

Kommentarer til DS til høringssvar på lovforslag (Reform af førtidspension og fleksjob)

Klinisk funktion, rehabiliteringsplan og rehabiliteringsteam.

Det fremgår af lovforslaget, at kommunerne fremover skal have adgang til rådgivning fra det regionale sundhedsvæsen via et struktureret samarbejde. Der skal i regionerne etableres en klinisk funktion, der er repræsenteret i de kommunale rehabiliteringsteam ved en sundhedskoordinator. Fremover kan kommunen søge lægefaglig rådgivning via borgerens praktiserende læge og via sundhedskoordinatoren. Speciallægeattester og lægefaglig rådgivning kan alene rekvireres fra klinisk funktion i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension.

Alle kommuner skal have et rehabiliteringsteam, der skal behandle alle sager, inden der kan træffes afgørelse om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. Teamet skal være repræsenteret af medarbejdere fra beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet, UU (behandling af sager for borgere under 30 år) og sundhedskoordinator. Derudover deltager sagsbehandler og borger.

Borgere, der skal have deres sag behandlet i et rehabiliteringsteam, skal have en rehabiliteringsplan, der består af to dele – en forberedende del og en indsats del. Den forberedende del skal udarbejdes for alle. Praktiserende læge skal inddrages allerede i den forberedende del, idet han på baggrund af en konsultation skal vurdere borgerens helbredsmæssige situation i forhold til mulighederne for at arbejde/uddanne sig.

Kommentar:

Kommunen pålægges at afholde udgifter til såvel sundhedskoordinator, rådgivning og lægelige attester, som ydes af regionen. Det kan påføre kommunen en væsentlig merudgift på serviceudgiftsrammen, og i værste fald betyde, at en stor del af de afsatte midler vil blive brugt til at købe rådgivning i regionen. Det kan også berøre sager, der allerede er belyst lægeligt ved attester og lægeskøn. Disse sager kan risikere at blive belyst 2 eller flere gange, hvis sundhedskoordinator/klinisk funktion finder behov derfor, og resultatet kan blive modsatrettede, lægelige vurderinger. Det synes i øvrigt uklart, hvornår og i hvilket omfang kommunen alene skal bruge klinisk funktion – er det allerede i den forberedende del før sundhedskoordinator er på banen, eller er det i forlængelse af rehabiliteringsteamets behandling af og anbefalinger i sagen? Og hvor er muligheden for brug af VISO i disse komplekse sager. I dag har kommunen mulighed for at få gratis rådgivning og udredning ved VISO i særlige vanskelige sager. Det ville være beklageligt, hvis denne mulighed bortfalder, fordi kommunen alene kan indhente lægelig rådgivning ved egen læge, sundhedskoordinator og kliniks funktion.

En anden risiko er, at sagen trækker i langdrag grundet kapacitetsproblemer. Det være såvel manglende kapacitet hos sundhedskoordinator, på lægelig rådgivning eller ved de speciallæger, der skal udfærdige attester. I dag har kommunerne mulighed for at få en sag hurtigt afklaret ved brug af egne lægekonsulenter og ved indhentelse af attester ved speciallæger, hvor der ikke er lang ventetid.

Kravet om inddragelse af praktiserende læge kan ligeledes forsinke sagen og kan synes overflødig i sager, hvor der f.eks. allerede er udarbejdet vurderinger fra egen læge, eller hvor praktiserende læge ikke har kendskab til borgeren. Derudover er det centralt, at den praktiserende læge ser på ressourcer og udviklingsmuligheder hos borgeren frem for at sygemelde denne fra aktiviteter, som det i visse tilfælde ses i dag. Dette fokus rettet mod uddannelse og arbejdsmarked bør ligeledes være omdrejningspunkt i klinisk funktion og hos sundhedskoordinator.

At undgå ventetid og flaskehals vil således være en udfordring. For borgeren vil det være vigtigt, at sagen behandles hurtigt og indsats iværksættes, således at passivitet og usikkerhed om fremtiden undgås.

Det vil ligeledes være en udfordring for borgeren at møde op på rehabiliteringsteamet og deltage aktivt i drøftelserne om fremtidige muligheder. Der er typisk tale om meget svage borgere, der ikke er vant til og vil have vanskeligt ved at fremføre egne ønsker overfor en stor gruppe af fag- og myndighedspersoner. Derfor er det centralt, at der ikke på mødet opstår drøftelser om indsats, finansiering, snitflader m.v.. Dette kan undgås ved, at sagen har været drøftet i teamet, inden borgeren møder op, således at evt. uklarheder om muligheder for indsats, så vidt det er muligt, er afstemt.

Indsatsdel/plan/ressourceforløb

Det fremgår af lovforslaget, at indsatsdelen indeholder borgerens beskæftigelses- og uddannelsesmål og en plan for, hvilke indsatser fra de forskellige forvaltninger og myndigheder, der skal sættes i værk for at bringe borgeren tættere på arbejdsmarkedet via et ressourceforløb. Indsatsplanen udarbejdes af den koordinerende sagsbehandler på baggrund af de respektive forvaltningers beslutning om konkret indsats til borgeren. Beslutninger der er truffet på baggrund af rehabiliteringsteamets anbefalinger.

Kommentarer:

Rehabiliteringsteamet har ikke kompetence til at træffe afgørelser – det har de enkelte forvaltninger. Det betyder, at der fortsat er en udfordring i at løse de snitfladeproblemstillinger, der kan opstå ml. forskellige forvaltninger og lovgivninger – eksempelvis Serviceloven og Beskæftigelsesloven (hvem skal betale hvad, og hvem har ansvaret for hvad). Det betyder også, at teamet kan komme med en eller flere anbefalinger f.eks. bevilling af botræning, mentor eller hjemmevejleder, som der gives afslag på i de enkelte forvaltninger, hvorefter sagen må behandles i teamet på ny.

En løsning kunne være, at teamet får større kompetence til at træffe afgørelser om særlige indsatser, der er nødvendige for at bringe borgeren tættere på arbejdsmarkedet.

Der er i lovforslaget peget på en lang række indsatser, som kan indgå i et ressourceforløb - herunder fritidsaktiviteter og henvisning til fysioterapi og psykolog. Der er dog ikke samtidig givet lov hjemmel til finansiering af borgerens egenbetaling f.eks. ved behov for længerevarende psykologbehandling eller deltagelse i fritidsaktiviteter, hvilket kan vanskeliggøre borgerens deltagelse i de aftalte indsatser.

Visitering til fleksjob

Efter forslaget skal kommunen forelægge sager om visitation til fleksjob for rehabiliteringsteamet, inden der træffes afgørelse. Borgere, der kan arbejde f.eks. 2 timer ugentligt, kan visiteres til fleksjob, hvis der er mulighed for, at borgeren kan øge sin arbejdsindsats på et senere tidspunkt.

Kommentar:

Ved visitering til fleksjob skal rehabiliteringsteamet behandle sagen, før der kan træffes afgørelse. Det fremgår af side 113 i lovforslaget, at der skal udarbejdes en forberedende del jf. forslagets § 1 nr. 18, der skal forelægges rehabiliteringsteamet. Den forberedende del er alene beskrivende og dokumenterende og må ikke indeholde en indstilling. I forlængelse af rehabiliteringsteamets behandling af sagen og anbefaling af visitering til fleksjob, skal der udarbejdes en § 70a redegørelse, der er udbygning af den forberedende del. Denne skal også behandles i rehabiliteringsteamet. Der vil således - selv i oplagte fleksjobsager - blive tale om, at sagen skal forelægges rehabiliteringsteamet 2 gange, før der kan tages stilling til bevilling hos den myndighed, der har kompetencen dertil. Dette kan forsinke sagsbehandlingstiden, forlænge perioden på f.eks. sygedagpenge og øge risikoen for at borgeren mister sit forsørgelsesgrundlag. Det bør være tilstrækkeligt, at sagen har været forelagt rehabiliteringsteamet til udtalelse, før der kan træffes afgørelse om visitering til fleksjob.

Borgere med en meget begrænset arbejdsevne vil ifølge lovforslaget kunne visiteres til fleksjob. Som konsekvens heraf vil langt flere borgere fremover modtage ledighedsydelse. Disse sager skal revurderes årligt, hvilket kræver mange administrative ressourcer. Et forslag kunne være, at sagerne blev revurderet efter 2 ½ år svarende til forslaget om opfølgning i fleksjobsager.

Førtidspension

Det følger af lovforslaget, at tilkendelse af førtidspension til unge under 40 år som udgangspunkt ikke vil være muligt. Det er dog fortsat muligt at bevilge unge under 40 år førtidspension, hvis det er åbenbart, at de ingen arbejdsevne har (eks. udviklingshæmmede, svært hjerneskadede og borgere med alvorlig lidelse med kort levetid/hurtigt accelererende sygdom). Borgere under 40 år skal

i stedet tilbydes et eller ressourceforløb. Borgere over 40 år skal tilbydes et ressourceforløb, før der kan tages stilling til evt. tilkendelse af førtidspension

Kommentar:

Det fremgår af lovforslaget, at unge under 40 år, der i fravær af en særlig indsats vil ende på førtidspension, skal have et individuelt tilrettelagt ressourceforløb, der kan vare fra 1 år til 5 år. Det fremgår endvidere, at hvis rehabiliteringsplanen ikke fører til job, og rehabiliteringsteamet ved en ny forelæggelse i temaet vurderer, at alle relevante muligheder er udtømte, kan rehabiliteringsplanen benyttes som grundlag for visitation til førtidspension (side 44 i lovforslag). Der er således skabt usikkerhed om, hvorvidt unge under 40 år - i forlængelse af et eller flere ressourceforløb - alligevel kan bevilges førtidspension, hvorfor en præcisering er ønskeværdig.

Det fremgår af lovforslagets side 75, at der i kommunens faglige forklaring og vurdering af arbejdsevnen kan henses til gældende praksis for tilkendelse af førtidspension. Afgørelsen skal dog samtidig træffes under hensyn til de forslåede ændrede regler om aldersgrænser, deltagelse i ressourceforløb, timeantal i fleksjob m.v. samt fremtidig praksis på området. Det kunne være interessant at få eksempler på, hvilken hidtidig praksis, der skal henses til.

Borgere, der kun kan arbejde et par timer om ugen skal visiteres til fleksjob og ikke bevilges førtidspension, hvis det vurderes, at der er mulighed for at øge arbejdstiden over tid. Det anbefales, at overveje tilkendelse af førtidspension til borgere, der har modtaget ledighedsydelse i 5 år, der fortsat kun kan arbejde få timer om ugen, og hvor det ikke er lykkedes Jobcenteret eller borgeren at finde et fleksjob, idet konklusionen må være, at det ikke har været muligt at øge arbejdstiden eller finde et passende job.

Endelig kan det undre, at der ikke i lovforslaget er indarbejdet de vedtagne ændringer vedr. seniorførtidspension – herunder hvilken betydning reformen vil få for denne målgruppe.

Ikrafttræden

Lovforslaget skal træde i kraft 1.1.2013 med få undtagelser.

Kommentar:

Lovforslaget indebærer ændring af arbejdsgange, behov for IT løsninger, etablering af rehabiliteringsteam, brug af rehabiliteringsplaner i stedet for ressourceprofiler, etablering af klinisk funktion, nye samarbejdspartnere/aftaler m.v.. Det anbefales, at lovforslaget træder i kraft, når de fornødne administrative systemer er etableret.

Roskilde d. 12.9.12 Juridisk konsulent Nina Harding, fagkonsulent Anette Péros og fagkonsulent Birthe Haastrup