensigtsmæssigt på kravene. Med andre ord er arbejdet og de mange daglige aktiviteter ofte indrettet til personer, der antages at have viljen til at ændre på deres liv, tage ansvar og indgå i en forandringsproces, mens de ansatte i praksis møder klienter, hvis liv og handlinger passer meget dårligt til dette billede.

Man kan selvfølgelig ikke fortænke de ansatte i at have et stort ønske om at skulle arbejde med mennesker, der har en iboende vilje til udvikling, som kan findes frem i dem. Men det meget stærke mantra om, at alle har en vilje til forandring, at alle kan tage ansvar for eget liv, og at ingens situation er håbløs, har undertiden den virkning, at denne opfattelse hos de ansatte, og som reflekterer organiseringen af arbejdet, betyder, at håndfaste problemer som afhængighed af misbrug, psykiske lidelser og kriminalitet får karakter af at være et viljeproblem hos klienten. Og det tror jeg hverken systemet eller klienten er tjent med.” //

*Nanna Mik-Meyers bog
”Fagprofessionelles møde med udsatte klienter - dilemmaer i den organisatoriske praksis”
er udkommet på Hans Reitzels Forlag.*

PERSPEKTIVER

Udsathedens store menneskelige og økonomiske omkostninger, viser undersøgelsen. Hvor er potentialerne for at skabe forandringer, der kan gavne både borgeren og samfundet?

UDSATTE BORGERE KOSTER velfærdssamfundet mange penge – ikke kun, fordi de har brug for meget støtte og behandling, men også fordi de bliver mødt af et system med så fragmenterede tilbud, at det kan være svært at koordinere indsatserne til gavn for borgeren. Undersøgelsen peger på en række områder, hvor der kunne være potentiale for at styrke støtten til udsatte borgere.

Løs de strukturelle problemer

Undersøgelsen blottlægger en række strukturelle problemer i velfærdssystemet, som ikke kan løses af den enkelte sagsbehandler eller institution, men som ofte spænder ben for arbejdet med de mest udsatte borgere.

Et eksempel er behandlingen af psykisk syge misbrugere, som organisatorisk falder mellem to stole, da psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling ofte foregår i forskelligt regi. Betegnelsen 'dobbeldiagnose' illustrerer her, at velfærdssystemets barrierer gør det svært for borgeren at få hjælp til noget, han ikke selv oplever som et 'dobbelt' problem. Et andet eksempel er manglen på billige boliger i de store byer, der gør det uhyre svært at skaffe boliger til de svageste. Og endelig tages der sjældent højde for de udsatte borgeres udokumenterede gæld, når de får lagt et budget eller får økonomisk rådgivning i velfærdssystemets institutioner.

Forhold som disse bør ikke adresseres som klientens personlige problemer, påpeger undersøgelsen, men skal i stedet adresseres som de strukturelle problemer i velfærdssystemet, de reelt er.

Flere individuelle tilbud til de svageste

Der findes en række indsatser under serviceloven, som har fokus på at skabe helhed i hjælpen til de allermest udsatte borgere ved at give en 'håndholdt' støtte tæt på borgeren, bl.a. i form af bostøtte og aktivitetstilbud.

Undersøgelsen viser dog, at det – selv blandt borgere med meget komplekse problemer – kun er godt en femtedel, der får denne type indsatser. Sammenholdt med det faktum, at udsatte borgere langt oftere end andre i befolkningen opsøger akut hjælp og behandling, tyder noget på, at der her er et potentiale for at styrke hjælpen til denne gruppe.

Det kan ske ved i højere grad at give individuel støtte i hverdagen, særligt i form af mere integrerede indsatser, hvor forskellige faggrupper arbejder tæt sammen i tværfaglige team, som det fx er tilfældet i Assertive Community Treatment eller ACT, der i de senere år er afprøvet i Danmark med gode resultater. En sådan tværfaglig indsats tæt på borgeren kunne måske mindske behovet for akut hjælp og dermed lette noget af presset på det øvrige velfærdssystem, særligt sundhedsvæsenet.

Fokus på beskæftigelse

Blandt udsatte borgere med mindre komplekse problemer er op mod halvdelen i arbejde, og en stor del befinder sig på kanten af arbejdsmarkedet og må antages at kunne komme i gang igen med den rette støtte. Også for denne gruppe er individuelle indsatser derfor afgørende. Et eksempel er Individual Placement and Support eller på dansk Individuelt Planlagt job med Støtte. Indsatsen er særligt rettet mod borgere med psykiske lidelser og indebærer en hurtig jobplacering i et almindeligt job med social støtte. Støtten har både fokus på hverdagen på arbejdspladsen og på håndtering af andre områder af livet, herunder den psykiske lidelse. Indsatser som denne og andre er vigtige, fordi beskæftigelse i sig selv kan være med til at bringe en udsat borger på fode igen – med den rette støtte. //

//
Undersøgelsen blottlægger en række strukturelle problemer i velfærdssystemet, som ikke kan løses af den enkelte sagsbehandler eller institution, men som ofte spænder ben for arbejdet med de mest udsatte borgere.

DET VISER UNDERSØGELSEN

- Knap

282.000 voksne danskere

eller

7 pct. af befolkningen har tegn på
udsathed i deres liv.

- Udsatte danskere bruger velfærdssystemet langt mere end befolkningen generelt, og det genererer årligt nettoudgifter for godt

41 mia. kr. på tværs af bl.a.
socialområdet, sundhedsvæsenet og
fængselsvæsenet.

- Et flertal af de udsatte danskere lever på overførselsindkomst, men blandt folk med fx et alkoholmisbrug eller en moderat psykisk lidelse er op mod

50 % i arbejde.

- Udsatte borgere bliver mødt af et komplekst velfærdssystem med mange tilbud, der ikke altid hænger sammen, og det gør det svært at levere en koordineret indsats til borgeren.

- Kun hver

5. af de allermest udsatte får sociale indsatser som fx bostøtte eller aktivitetstilbud, som måske ellers kunne skabe mere helhed i indsatsen.

- Udsatheden er ulige fordelt mellem landets kommuner, og den geografiske ulighed er blevet større i det seneste

10 år

DE MEST UDSATTE mennesker i Danmark kommer ofte i kontakt med velfærdssystemet. At mangle et job, at være fysisk eller psykisk syg, at have sociale problemer, at misbruge stoffer eller alkohol eller at begå kriminalitet er alle forhold, der kan aktivere hjælp og støtte fra velfærdsstatens forskellige institutioner.

HVAD SKER DER i disse mange møder mellem de udsatte borgere og velfærdssystemet? Hvad koster omsorgen for de mest udsatte på tværs af sektorerne, og hvilke udfordringer giver det, når forskellige institutioner og faggrupper skal arbejde sammen for at støtte borgeren til et bedre liv? Hvor er der mulighed for at styrke indsatserne til gavn for både borgerne og samfundsøkonomien?

DET ER EMNET for dette hæfte. Her kan du læse om resultaterne af en stor forskningsundersøgelse, som er finansieret af Den A.P. Møllerske Støttefond og gennemført af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.