



FRIKOMMUNE 2016- 2020

DE NORDJYSKE ANSØGNINGER TIL ANDEN
ANSØGNINGSRUNDE DEN 1. MAJ 2017

Indhold

Ansøgning nr. 1: Rehabiliteringsteams.....	2
Ansøgning nr. 2: Psykologbehandling	17
Ansøgning nr. 3: Differentiering i valg af lægeattester på sygedagpengeområdet.....	23
Ansøgning nr. 4: Delvis fritagelse fra uddannelsespålæg for en særlig delmålgruppe	28

Ansøgning nr. 1: Rehabiliteringsteams

Frikommunenetværk	En mere fleksibel og effektiv beskæftigelsesindsats, herunder også nytænkning af integrationsområdet.		
Titel på forsøg	Rehabiliteringsteams		
Deltagerkommuner	Rebild, Vesthimmerland, Mariagerfjord, Jammerbugt, Morsø, Frederikshavn/Læsø, Brønderslev, Aalborg		
Faglig kontaktperson	Birthe Gade Frahm, Jobcentersekretariatet, Aalborg Kommune		
	Telefon	99312708	E-mail
Netværkskoordinator	Netta Ben-Yedidia, Konsulent i Jobcentersekretariatet, Aalborg Kommune		
	Telefon	99312725	E-mail
Dato for ansøgning	01.05.2017		

1. Beskrivelse af forsøget
<p><u>Indledning og baggrund for ansøgning</u></p> <p>Det overordnede formål med ansøgningen er, at afprøve en større grad af fleksibilitet i forhold til personkredsen, der skal have deres sag om jobafklaring, fleksjob, tilskud til selvstændige med nedsat arbejdssevne eller seniorførtidspension, behandlet i et tværfagligt rehabiliteringsteam.</p> <p>Endvidere ønskes der i forsøget mulighed for en større grad af fleksibilitet i forhold til lægeattester og sundhedsfaglig bistand i de sagstyper, der i dag skal forelægges for rehabiliteringsteamet, samt mulighed for fleksibilitet omkring afholdelse af rehabiliteringsteams.</p> <p>Målet er at afprøve, om der kan opnås samme eller bedre effekt, men med en mere enkel og mindre ressourcekrævende sagsbehandling.</p> <p>Tværfaglige rehabiliteringsteams blev indført i kommunerne i forbindelse med Førtidspensions- og fleksjobreformen pr. 1. januar 2013. Samtidig blev der stillet krav om anvendelse af en særlig lægeerklæring forud for sagens behandling, ligesom der i beskæftigelsesorganiseringsloven blev indført krav om et særligt samarbejde mellem kommuner og regioner ift denne type sager. Med sygedagpengereformen medio 2014 blev målgruppen for borgere, der skulle behandles i det tværfaglige team udvidet, idet alle jobafklarings-sager også skal behandles på rehabiliteringsmøder senest 4 uger efter at de er overgået til jobafklaringsforløbet, dog undtaget de sager, hvor man forventer en raskmelding i løbet af 8 uger. F.eks. betyder det, at der alene i Aalborg Kommune skal behandles yderligere ca. 200 sager årligt.</p> <p>Fra juli 2016 er det blevet muligt at undtage visse pensionssager fra rehabiliteringsmøderne, hvilket har været efterspurgt af kommunerne siden reformens start.</p> <p>Erfaringerne fra det tværfaglige samarbejde i rehabiliteringsteams er mange, men også ret spredte og primært med fokus på effekten af ressourceforløb. Derimod findes der ikke evidensbaseret grundlag for at sige noget om effekterne af det tværfaglige rehabiliteringsteam-samarbejde - herunder betydningen af borgerens korte møde med et rehabiliteringsteam, anvendelse af helbredserklæring eller samarbejdet med regionen. Der er ingen undersøgelser der viser, at borgerne ift jobafklaring eller fleksjob kommer hurtigere tilbage eller ud i beskæftigelse. Ligeledes er der ikke belæg for at konkludere, at kommunens afgørelser er blevet mere korrekte.</p> <p>Erfaringerne kan være meget forskellige i kommunerne, men generelt for de nordjyske kommuner er erfaringerne, at rehabiliteringsarbejdet har udviklet sig siden 2013, og i dag er velfungerende og at de tværfaglige rehabiliteringsteam giver mening i udredningen af en lang række sager. Der er også bevidsthed om, at effektivisere ressourceforbruget til rehabiliteringsmøder, hvorfor sager der skal behandles på et rehabiliteringsmøde er screenet grundigt. Screeningen skal sikre, at sagen er fuldt</p>

belyst, så der alene behandles sager, hvor der er noget "der taler for" ressourceforløb, fleksjob eller førtidspension. Det forholder sig lidt anderledes med jobafklaringsforløb, hvor det på forhånd er givet, at borgeren er berettiget jobafklaringsforløbet, og hvor man alene skal forholde sig til indsatser.

Baggrund for ansøgningen – hvad søges fritagelse fra og hvorfor.

Med afsæt i ovenstående argumenter ansøges der om mulighed for at gennemføre forsøg, med øget fleksibilitet. Ansøgningen er opstillet i 4 overordnede temaer:

1. Indføre mulighed for at fritage visse sager om jobafklaring og fleksjob, tilskud til selvstændige, samt seniorførtidspension, - for behandling i kommunens rehabiliteringsteam. Fritagelsen vil primært rette sig mod de borgere, der alene har arbejdsmarkedsrettede udfordringer.
2. Indføre mulighed for fleksibilitet hvad angår indhentelse af lægeattesten – LÆ 265
3. Mulighed til at vælge hvilken sundhedsfaglig bistand, kommunerne vil bruge i løbende sager om jobafklaring, ressourceforløb og fleksjob
4. Mulighed for at afholde rehabiliteringsmøde også ved akut fravær af et teammedlem.

Der skal fortsat behandles sager i rehabiliteringsteamet, dér hvor det giver merværdi, og ud fra en faglig og individuel vurdering af behovet for en tværfaglig behandling i den konkrete sag.

Hensigten med forsøget vil være at tilstræbe:

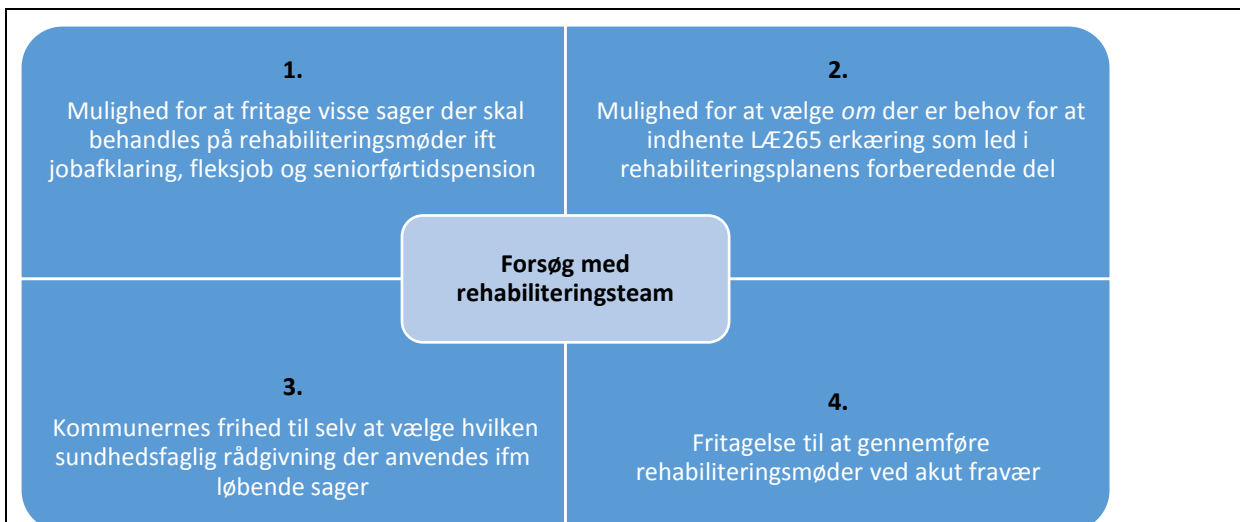
- **Mere fleksibelt og individuelt tilpasset behandling af sager** der skal forelægges rehabiliteringsteamet mhp at styrke borgerens inddragelse og give mere rum til empowerment. Borgeren skal kunne se formålet med rehabiliteringsteamets behandling, herunder meningsfuldhed med at deltage, - og ikke kun deltage for deltagelsens skyld.
- **Anvende ressourcerne til tværfaglig behandling, der hvor der er behov**, således at borgere der alene har arbejdsmarkedsrettede udfordringer ikke oversagsbehandles. Formålet er at give plads til mere kvalitet for de borgere der har mest brug for en tværfaglig indsats, og som reelt har gavn af at få behandlet deres sag i et tværfagligt team.
- **Mulighed for at få iværksat en indsatsplan hurtigt**, med fokus på de rigtige og tilstrækkelige indsatser ift borgerens raskmelding eller beskæftigelse.
- **Detailkrav om anvendelse af lægeattest til brug for behandling i rehabiliteringsteam forenkles**, med det formål at borgernes sager behandles mest effektivt med færrest mulige ressourcer.
- **Anvendelse af sundhedsfaglig bistand forenkles** ift alle målgrupper i beskæftigelseslovens mhp smidige sagsgange.
- **Belysning af en borgeres sag skal stå mål med omfanget af kompleksitet**, og med det formål at træffe afgørelser med mindst mulig indgriben.

Det er ikke alle 8 kommuner, der ønsker at gennemføre forsøget i sit fulde omfang og for alle målgrupper, men de enkelte kommuner ønsker under den overordnede ramme at sammensætte deres egne lokale forsøg med forsøg og forskellige temaer (se mere om de overordnede temaer nedenfor).

4 overordnede temaer i ansøgningen:

Ansøgningen vil blive struktureret ud fra nedenstående 4 temaer, som behandles særskilt:

:



1. Mulighed for at fritage visse sager om jobafklaring, fleksjob og seniorførtidspension, der skal behandles på rehabiliteringsmøder.

I dag er der lovkrav om, at alle sager om jobafklaringsforløb skal behandles på rehabiliteringsteammøde senest 4 uger efter overgang til jobafklaringsforløbet. Der er ligeledes krav om, at alle sager om fleksjob samt sager om tilkendelse af seniorførtidspension skal behandles i rehabiliteringsteamet.

Antallet af sager, der skal behandles i et rehabiliteringsteam, er steget siden 2013, hvilket til dels skyldes, at antallet af jobafklarings-sager har været stigende. Som eksempel kan nævnes, at alene af jobafklaringsforløb er der i 2016 registreret 2.898 i RAR Nordjyllands område. I samarbejdsaftalen mellem Region Nordjylland og kommunerne er aftalt, at der som udgangspunkt behandles op til 6 sager pr. møde når det handler om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension, mod 10 sager pr. møde, når det omhandler jobafklaringsforløb. Årsagen til at der kan behandles flere sager om jobafklaring er, at der allerede i disse sager er taget stilling til forsørgelsesgrundlaget, hvorfor møderne kan afvikles hurtigere.

De nordjyske kommuner ønsker at skabe fleksible rammer for sagsbehandlingen, med mulighed for at foretage et fagligt skøn af, hvilke borgere der har behov for at få behandlet deres sag i et rehabiliteringsteam uden, at borgerens retssikkerhed dermed er truet. Pointen er, at borgeren i en fleksibel model i endnu højere grad kan medinddrages i processen om, hvorvidt en behandling i et tværfagligt rehabiliteringsmøde, vil tilføre sagen nye dimensioner.

Forskningen (Sophie Danneris) i eksempelvis beskæftigelsesindikatorprojektet viser netop, "at arbejdsmarkedsparathed blandt målgruppen af aktivitetsparate ledige bør betragtes som en relationelt betinget, flydende betegnelse. Som noget der skabes i samspillet mellem borgeren og systemrepræsentanten. Til det formål er det vanskeligt at forestille sig en 'one size fits all'-model, som kan imødekomme dette".

Selv om denne forskning omhandler indsatser for aktivitetsparate kontanthjælpsborgere, vurderes der at være paralleller ift forandringsparathed og tro på beskæftigelsesmuligheder. Denne del af ansøgningen ønsker at have fokus på det som forskningsprojektet netop peger på, og dermed give mulighed for en mere differentieret og individuel behandling af borgernes sag, sådan at det ikke i så høj grad handler om "one size fits all", samt at der er i en differentieret indsats, i højere grad er fokus på mening, sammenhæng og fremdrift.

Fritagelsen vil primært rette sig mod de borgere, der alene har arbejdsmarkedsrettede udfordringer, eller hvor der allerede er iværksat tværfaglige indsatser som har effekt. Dette kan eksempelvis være:

- En borger i jobafklaringsforløb som ud fra egen og jobcentres vurdering, har en veldefineret

lidelse, gode personlige og arbejdsmæssige kompetencer, og hvor der er lagt en plan frem mod raskmelding, som evt. inkluderer en beskæftigelsesmæssig indsats i relation til behandling, men hvor der ikke er behov for en koordineret tværfaglig indsats.

- En borger, der søger om fleksjob eller fastholdelsesfleksjob grundet eksempelvis sclerose, og hvor foranstaltninger allerede er iværksat under udredning af arbejdsevnen, samt hvor der i øvrigt er tale om gode personlige kompetencer og et klart arbejdsmarkedsperspektiv samt inddragelse af arbejdsgiver.

De tre målgrupper vil nedenfor i punkt 1, blive behandlet særskilt i forhold til:

- A. Jobafklaringsforløb
- B. Flexjob og tilskud til selvstændigt erhvervsdrivende med nedsat arbejdsevne
- C. Seniorførtidspension

1.A: Jobafklaringsforløb.

- ❖ Mulighed for at behandle en række sager om jobafklaringsforløb, uden forelæggelse for rehabiliteringsteamet
- ❖ Flexibilitet til at afholde rehabiliteringsteammødet i øvrige sager, på det tidspunkt, hvor borgeren har behov for det

Formålet er at skabe bedre rammer til at planlægge målrettede jobafklaringsforløb med fokus på hurtig tilbagevenden til beskæftigelse. Med fritagelsen kan kommunen hurtigere planlægge rammer for en indsats, der specifikt er målrettet den enkelte sygemeldte.

Eksempler på sager der i forsøgsperioden kan fritages, er:

- Sager der overgår til Jobafklaring (efter 22. ugers sygedagpengeforløb), og hvor der ikke vurderes behov for en koordineret tværfaglig indsats, eksempelvis:
 - Hvor der er tale om fortsat uarbejdsdygtighed, men overgang til jobafklaringsforløb alene skyldes sygedagpengelovens regelsæt om forlængelse
 - Hvor der er igangsat en plan med henblik på raskmelding med primært sigte på behandling og beskæftigelsesrettet indsats
 - Sager, hvor der allerede er igangsat en plan med tværfagligt indhold der fungerer, og hvor tidspunkt for rehabiliteringsmøde bør afstemmes ift justeringer af planer eller såfremt den igangsatte plan ikke kan gennemføres
 - Igangværende behandlingsforløb, og hvor stillingtagen til et tværfagligt møde bør afvente resultatet af behandlingsforløbet
- Sager der overgår til Jobafklaring umiddelbart ved start af sygdom jf. sygedagpengelovens § 24a, og hvor årsagen til jobafklaringsforløbet alene skyldes manglende genoptjeningsret til sygedagpenge

Derimod skal alle borgere, der skal have et yderligere jobafklaringsforløb, altid have deres sag behandlet på rehabiliteringsmøde.

Borgere som overgår til jobafklaringsforløb, har ikke nødvendigvis komplekse problemstillinger af en sådan karakter, at behandling i et tværfagligt rehabiliteringsmøde pr. automatik er en nødvendighed inden for første 4 uger. Den sygemeldte har ved dagpengestop ret til jobafklaringsforløb ved fortsat sygdom. Rehabiliteringsteamet skal behandle sagen senest 4 uger efter, at jobafklaringsforløbet er tilkendt, og dermed kan behandling af sagen ift fremtidige indsatser i værste fald forsinke et raskmeldingstidspunkt. Der kan endvidere være risiko for at der indstilles til aktiviteter som bidrager til at forlænge sagen, risiko for overkompensation og risiko for at sygeliggøre nogle mennesker, som ikke har et behov for en tværfaglig indsats.

En stor del af jobafklaringsforløbene vil fortsat skulle behandles på rehabiliteringsmøder. Med forsøget ønskes muligheden for fleksibilitet, samt iværksætte indsatsplaner tidligere end tilfældet er i dag, fordi ventetid på rehabiliteringsteamet bliver en stopklods. Og ikke mindst vil meningsfuldhed og hensigtsmæssige sagsgange være nøgleordene. Samtidig skal de faglige vurderinger og inddragelsen af borgeren kvalificere årsagen til at en behandling af sagen på et tværfagligt rehabiliteringsmøde, vil

tilføre borgerens sag nye perspektiver.

Endeligt vil en større grad af fleksibilitet gøre de administrative sagsgange enklere, og ikke blive oplevet som en stopklods af såvel borger som rådgivere. Sagsgange kan eksemplificeres på følgende vis:

Sagsgang i dag	Sagsgang i sager som undtages fra rehabiliteringsmødet
<p>a. Arbejdes med sygeopfølgingsplan i sygedagpengeforløb</p> <p>b. Inden 22. uge foretages faglig vurdering af mulighed for forlængelse efter sygedagpengelovens bestemmelse eller overgang til jobafklaringsforløb</p> <p>c. Bred vurdering af borgerens muligheder jf. retssikkerhedslovens § 7a</p> <p>d. Partshøring vedr. sygedagpengestop. Frist for kommentarer, evt. ny vurdering</p> <p>e. Afgørelse om dagpengestop + evt. klagesagsbehandling samt afgørelse om jobafklaringsforløb, evt. klagesagsbehandling</p> <p>f. Udarbejdelse af rehabiliteringsplan, samt partshøring mhp behandling på rehabiliteringsmøde inden 4 uger</p> <p>g. Dagsorden på Mediconnect og indsætte alle relevante akter i dagsordensystemet i Mediconnect</p> <p>h. Ventetid på rehabiliteringsmøde – lovmæssigt skal det ske inden 4 uger</p> <p>i. 4-6 fagpersoner forbereder sig på møde samt tidsforbrug til selve afholdelse af møde. Borgeren venter på deltagelse i mødet.</p> <p>j. Teamet udarbejder indstilling som sendes til borgeren</p> <p>k. Udarbejdelse af indsatsplan på baggrund af teamets indstilling</p> <p>l. Konkrete afgørelser af indsatser i relation til teamets indstilling</p>	<p>a. Arbejdes med sygeopfølgingsplan i sygedagpengeforløb</p> <p>b. Inden 22. uge foretages faglig vurdering af mulighed for forlængelse efter sygedagpengelovens bestemmelse eller overgang til Jobafklaring. Ifm retssikkerhedslovens §7a vurdering, foretages screening omkring behov for tværfaglig indsats.</p> <p>c. Samlet partshøring vedr. sygedagpengestop, afgørelse om jobafklaring samt indsatser jf. udarbejdet indsatsplan.</p> <p>d. Afgørelse om dagpengestop, jobafklaringsforløb, indsatsplan, samt afgørelse om at sagen ikke behandles på rehabiliteringsmøde</p>

1.B Visitation til fleksjob, herunder fastholdelsesfleksjob og tilskud til selvstændige

- ❖ Mulighed for at træffe afgørelse i visse sager om fleksjob, uden at sagen først skal behandles i et tværfagligt rehabiliteringsteam.

Formålet er at forenkle visitationen til fleksjob i følgende visitationstyper:

- **Fastholdelsesfleksjob**; hvor borgeren allerede er ansat, og hvor virksomheden ønsker at fastholde medarbejderen i beskæftigelse i fleksjob
- **Fleksjob hvor der alene er tale om arbejdsmarkedsrettede udfordringer**. Eksempelvis, hvor borgeren i forbindelse med udredning af arbejdsevnen har gennemført praktikforløb og

hvor virksomheden er interesseret i at ansætte borgeren i fleksjob i forlængelse af praktikken, eller hvor arbejdsevnen alene er nedsat grundet helbred eller lignende, og hvor der ikke vurderes behov for en tværfaglig indsats

- **Tilskud til selvstændigt erhvervsdrivende** med nedsat arbejdsevne

Det vurderes derimod at alle sager, hvor det ud fra en faglig vurdering peger i retning af fleksjob, men hvor arbejdsevnen vurderes at være aktuelt meget begrænset (under 10 timer), som udgangspunkt bør behandles i rehabiliteringsteam, idet der typisk er behov for flere forskellige og tværfaglige indsatser mhp på at opnå den forventede progression. En undtagelse kan dog være:

- Sager med en aktuel meget begrænset arbejdsevne, men hvor der umiddelbart kan beskrives og iværksættes beskæftigelsesrettede udviklingspunkter som sandsynliggør, at arbejdsevnen i fleksjobbet inden for en klar tidshorison, vil udgøre mere end 10 timers effektiv arbejdstid ugentligt.

I RAR Nordjyllands område er der i november 2016 ansat 4.312 borgere i fleksjob efter ny ordning fra 2013. 2456 personer er ansat i fleksjob ml. 0-10 timer svarende til 57%

Når personen er ansat i fleksjob i under 10 timer, vil der være en forventning om en vis progression i arbejdsevnen. I disse sager giver det værdi, at rehabiliteringsteamet har anlagt tværfaglige betragtninger ift hvilke indsatser der vil kunne medvirke til at øge arbejdsevnen. Dette er ikke nødvendigvis relevant i sager, hvor borgeren ansættes i fleksjob i mere end 10 timer ugentligt.

Der er tale om et regelsæt og vurdering af arbejdsevne, der er forbundet med en vis grad af fagligt skøn. Praksis på området er bl.a. dannet gennem adskillige praksisundersøgelser fra Ankestyrelsen. Dokumentationen i disse sager indhentes via helbredsudredning, sociale indsatser og ikke mindst aktive beskæftigelsesrettede indsatser. Udredningen af en sag om fleksjob varierer tidsmæssigt afhængig af sagens kompleksitet og sker typisk i jobcentrets eksisterende sager om kontanthjælp, sygedagpenge, revalidering, ressourceforløb. Rehabiliteringsteamets behandling af sagen kommer derfor sent i processen, og kan opleves som et indskudt ekstra vurderende - og i en del tilfælde unødvendigt - led, og alene som et krav, før jobcentret kan træffe afgørelse. Fra praksisundersøgelsen i 2014 kan konkluderes, at antallet af fejl i kommunernes visitation til fleksjob havde et væsentligt omfang, i forhold til dokumentation for varig og væsentlig begrænsning af arbejdsevnen. Også rehabiliteringsteamets faglige begrundelse for at indstille til fleksjob, var i 18% af sagerne kun i ringe grad eller slet ikke fyldestgørende.

Nedenfor gives et eksempel på den administrative forenkling en undtagelse vil kunne give:

Sagsgang i dag ift Flexjob	Sagsgang i sager der fritages for behandling på rehabiliteringsmøde
a) Udredning og opkvalificering af borgeren i eksisterende sagstype (eksempelvis via et jobafklarings- eller ressourceforløb) b) Udarbejdelse af rehabiliteringsplan, indhentelse af LÆ265 c) Screening (typisk af rådgiver, leder, konsulent) i Jobcentret, med faglig vurdering af, om sagen er parat til at blive behandlet i rehabiliteringsteamet d) Sagsakter fra fagsystem skal sættes på dagsorden i nyt system, Medicconnect e) Forberedelse og afholdelse af rehabiliteringsmøde f) Teamet udarbejder indstilling og fremsender til borger g) Jobcentret partshører borgeren h) Jobcentret træffer afgørelse	a) Udredning og opkvalificering af borgeren i eksisterende sagstype (eksempelvis via et jobafklarings- eller ressourceforløb) b) Udarbejdelse af rehabiliteringsplan, vurdering af om der skal indhentes af LÆ 265 c) Behandlingsforum i Jobcenter med faglig vurdering af målgruppe for fleksjob, samt at sagen ikke behandles i rehabiliteringsteam d) Jobcentret partshører borgeren e) Jobcentret sender afgørelse til borgeren om fleksjob samt afgørelse om at sagen ikke behandles i et rehabiliteringsteam

1.C Seniorførtidspension

- ❖ Mulighed for at tilkende seniorførtidspension, uden behandling i rehabiliteringsteams.

Seniorførtidspension er begrænset til en lille, men klart defineret målgruppe, der kan ansøge om seniorførtidspension når de er maksimalt 5 år fra folkepensionsalderen og har en langvarig tilknytning til arbejdsmarkedet. Arbejdsevnen skal være varigt nedsat i relation til de eksisterende arbejdsmæssige kompetencer. Der er typisk tale om borgere der er nedslidte eller blevet syge og hvor det ikke er nødvendigt at afprøve arbejdsevnen bredt set. Målgruppen er begrænset, eksempelvis er der i 2016 blevet tilkendt seniorførtidspension i Aalborg kommune til 14, Brønderslev 4, Rebild 3 og Frederikshavn 3 personer.

I forarbejderne til loven er beskrevet, at der skal være mulighed for en enklere og mere smidig sagsbehandling, og at der derfor ikke skal iværksættes udviklende foranstaltninger, men alene en vurdering af arbejdsevnen ift allerede erhvervede faglige kompetencer.

Der er en forventning om, at der vil komme øget fokus på ordningen efterhånden som pensionsalderen stiger og færre har en efterlønsordning. Med regelsættet er der i dag mulighed for at undtage for behandling af sager på rehabiliteringsmøde, for de personer hvor det er åbenbart at der skal gives afslag på seniorførtidspension. Da kommunerne med denne mulighed kan behandle afslagssager "administrativt", vil der i langt de fleste tilfælde være tale om sager, hvor kommunen allerede har uret sagen og via en screening vurderet, at der kan være grundlag for tilkendelse af seniorførtidspension. Der er derfor en mulighed for at foretage en smidigere sagsbehandling i sager, hvor det tværfaglige teams kompetencer ikke nødvendigvis er relevant.

2. Mulighed for at kunne vælge om der er behov for at indhente helbredserklæringen - LÆ 265 -, som led i rehabiliteringsplanens forberedende del og teamets behandling.

- ❖ Mulighed for en mere fleksibel anvendelse af lægefaglig dokumentation – LÆ 265 -, der skal danne grundlag for teamets indstilling og kommunens afgørelse i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension samt i sager om revalidering.

Formålet er at skabe et bedre flow i borgerens sag, hvor borgeren ikke unødigt skal til undersøgelse hos egen læge, hvis der i forvejen er tilstrækkelige helbredsmæssige oplysninger til at kunne afdække borgerens sundhedsmæssige tilstand, samt at praktiserende læger ikke skal bruge unødvendig tid på lægeattestarbejde, hvilket er særligt vigtigt i områder med generel lægemangel.

I dag er det et lovgivningskrav, at der skal indhentes en aktuell LÆ 265 fra praktiserende læge inden sagen kan behandles jf. ovenstående. En undtagelse er i jobafklaringsager, hvis der i forvejen er en tilstrækkelig aktuell LÆ 285 erklæring og andre helbredsmæssige oplysninger. For udfyldelse af attesten kræves, at patienten indkaldes af lægen til konsultation. Formålet er en tættere inddragelse af den praktiserende læge, hvilket som udgangspunkt er et godt princip.

Erfaringen fra de seneste 4 år er, at det ikke i alle sager er egen læge, der er primær sundhedsperson ift til den sygemeldte borger, særligt hvis denne behandles i et andet specialiseret regi. I disse situationer undrer borgerne (og lægerne) sig over, at de skal bestille tid til samtale og afvente denne særlige helbredserklæring, inden sagen kan behandles på rehabiliteringsmøde, når kommunen i forvejen har relevante akter fra speciallæger, behandlende afdelinger på sygehus eller genoptræningsafdelinger. Lægerne kan ikke i alle situationer tilføje sagen yderligere, heller ikke selvom der afholdes en konsultation inden erklæringen udfyldes.

Derudover kan der være situationer, hvor lægen allerede har udarbejdet andre attester til kommunen om borgeren. I de tilfælde kan såvel borger som praktiserende læge undres over antallet af helbredserklæringer som kommunen anmoder om. Derudover opleves der udfordringer med ventetider på attester generelt. Ift LÆ 265 har lægerne 30 dage til besvarelse, hvilket lægerne erfaringsmæssigt har svært ved at overholde. Samtidig skal jobcentret planlægge indhentelsen af denne særlige attest, så den er helt aktuell. Ellers vil teamets indstilling og kommunens afgørelse som

udgangspunkt være ugyldig (jf. Ankestyrelsens praksis).

Det er fortsat relevant og vigtigt at inddrage praktiserende læge på et relevant tidspunkt i jobcentrets udredning. Dog er der i dag tale om en detailstyring, som af både borger, praktiserende læge og kommune kan opleves som et forsinkende og unødvendigt led i sagsbehandlingen.

Sagerne er generelt godt belyst i forvejen, og LÆ 265 bliver i en række sager - ud over et forsinkende led - også en ekstraudgift. Som eksempel kan det nævnes at Jobcenter Aalborg i 2016 har indhentet 1244 attester á minimum 1639 kr. (koster mere hvis der er tolk), hvilket som minimum er en udgift på godt 2 mio. kr. Og i en mindre kommune som Jobcenter Rebild er der indhentet 184 attester, hvilket er en udgift på næsten 230.000 kr.

3. Fritagelse til at vælge hvilken sundhedsfaglig rådgivning der anvendes ifm løbende sager

- ❖ Mulighed for i løbende sager om jobafklaring, ressourceforløb og fleksjob, at kunne anvende generel sundhedsfaglige bistand og ikke kun bistand fra sundhedskordinator og Klinisk Funktion.

Formålet er at sikre et større grad af flow i sagerne og et smidigt sagsforløb, tilpasset den enkelte kommunes behov.

I dag er det alene Klinisk funktion i Regionen som kommunerne kan anvende til sundhedsfaglig rådgivning og indhentelse af nye undersøgelser, når det gælder løbende sager jf. ovenstående. Generelt er der et godt samarbejde mellem kommuner og klinisk funktion, men der er administrative og økonomiske udfordringer forbundet med et samarbejde, hvor jobcentrene er frataget muligheden for frit at anvende anden sundhedsfaglig bistand. I nogle situationer oplever kommunerne en længere svarfrist fra sundhedskordinator, end hvad man ellers oplever ift anvendelse af lægekonsulent i øvrige sagstyper.

I den oprindelige lovbestemmelse skulle klinisk funktion kunne indhente helbredsoplysninger om en patient direkte fra regionens sygehusafdeling eller psykolog. Grundet manglende lovhjemmel hertil i sundhedsloven, har der i nuværende lovgivning været behov for at formulere at *"kommunerne og regionen kan aftale at kommunen på vegne af klinisk funktion indhenter journaloplysninger og statusattest fra sygehus, speciallæge og psykolog"*. Også sådan en aftale er en ekstra administrativ byrde, når kommunen på vegne af regionen indhenter oplysninger.

Følgende eksempler illustrerer, hvilke administrative udfordringer samarbejdet med Klinisk Funktion kan medføre:

- Kerneopgaven for rehabiliteringsteamet og dermed også sundhedskordinatoren, er at have fokus på udvikling i borgerens liv i retning mod arbejdsmarkedet. Kommunen har som myndighed endvidere til opgave at sikre, at en sag er tilstrækkelig oplyst til, at myndigheden kan træffe en tilstrækkelig og korrekt afgørelse, hvorved borgerens retssikkerhed er sikret. Kommunerne kan alene indhente speciallægeerklæringer fra Klinisk funktion og det er Klinisk Funktion der som udgangspunkt vurderer, hvilke undersøgelser der er relevante at få foretaget. Anmodning om en speciallægeerklæring fra Klinisk funktion sker på baggrund af en anbefaling fra sundhedskordinator, som led i sundhedskordinatorens funktion i løbende sager. Sundhedskordinatoren kan ikke forventes at være fysisk til rådighed i kommunerne (stor geografisk afstand ml. Klinisk funktion og de enkelte kommuner i regionen), hvorfor dialogen bliver skriftlige vurderinger, som der er indgået aftaler om betaling omkring, som led i kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning. Kommunerne betaler endvidere Klinisk funktion for udarbejdelse af LÆ 271 (speciallægeerklæringer)
- Kommunerne kan enkelte gange opleve at de socialfaglige vurderinger ikke følges, f.eks. hvis rehabiliteringsteamet har anbefalet, at der udarbejdes en psykiatrisk speciallægeundersøgelse og Klinisk funktion finder det tilstrækkeligt med en psykologisk undersøgelse, vil der kunne opstå en tvist herom.
- Kommuner indgår en fælles samarbejdsaftale med regionen om samarbejdet i løbende sager, med en høj grad af detailstyring, hvilket er nødvendigt for at regionen kan tilpasse behovet for

sundhedskoordinatorer ift kommunernes samlede efterspørgsel. Det er ressourcekrævende for såvel region som kommunerne, og fleksibiliteten for den enkelte kommune forsvinder, når man ikke kan inddrage en anden sundhedsfaglig bistand end Klinisk funktion.

4. Fritagelse til at gennemføre rehabiliteringsmøder ved akut fravær af teamdeltagere

- ❖ Mulighed for at kunne afholde planlagte rehabiliteringsmøder i situationer, hvor teamet ikke er fuldtalligt ved eksempelvis akut sygdom, og hvor anden repræsentation ikke kan fremskaffes. Formålet er at sikre at borgernes sager bliver behandlet rettidigt og at udskydelse af afgørelser kan undgås.

Rehabiliteringsteamet er i dag kun lovligt sammensat, såfremt alle faggrupper er repræsenteret. Ved sygdom eller andet fravær, som ikke kan forudses, vil teamet dermed skulle aflyse behandling af de sager, der er dagsordensat. Dette er uhensigtsmæssigt ift at få afholdt de nødvendige antal rehabiliteringsmøder, og hurtigt få iværksat de rette indsatser over for borgerne. Ud fra et borgerperspektiv vil aflysning i værste fald være en yderligere frustration over ikke få sin sag behandlet som planlagt og dermed udsættelse af en eventuel afgørelse.

Som udgangspunkt bestræber kommuner og region sig på at finde en stedfortræder, således at planlagte møder kan afholdes. Der er derfor tale om undtagelsessituationer.

Eksempler på situationer hvor et rehabiliteringsteam møde bør gennemføres uanset om teamet er fuldtalligt:

- Ved sygdom fra sundhedskoordinator, men hvor sagerne er gennemgået og sundhedskoordinator har afgivet sin vurdering til mødeleder
- Ved sygdom fra beskæftigelsesrepræsentanten, men hvor sagerne er gennemgået og beskæftigelsesrepræsentanten har afgivet sin vurdering til mødeleder
- Ved sygdom fra kommunens repræsentation fra sundhedsområdet, UU eller socialområdet, og hvor det ud fra en konkret vurdering skal afgøres om teamets øvrige medlemmer kan varetage opgaven.

2. Mål og forventede resultater

Afsnittet er ligesom afsnit 1 opdelt i 4 overordnede temaer:

1. Mulighed for at fritage sager fra at blive behandlet i et rehabiliteringsteam

Med fritagelsen forventes det, at kommunerne kan skabe samme eller bedre effekt, med en mere enkel og smidig sagsbehandling. Derudover vil der blive frigivet ressourcer, som kan blive til gavn for de borgere, der reelt har brug for en koordineret og tværfaglig indsats.

I ansøgningsprocessen har der være begrænset tid til tæt dialog med STAR, AMK Midt-Nord m.fl. om hvilke mål der bør opsættes. De enkelte kommuner vil først senere i processen afgøre, hvilke dele af forsøget de vil indgå i, og hvor målene derefter ønskes kvalificeret i dialogen med KORA m.fl.

Nedenfor beskrives de forventede resultater delt op ift jobafklaringsforløb, fleksjob og seniorførtidspension. Eksemplerne illustrerer, hvilke mere kvalitative resultater der kan opnås, hvis fritagelsen anvendes:

Jobafklaringsforløb.

Målet er, at få igangsat en indsatsplan umiddelbart i forlængelse af afgørelse om sygedagpengestop, med de faglige indsatser der er relevante, men også tilstrækkelige. Den indsats, der har været i sygedagpengesagen, vil i de fleste tilfælde også skulle fortsættes i et jobafklaringsforløb. Herved opnås eksempelvis:

Hurtig udarbejdelse af indsatsplan. Det vil for borgeren være meningsgivende at kunne se, hvad formålet med jobafklaringsforløbet er i forbindelse med, at der træffes afgørelse om sygedagpengestop, i modsætning til at, man i dag venter op til 4 uger på, at en sag behandles i rehabiliteringsteamet.

Aktiv inddragelse af den sygemeldte; borgere som aktivt inddrages i en faglig vurdering af behovet for en tværfaglig indsats, vil i højere grad kunne se formålet med at deltage på rehabiliteringsmødet, hvor det i dag pr. definition er en pligt at deltage i mødet.

Planer skal stå mål med den sygemeldtes udfordringer; Ikke alle borgere der overgår til jobafklaring har behov for en tværfaglig indsats og hvor mødet med 4-6 fagpersoner kan synes at være en overbehandling fra systemets side, og dårlig forvaltning af de kommunale udgifter.

Hurtigere tilbagevenden til beskæftigelse; ved at afkorte sagsbehandlingstiden fra der træffes afgørelse af sygedagpengestop til indsatsplanen kan iværksættes, vil der være en forventning om at visse borgere hurtigere kan raskmeldes, revalideres eller evt. komme i fleksjob.

Bedre udnyttelse af ressourcer hos rådgiverne til at fortsætte den beskæftigelsesrettede indsats, f.eks. finde praktik, deltage i rundbordssamtale med arbejdsgiver ect.

Visitation til Fleksjob

Målet er at skabe bedre rammer for visitationsproceduren ift fleksjob og tilskud til selvstændige, med det formål at få effektiviseret sagsgangen for de borgere, der forventes hurtigt at være på vej i fleksjob. Herved opnås eksempelvis:

Hensigtsmæssige og tilstrækkelige sagsgange; som fremmer afgørelse og borgerens mulighed for ansættelse i fleksjob, og dermed fastholder borgerens arbejdsidentitet.

Sikre at ansatte der skal visiteres til et fastholdelsesfleksjob undgår opsigelse grundet langvarig sagsbehandling, eller hurtig etablering af nyt fleksjob i sager med en potentiel interesseret arbejdsgiver, som følge af et vellykket praktikforløb.

Kortere sagsgang fra afsluttet udredning til visitation til fleksjob, vil betyde at flere borgere fastholder motivation til aktiv jobsøgning, hvorved perioder med fritagelse grundet sygdom eller andet i ledighedsydelsesperioder, kan minimeres.

Behandling af sagen skal stå mål med borgerens udfordringer. I en række sager om fleksjob er arbejdsevnen nedsat som følge af sygdom, og funktionsevne samt faglige og personlige kompetencer er velbelyst, og er allerede udredt i tidligere forløb, eksempelvis i et ressourceforløb.

Selvstændige, med nedsat arbejdsevne skal ikke have vurderet arbejdsevnen bredt.

Rehabiliteringsteamets rolle er udelukkende at forholde sig til, om borgeren er omfattet af målgruppen og har ikke mulighed for at indstille til andre indsatser der skal udvikle arbejdsevnen. Teamets behandling kan derved blive et forsinkende led i sagsbehandlingen.

Seniorførtidspension

Målet er at få en smidigere sagsgang, så sager om seniorførtidspension reelt afklares inden for den lovgivningsmæssige ramme på 6 mdr., og med færrest mulige ressourcer. Dette vil give større borgertilfredshed og være en gevinst for kommunen.

2. Mulighed for at kunne vælge, om der er behov for at indhente helbredserklæring - LÆ 265, som led i rehabiliteringsplanens forberedende del.

Målet er, at antallet af LÆ 265 helbredserklæringer kan formindskes. Dermed kan sagsbehandlingstiden afkortes i sager, der skal behandles på rehabiliteringsmødet til gavn for sygemeldte eller borgere, der afventer en afgørelse om ressourceforløb, fleksjob eller førtidspension. Overordnet set skal det være fagligt begrundede valg der skal afgøre, hvilke helbredsmæssige dokumentation der kan belyse en borgers sag tilstrækkeligt. Nogle kommuner vil endvidere kunne opleve en reduktion af udgifter til lægeattester uden at gå på kompromis med kvaliteten i beslutningsgrundlaget og de praktiserende læger vil spare på ressourcerne til gavn for patienterne.

3. Kommunernes frihed til at vælge, hvilken sundhedsfaglig rådgivning der anvendes i løbende sager

Målet er at skabe en større grad af fleksibilitet og mindre administration for kommunerne. Kommunerne har en meget forskellige organisering, ligesom den geografiske beliggenhed kan være langt væk fra de regionale Kliniske funktioner. De nødvendige samarbejdsaftaler mellem Region og kommuner har en stor grad af detailplanlægning, ikke mindst for at styre kommunernes forbrug af ydelser fra Regionen. Den manglende fleksibilitet kan medvirke til at skabe længere sagsbehandling.

Det forventede resultat er, at der med mulighed for frit valg af sundhedsfaglig rådgivning i løbende sager, skabes bedre flow i sagerne med mulighed for hurtigere udredning. Samtidig vil kommunerne kunne forhandle aftaler om sundhedsfaglig rådgivning ud fra den enkelte kommunes behov.

4. Rehabiliteringsmøder med større grad af fleksibilitet

Målet med fritagelsen er at få afviklet rehabiliteringsmøder som planlagt, uden risiko for at skulle aflyse møder ved sygdom.

Det forventede resultat er, at man overholder aftalte møder med borgeren og sikrer at deres sag bliver afklaret hurtigst muligt.

3. Konkrete behov for forsøgshjemler, undtagelser fra gældende lovgivning mv.

Afsnittet er ligesom afsnit 1 og afsnit 2, opdelt i 4 overordnede temaer:

1. For fritagelse til at beslutte, hvilke sager der skal behandles på rehabiliteringsmøder ift jobafklaring, fleksjob og seniorførtidspension, søges om følgende forsøgshjemler og undtagelser fra gældende lovgivning:

Kommunerne ansøger om hjemmel til at:

- Indsatsplaner i visse sager om jobafklaring kan iværksættes uden at sagen skal behandles i et tværfagligt rehabiliteringsmøde.
- Mulighed for visitation til fleksjob i visse sager, uden at sagen forelægges rehabiliteringsteamet
- Mulighed for visitation til tilskud til selvstændige med nedsat arbejdsevne, uden at sagen forelægges rehabiliteringsteamet
- Mulighed for tilkendelse af seniorførtidspension, uden at sagen forelægges rehabiliteringsteamet.

Fritagelse fra:

Lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v. Kap. 2 Rehabiliteringsteamets opgave; § 9, § 11

Lov om aktiv beskæftigelsesindsats - anvendelse af rehabiliteringsplan § 30a

Lov om aktiv beskæftigelsesindsats - jobafklaringsforløb og undtagelse for behandling i rehabiliteringsteams; § 68d

Lov om aktiv beskæftigelsesindsats – grundlag for afgørelse om fleksjob - § 70a

Lov om aktiv beskæftigelsesindsats – grundlag for afgørelse om tilskud til selvstændige - § 70g

Lov om social pension – grundlag for afgørelse om seniorførtidspension §§17-18

Bekendtgørelse nr. 996 af 29 juni 2016 om rehabiliteringsplan og teamets indstilling; § 1, § 2, § 7

2. Mulighed for at vælge om der er behov for at indhente LÆ265 helbredserklæring – som led i rehabiliteringsplanens forberedende del.

Kommunerne ansøger om hjemmel til:

- Fritagelse fra at indhente borgerens praktiserende læges vurdering af borgerens helbred ift at kunne arbejde, som led i udarbejdelse af rehabiliteringsplanens forberedende del.

Fritagelse fra:

Lov om aktiv beskæftigelsesindsats ift rehabiliteringsplanens anvendelse § 30a, § 31

Bekendtgørelse nr. 996 af 29 juni 2016 om rehabiliteringsplan og teamets indstilling; § 1, § 4

3. Kommunernes frihed til at vælge hvilken sundhedsfaglig rådgivning der anvendes i løbende sager

Kommunerne ansøger om hjemmel til:

- Mulighed for at anvende sundhedsfaglig rådgivning fra andre end Klinisk funktion, i alle løbende sager

Fritagelse fra:

Lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v. Kap. 2 samarbejde ml. kommunen og regionen om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering, §§ 14-15

Bekendtgørelse nr. 1556 af 23 december 2014; § 1

Bekendtgørelse nr. 1092 af 3. august 2016; § 1, § 2, § 3, § 4, § 11, § 16

4. Rehabiliteringsteammøder med større grad af fleksibilitet

Kommunerne ansøger om hjemmel til:

- Afholdelse af rehabiliteringsmøder ved akut frafald af bestemte teammedlemmer

Fritagelse fra:

Lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen mv, kap. 2 om rehabiliteringsteamet § 10

4. Hvordan realiseres de forventede resultater

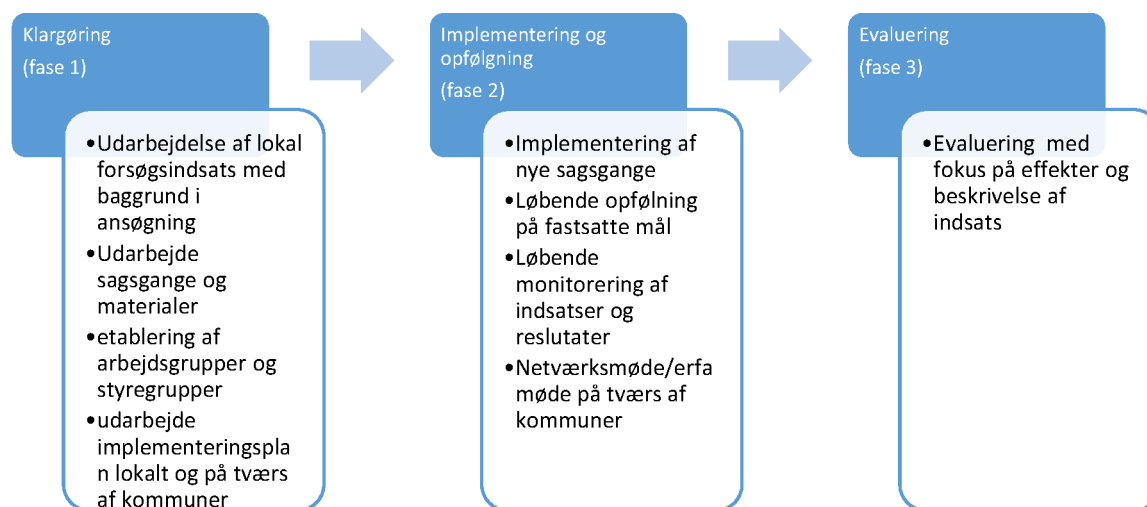
Der er tale om et forsøg med mange forskellige elementer, og alle de ansøgende kommuner ønsker ikke nødvendigvis at gennemføre alle de beskrevne forsøg.

Resultatet for de borgere, hvis sag bliver behandlet er, at de vil kunne se formålet med den udredning og belysning der bliver foretaget i deres sag. Endelig forventes det, at der kan træffes smidigere og hurtigere afgørelser i kommunerne, hvilket vil være et gode for borgerne. For kommunerne vil det give mulighed for at anvende ressourcerne mere effektivt.

Forsøget vil blive gennemført i tre faser, og der vil gennem forsøget blive sat fokus på udvikling, afprøvning og tilpasning af sager, hvor der kan træffes afgørelse om indsats uden, at en sag behandles i et rehabiliteringsteam.

Forsøget indrettes således, at de enkelte kommuner frit kan vælge, hvordan de ønsker at udforme forsøget inden for den overordnede ramme af forsøgsansøgningen. Nogle kommuner ønsker at gennemføre forsøget med alle fire overordnede temaer og for borgere der skal have afgørelse både ift indsats i jobafklaring, eller afgørelser om fleksjob eller seniorførtidspension. Andre kommuner ønsker at fokusere på enkelte temaer eller enkelte målgrupper. Derfor vil der blive udviklet en kommunespecifik plan for forsøget og en overordnet plan på tværs af kommunerne.

Udrulningen af forsøget vil gennemgå tre faser – se nedenstående figur:



Fase 1: I denne fase skal kommunerne viderebearbejde forsøget og beslutte, hvilke elementer, de ønsker at arbejde videre med. Derudover arbejdes der med de dele af forsøgene, der skal implementeres. Denne fase vil være maksimalt 3-6 måneder med mulighed for at tilpasse indsatsen til lokale forhold, herunder stillingtagen til, hvordan borgeren og øvrige aktører inddrages, udarbejdelse af informationsmateriale samt standarder til afgørelser, og hvilken organisering, der skal være i jobcentret ift de afgørelser der skal træffes, når sagen ikke forelægges et rehabiliteringsteam. Ved fleksibel anvendelse af lægeerklæringer samt sundhedsfaglig rådgivning, skal der endvidere være inddragelse af PLO og Regionerne.

Fase 2: I denne fase sættes fokus på at implementere, følge op på og tilpasse indsatserne. Implementering og organisering har en central rolle i forhold til at realisere de forventede resultater. Der vil derfor være fokus på:

- At opstille klare mål og succeskriterier for de lokale forsøg
- Realistisk tidsplan
- At der afsættes tilstrækkelig tid og ressourcer til forsøget
- Udarbejdelse af relevante procedurer/arbejdsgangsbeskrivelser
- Registreringspraksis og godkendelse af revision
- Kompetenceudvikling hos medarbejdere
- Opfølgning og justering af fremdrift og udfordringer i forsøget

Derudover nedsættes der arbejdsgrupper og styregrupper internt og på tværs af kommunerne, således at der sikres nødvendig forankring og fokus på alle ledelsesniveauer og medarbejderne får ejerskab over forsøget.

Fase 3: Evalueringen skal iværksættes ca. 9-12 måneder før forsøget skal være færdigevalueret. I denne fase er der fokus på beskrivelse af forsøget og dokumentation af effekterne. Se i øvrigt næste

afsnit.

5. Evaluering

Kommunerne tilstræber at gennemføre så ambitiøs en evaluering som muligt under forudsætning af, at evalueringen som udgangspunkt kan gennemføres med de nuværende registreringer i fagsystemer, arbejdsgangsbeskrivelser og Dreamdata. Når kommunerne endeligt har fastlagt, hvilke målgrupper og tiltag, der skal arbejde med i de lokale forsøg, fastlægges endeligt design. Der skal være fokus på at udforske og nyttiggøre de muligheder for sammenligningsgrupper, der kan etableres dels indbyrdes mellem kommunerne, der fx anvender samme tiltag til forskellige målgrupper, eller forskellige tiltag for samme målgruppe.

I forbindelse med forsøget vil der blive samlet op på forsøgets udformning og omfang og på forsøgets resultater. I det nedenstående skemaer er der opstillet en oversigt over, hvilke parametre der vil blive fulgt op på i forbindelse med de fire forsøgstemaer ift. forsøgets udformning og omfang og forsøgets resultater:

Forsøgstema	Målgruppe	Forsøgets udformning og omfang	Forsøgets resultater
Tema 1: Mulighed for at fritage visse sager der skal behandles på rehabiliteringsmøder ift jobafklaring, fleksjob og seniorførtidspension	Jobafklaringsforløb	<ul style="list-style-type: none">Hvor mange jobafklaringsforløb fritages fra rehabiliteringsmødeHvilke typer forløb er blevet fritaget	<ul style="list-style-type: none">SagsbehandlingstidBrug af beskæftigelsesrettede indsatserAfgang til beskæftigelseBorgertilfredshedSagsbehandleres vurderinger af muligheden for fritagelse
	Fleksjob og tilskud til selvstændigt erhvervsdrivende med nedsat arbejdsevne	<ul style="list-style-type: none">Hvor mange fleksjob-sager er blevet fritaget fra rehabiliteringsmødetHvilke typer fleksjob er blevet fritaget	<ul style="list-style-type: none">SagsbehandlingstidTimer i fleksjobBorgertilfredshedSagsbehandleres vurderinger af muligheden for fritagelse
	Seniorførtidspension	<ul style="list-style-type: none">Hvor mange seniorførtidspensionssager er blevet fritaget	<ul style="list-style-type: none">Sagsbehandleres vurderinger af muligheden for fritagelse

Forsøgstema	Forsøgets udformning og omfang	Forsøgets resultater
Tema 2: Mulighed for at vælge om der er behov for at indhente LÆ265 erklæring som led i rehabiliteringsplanens forberedende del	<ul style="list-style-type: none">Antal sager hvor LÆ265 ikke er benyttetRessourcebesparelseBeskrivelse af hvilke sager det giver mening ikke at indhente LÆ265	<ul style="list-style-type: none">SagsbehandlingstidSagsbehandleres vurderinger af muligheden for fritagelsePLO og regionens vurdering af forsøget
Tema 3: Kommunernes frihed til selv at vælge hvilken sundhedsfaglig rådgivning der anvendes ifm løbende sager	<ul style="list-style-type: none">Antal sager hvor der er anvendt anden sundhedsfaglig rådgivningBeskrivelse af i hvilke sager det giver mening at benytte andre former for sundhedsfaglig rådgivning	<ul style="list-style-type: none">SagsbehandlingstidSagsbehandleres vurderinger af muligheden for fritagelse
Tema 4: Fritagelse til at gennemføre rehabiliteringsmøder ved akut fravær	<ul style="list-style-type: none">Antal rehabiliteringsmøder der er gennemført ved akut fravær	<ul style="list-style-type: none">Rehabiliteringsteamets vurderinger af muligheden for fritagelse

De endelige målepunkter fastlægges, når de lokale udformninger af forsøgene ligger fast, men vil som udgangspunkt omfatte effektmål ift længden af jobafklaringsforløb, jobeffekter samt udgiftsniveauet på området, samt evt. suppleret med målinger af borgerinddragelse og tilfredshed.

Kommunerne ønsker at indgå en dialog med STAR om, hvordan fagsystemer og økonomisystemer og andre eksisterende data kan understøtte dokumentationen på en måde, hvor der kan sikres et tilstrækkeligt dokumentationsgrundlag for en ambitiøs evaluering uden anvendelse af parallelle

registreringssystemer.

Ansøgning nr. 2: Psykologbehandling

Frikommunenetværk	En mere fleksibel og effektiv beskæftigelsesindsats, herunder også nytænkning af integrationsområdet.		
Titel på forsøg	Psykologbehandling		
Deltagerkommuner	Jammerbugt, Thisted og Rebild		
Faglig kontaktperson	Stine Krogh Christensen, psykolog		
	Telefon	4191 1557	E-mail

Netværkskoordinator	Nette Ben-Yedidia		
	Telefon	99312725	E-mail
Dato for ansøgning	1. maj 2017		

1. Beskrivelse af forsøget

Overordnet omhandler forsøget effekten af at tilbyde psykologbehandling i kommunalt regi.

Ifølge sundhedslovens afsnit V og afsnit IX hører psykologbehandling til i praksissektoren under regionen, hvilket betyder, at kommunerne ikke kan tilbyde psykologbehandling. Psykologbehandling i praksissektoren foregår ved privatpraktiserende psykologer med ydernummer på henvisning fra praktiserende læge. I flere tilfælde er borgerens adgang til psykologbehandling dog besværliggjort af en række faktorer, som vil blive uddybet nedenfor. Flere og flere jobcentre ansætter psykologer for at kvalificere beskæftigelsesindsatsen, fx ved at tilbyde borgerne korte individuelle støttende samtaleforløb. Ønsket er imidlertid, at jobcentrets psykologer får mulighed for at tilbyde egentlig psykologbehandling til borgere, der har vanskeligt ved at få dækket deres behandlingsbehov på anden vis. Dette med en forventning om, at vi ved at lette borgernes adgang til relevant psykologbehandling, hurtigere kan hjælpe dem tilbage på arbejdsmarkedet. Det samlede psykologforløb forventes optimeret, idet borger undgår skiftet fra jobcentrets psykolog til privatpraktiserende psykolog, hvor relationen skal opbygges på ny. Samtidig ser vi fordele ved, at psykologbehandling varetages af fagpersoner med et beskæftigelsesrettet fokus. Jobcentrets psykologer har endvidere mulighed for et at indgå i et tæt tværfagligt samarbejde med rådgivere og jobkonsulenter, og behandlingen kan derved koordineres med øvrige beskæftigelsesrettede tiltag.

Specificering af målgrupper

Tilbuddet om psykologbehandling vil primært være tiltænkt borgere på sygedagpenge.

Ud fra de erfaringer psykologer ansat i jobcentret hidtil har gjort sig, findes det særligt relevant at tilbyde psykologbehandling ved jobcentrets psykologer til følgende målgrupper:

- 1) Personer med tilpasningsreaktion / belastningsreaktion (stress), der ikke kan relateres til en livsbegivenhed, der falder ind under henvisningsårsag 1-9 (Jf. Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper), herunder arbejdsrelateret stress.
- 2) Personer over 38 år med let til moderat angst
- 3) Personer i aldersgruppen 18-38 år med let til moderat angst
- 4) Personer med let til moderat depression

Begrundelse for valg af målgrupper

Fælles for de 4 målgrupper er, at det er borgere, som psykologer ansat i jobcentret ofte kommer i kontakt med. Stress, angst og depression udgør langt størstedelen af de psykiske lidelser, der fører til sygemelding, men det er som udgangspunkt ikke lidelser, der behandles i psykiatrien. Samtidig er der tale om tilstande, som effektivt kan behandles ved psykolog, mens de uden behandling i mange tilfælde forværres. Eksempelvis kan en længerevarende ubehandlet stressreaktion udvikle sig til en depression, eller der kan tilkomme angstsymptomer, som forværrer tilstanden. Forskning viser, at angst og depressionsramte der modtager psykologbehandling kommer sig hurtigere og har mindre

risiko for tilbagefald end de, der udelukkende får medicinsk eller ingen behandling (Se fx Sundhedsstyrelsens referenceprogrammer for henholdsvis angst og depression, 2007). Hovedparten af de borgere, der henvises til støttende samtaler ved psykolog i jobcenterregi, falder indenfor de 4 målgrupper. Det betyder, at psykologer der arbejder i jobcentret har stor erfaring i arbejdet med stress, angst og depressionsramte borgere. Mange borgere med stress, angst eller depression formår ikke selv at etablere kontakt til en privatpraktiserende psykolog. Det kan være angstprovokerende for dem, eller de kan have svært ved at overkomme det. De kommer i mange tilfælde kun i kontakt med jobcentrets psykologer, fordi de er "tvunget" til kontakt med jobcentret for at opretholde deres forsørgelse. Det er borgere, der ofte er særligt sårbare overfor et behandler skifte, og det vil derfor være relevant, at psykologen i forlængelse af sit møde med borgeren kan tilbyde behandling.

For målgruppe 1 og 2 gælder endvidere, at de ikke kan få tilskud til psykologbehandling. Af bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper fremgår, at tilskud til psykologbehandling kan tilbydes personer, der af praktiserende læge vurderes at opfylde kriterierne for en af 11 specifikke målgrupper. Personer, der ikke falder ind under en af de 11 målgrupper, står derimod uden mulighed for at få tilskud til psykologbehandling, også selvom de af sundhedsprofessionelle vurderes at have et behandlingsbehov.

Personer med en diagnose indenfor ICD-10 klassifikationens gruppe F43 – Reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktioner, kan kun få tilskud til psykologbehandling i praksissektoren i tilfælde, hvor belastningsreaktionen kan relateres til en af følgende alvorlige livsbegivenheder: 1) Ofre for røveri, vold eller voldtægt; 2) Ofre for trafikulykker eller andre ulykker, 3) Pårørende til alvorligt psykisk syge personer; 4) Ramt af alvorligt invaliderende sygdom; 5) Pårørende til personer, der er ramt af alvorligt invaliderende sygdom; 6) Pårørende ved dødsfald; 7) Har forsøgt selvmord; 8) Har fået foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge; 9) Har været udsat for incest eller andre seksuelle overgreb inden de fyldte 18 år.

Ovenstående betyder, at personer med en tilpasnings- eller belastningsreaktion, der ikke kan relateres til en af de under tilskudsordningen definerede livsbegivenheder, står uden mulighed for at få tilskud til psykologbehandling. (tilpasnings- eller belastningsreaktion er de diagnostiske betegnelser, der kommer tættest på det, vi i daglig tale kalder stress.) Borgere, der af egen læge har fået stillet diagnosen tilpasnings- eller belastningsreaktion fx på baggrund af arbejdsrelaterede eller sociale forhold, kan ikke få psykologbehandling under tilskudsordningen. Det samme gør sig gældende for personer med let til moderat angst, som kun få tilskud til psykologbehandling i praksissektoren, såfremt de er i aldersgruppen 18-38 år.

Modsat målgruppe 1 og 2 kan borgere i målgruppe 3 og 4 få tilskud til psykologbehandling i praksissektoren under henvisningsårsag 10 og 11 (Jf. Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper). Der er dog tilfælde, hvor det kan være relevant, at psykologbehandling tilbydes i jobcenterregi, idet der ofte er ventetid på psykologbehandling under tilskudsordningen til de to grupper. Det skyldes, at der er sat økonomisk loft over, hvor mange personer psykologerne under tilskudsordningen må behandle, og psykologerne er forpligtede til at fordele kvoterne jævnt hen over året. Den økonomiske ramme for henholdsvis henvisningsårsag 1-9 og henvisningsårsag 10 og 11 er opdelt i to selvstændige rammer (Jf. Overenskomst om psykologhjælp, 27. februar 2016: http://www.dp.dk/wp-content/uploads/pok_2016_2019.pdf.) Det har vist sig, at den afsatte pulje til henvisningsårsag 10 og 11 er langt fra tilstrækkelig i forhold til antallet af personer med behov for psykologbehandling. Det har medført, at der i perioder er flere måneders ventetid på psykologbehandling til angst og depressionsramte, hvilket øger risikoen for en langtidssygemelding (<http://www.dp.dk/flere-maaneders-koe-til-psykologbehandling-for-angst-og-depression/>).

Uden tilskud koster psykologbehandling ved privatpraktiserende psykologer i omegnen af 1000 kr. pr samtale. Med tilskud er der stadig en egenbetaling på ca. 330 kr. pr samtale. Et behandlingsforløb vil som oftest indeholde 12 samtaler og vil dermed koste mellem 4000 kr. og 12.000 kr. alt afhængig af, om der ydes tilskud eller ej. Borgeren skal som udgangspunkt selv afholde udgiften til

psykologbehandling, og vi oplever, at mange må fravælge behandlingen af økonomiske årsager. Borgerne kan i nogle tilfælde søge om hjælp til dækning af behandlingsudgiften efter "Lov om aktiv socialpolitik §82", men det er vores erfaring, at selve ansøgningsprocessen for mange angst, stress og depressionsramte borgere er en uoverkommelig opgave, og de derfor ikke kommer i relevant behandling.

Som vi ser det, er der altså tale om en gruppe af borgere, som af ovennævnte årsager ikke kommer i relevant psykologbehandling, hvilket øger risikoen for langtidssygemelding. Det betyder samtidig, at der ikke er tale om, at kommunen bliver konkurrent til privatpraktiserende psykologer, da vi primært fokuserer på den restgruppe, der ellers ikke kommer i psykologbehandling.

2. Mål og forventede resultater

Målet med at tilbyde psykologbehandling i kommunalt regi til de beskrevne målgrupper er at optimere borgernes adgang til relevant psykologbehandling. Samtidig håber vi, at borgerne oplever et mere sammenhængende og helhedsorienteret forløb idet

- Ventetiden på behandling nedsættes.
- Det praktiske omkring valg af og kontakt til psykolog, samt ansøgning om dækning af egenbetaling undgås, så borger kan koncentrere sig om at komme sig.
- Behandlerskifte undgås og borgeren skal forholde sig til færre personer.
- Psykologen har mulighed for et tværfagligt samarbejde med sagsbehandler og jobkonsulent, så behandlingen i højere grad kan koordineres med andre beskæftigelsesrettede tiltag.

Skønsmæssigt forventer vi, at 60% af de borgere, som i forsøgsperioden får tilbudt psykologbehandling ved jobcentrets psykologer ellers ikke ville være kommet i behandling. De resterende 40% forventes at få tilbudt psykologbehandling grundet sårbarhed overfor behandlerskifte, lang ventetid ved privatpraktiserende psykologer, eller fordi jobcentrets psykolog vurderer, at en helhedsorienteret og tværfaglig beskæftigelsesrettet indsats er afgørende for borgerens tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Ovenstående forventes samlet set at resultere i, at borgers sygemelding afkortes. På længere sigt forventes færre gensygemeldinger grundet tilbagefald.

3. Konkrete behov for forsøgshjemler, undtagelser fra gældende lovgivning mv.

Det opleves som en hindring, at kommunen ikke må tilbyde psykologbehandling ved psykologer ansat i jobcentret, idet psykologbehandling i henhold til sundhedslovens afsnit V og afsnit IX foregår i praksissektoren under regionen. Der ønskes indskrevet i Sundhedslovens afsnit IX, at de deltagende frikommuner kan tilbyde psykologbehandling til de specificerede målgrupper som led i en beskæftigelsesrettet indsats.

Som alternativ til en ændring af Sundhedsloven, kan der tilføjes en bestemmelse under § i 32 i Lov om aktiv beskæftigelsesindsats. I bestemmelsen kan det angives, at der kan bevilges beskæftigelsesrettet psykologbehandling som vejledning og opkvalificering for at understøtte borgerens muligheder for at opnå beskæftigelse.

4. Hvordan realiseres de forventede resultater

Visitation til psykologbehandling ved jobcentrets psykologer

Forudsætningen for tilbud om psykologbehandling ved jobcentrets psykologer er som udgangspunkt, at borgeren på henvisningstidspunktet modtager sygedagpenge. Derudover at privatpraktiserende læge, psykiater eller psykolog vurderer, at borgeren opfylder kriterierne for en eller flere af følgende diagnoser: Belastnings- eller tilpasningsreaktion (ICD-10 F43), let til moderat angst (ICD-10 F40-F42) eller let til moderat depression (ICD-10 F32/F33). Som hjælp til diagnosticering kan relevante screeningsredskaber benyttes, fx Becks Depression Inventory; Becks Anxiety Inventory; Cohens Percieved Stress-scale eller SCL-90-R. Benyttes screeningsredskaber vil det endvidere give mulighed for at evaluere behandlingsforløbet på graden af symptomreduktion ved re-testning efter endt

behandling.

Borgere som opfylder diagnosekriterierne for målgrupperne ekskluderes i tilfælde af svær komorbid lidelse som fx personlighedsforstyrrelse, psykiske udviklingsforstyrrelser, skizofreni, adfærdsforstyrrelser mm.. Kan borgerne henvises til privatpraktiserende psykolog på baggrund af henvisningsårsag 1-9, vil de ligeledes blive ekskluderet.

Psykologerne ved jobcentret kan selv visitere borgere til et behandlingsforløb. Derudover kan såvel praktiserende læge som sagsbehandler henvise borgere til vurdering af, om et behandlingsforløb ved jobcentrets psykologer er relevant. Det er den enkelte psykolog ved jobcentret, der vurderer, om det er relevant at tilbyde borgeren et behandlingsforløb. Vurderingen kan enten ske på baggrund af medsendte sagsakter eller ved 1-2 samtaler med borger. Psykologen medtager følgende parametre i sin vurdering:

- Diagnosekriterierne for målgrupperne
- Konsekvens af behandlerskifte
- Ventetid på behandling under tilskudsordningen
- Relevansen af at supplere behandlingen med en beskæftigelsesrettet indsats
- Borgers ressourcer til at etablere kontakt til privatpraktiserende psykolog, herunder til at fremfinde relevant finansiering
- Forventes borger at profitere af psykologbehandling indenfor nedenfor beskrevne rammer
- Om der er anden mere relevant behandling (eg. Psykiatrien)

Ramme for behandlingen

Som udgangspunkt vil rammen for psykologbehandling ved jobcentrets psykologer være svarende til rammen for behandlingsforløb under tilskudsordningen, dvs. op til 12 konsultationer pr. behandlingsforløb. Borgere der henvises under henvisningsårsag 10 og 11 har under tilskudsordningen mulighed for genhenvielse, så de i alt kan få tilskud til 24 samtaler. Dette vil ikke være en mulighed for borgere, der tilbydes behandling ved psykologer i jobcentret.

Overvejelser om kvalitetssikring af psykologbehandlingen

Jobcentrets psykologer har særlig erfaring med angstlidelser, depression og tilpasningsreaktioner, da denne målgruppe udgør hovedparten af de borgere, der henvises til støttende samtaler ved jobcentrets psykologer. Behandlingen vil blive varetaget af autoriserede psykologer og psykologerne har mulighed for relevant efteruddannelse og supervision. Psykologerne i jobcentret er ligesom privatpraktiserende psykologer forpligtiget til at følge og holde sig opdateret på nationale faglige og kliniske retningslinjer, som vedrører psykologpraksis (Jf. overenskomst om psykologhjælp, 27. februar 2016: http://www.dp.dk/wp-content/uploads/pok_2016_2019.pdf). På den baggrund vurderes det, at Jobcentrets psykologer vil kunne tilbyde kvalificeret evidensbaseret behandling til de beskrevne målgrupper.

Når et behandlingsforløb ved privatpraktiserende psykolog under tilskudsordningen afsluttes, sender psykologen epikrise til klientens praktiserende læge, såfremt klienten giver samtykke hertil. Den praktiserende læge varetager rollen som tovholder for klienten i behandlingssystemet. At relevant viden om den enkelte klients behandling tilgår den praktiserende læge er med til at sikre sammenhæng i den samlede behandlingsindsats (Jf. overenskomst om psykologhjælp, 27. februar 2016: http://www.dp.dk/wp-content/uploads/pok_2016_2019.pdf.) Såfremt jobcentrets psykologer kommer til at varetage behandlingsforløb, vil det ligeledes være relevant, at der indgås et samarbejde med borgers praktiserende læge. Det kan praktiseres ved, at jobcentrets psykologer ved afslutning af et behandlingsforløb, med borgers samtykke, sender et notat til den praktiserende læge.

Borgers rettigheder

Psykologen har tavshedspligt i henhold til psykologloven. Sagsbehandler kan anmode om skriftlig status på behandlingen, som psykologen forinden gennemgår med borgeren. Såfremt psykologen vurderer, at det er relevant at inddrage sagsbehandler eller andre aktører i en tværfaglig indsats, vil

dette kun ske efter samtykke fra borger. Er der opstartet et behandlingsforløb, kan psykologen ikke have en samtidig eller senere afklarende funktion i borgers sag. Et behandlingsforløb afbrydes ikke i tilfælde af, at borger undervejs i forløbet overgår til andet forsørgelsesgrundlag. Det samme gør sig gældende i forhold til aftalen med klinisk funktion, hvor et behandlingsforløb ikke afbrydes i tilfælde af, at sagen får status som løbende rehabiliteringssag. Et behandlingsforløb ved jobcentrets psykologer er i disse tilfælde at sidestille med behandling ved privatpraktiserende psykolog, og sagsbehandler kan indhente helbredsoplysninger i henhold til bestemmelserne i "Vejledning om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager på beskæftigelsesområdet" (<https://www.retsinformation.dk>). Et behandlingsforløb afbrydes heller ikke, såfremt borger bliver raskmeldt. Det er ikke unormalt, at borger bliver arbejdsdygtig, men stadig har restsymptomer og fortsat vil profitere af behandling bl.a. mhp. på tilbagefaldsforebyggelse. At forløbet fortsættes ved raskmelding skal ses i sammenhæng med jobcentrets arbejdsfastholdelsesindsats.

Borger oplyses om ovenstående. Endvidere skal borger oplyses om, at det ikke er muligt selv at tilkøbe yderligere samtaler ved psykologen efter behandlingsforløbets afslutning, da dette er en afgørende forskel på at modtage behandlingen ved jobcentrets psykologer kontra privatpraktiserende psykologer. En anden forskel er, at borger som udgangspunkt ikke selv kan vælge, hvilken af jobcentrets psykologer, de kommer ind til. Er kemien mellem borger eller psykolog dårlig eller vurderes det, at en anden psykolog i jobcentret eller i privat praksis er bedre kvalificeret til at varetage behandlingsopgaven, rådføres borger om mulighederne for at foretage et psykologskifte.

5. Evaluering

Der kan evalueres på, hvorvidt det at tilbyde psykologbehandling i beskæftigelsesregi til de beskrevne målgrupper fører til:

- Hurtigere raskmelding
- Mere stabil raskmelding

Det kan overvejes at lave en nulpunktsanalyse med kontrolgruppe i sammenlignelig kommune, hvor der ikke er tilbud om psykologbehandling. Det kan enten være anden nordjysk kommune eller klyngekommune.

Vi overvejer endvidere en form for kvalitativ måling til intern brug, fx omhandlende borgers oplevelse af at modtage psykologbehandling i beskæftigelsesregi. Psykologerne har mulighed for at notere af hvilke årsager borgerne tilbydes behandling, så der kan evalueres på, om borgerne fordeler sig efter de forventede procentsatser. Endvidere kan det overvejes at evaluere på borgerens udbytte af behandlingen i form af symptomreduktion, målt ved tidligere nævnte screeningsredskaber.

Evalueringen fastlægges endeligt i forlængelse af en godkendt ansøgning.

Ansøgning nr. 3: Differentiering i valg af lægeattester på sygedagpengeområdet

Frikommunenetværk	En mere fleksibel og effektiv beskæftigelsesindsats, herunder også nytænkning af integrationsområdet.		
Titel på forsøg	Differentiering i valg af lægeattester på sygedagpengeområdet		
Deltagerkommuner	Morsø, Jammerbugt, Vesthimmerland og Rebild		
Faglig kontaktperson	Susanne Nielsen, Centerchef for Arbejdsmarked og Borgerservice, Rebild		
	Telefon	99888854	E-mail
Netværkekoordinator	Netta Ben-Yedidia, Konsulent, Aalborg Kommune		

	Telefon	99312725	E-mail	nby-jobcenter@aalborg.dk
Dato for ansøgning	01.05.17			

1. Beskrivelse af forsøget

Det vi ønsker fritagelse for

Kommunerne skal jf. sygedagpengelovens § 11a indhente attest LÆ285 ved egen læge inden første opfølgning i en sygedagpengesag, i alle kategori 2 og 3 sager. Formålet med attesten er, at kommunen ved 1. samtale, med den sygemeldte er i besiddelse af egen læges vurdering af borgerens muligheder for at arbejde samt eventuelle skånehensyn. Og med det udgangspunkt, tidligt at kunne målrette indsatsen for den sygemeldte, i forhold til tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Et af argumenterne for formen på LÆ285 var også, at den skulle kunne danne grundlag for en eventuel senere behandling i Rehabiliteringsteamet. Kommunerne oplever imidlertid i en række sager, at Ankestyrelsen hjemsender sagerne, hvis ikke der er indhentet yderligere oplysninger inden stillingtagen til forlængelsesmulighederne.

På det tidspunkt Ydelseskontoret eller Jobcentret får kendskab til et sygeforløb, har den sygemeldte ofte kun haft kontakt til sygehus eller speciallæger. I disse tilfælde kender den privatpraktiserende læge sjældent til sygeforløbet. Besvarelsen af LÆ285 vil derfor ofte være mindre brugbar end det journalmateriale der samtidig er anmodet om hos sygehus og speciallæge. Ofte er det således sygehusene, som har den primære viden og egen læge er sekundær i forløbet på dette stadie af sygemeldingen. Det betyder, at kommunerne forventer at kunne få mere kvalificeret information via indhentning af oplysninger fra behandlingsstedet.

Desuden oplever kommunerne, at LÆ 285 ofte forsinker 1. samtale, da den ikke modtages fra lægen rettidigt og i øvrigt er en hæmsko i de sager, hvor en endnu tidligere indsats end loven foreskriver, kunne give mening. Endelig opleves ventetiden på attesten, at være i kontrast til besvarelsen og den socialfaglige vurdering, den gerne skulle kunne begrunde.

Og endelig er lægemanglen et problem, idet det gør det endnu vanskeligere, at få attesterne hurtigere. Det indebærer, at borgerne er kort inde hos en læge, som de måske ikke har mødt før (f.eks. regionsklinikker), hvilket gør indholdet i LÆ 285 endnu tyndere.

Intentionerne har således ikke kunnet implementeres og kommunerne oplever øgede udgifter til lægeattester.

Med baggrund i ovenstående, vurderes det relevant at afprøve større frihed til en socialfaglig vurdering af, hvilke lægeattester der er relevant i den enkelte sygedagpengesag.

Opsummerende om indhentning af LÆ285 i alle sygedagpenge kat. 2 og 3 sager kan siges, at sygedagpengelovens § 11a af de ansøgende kommuner opleves som:

- Unødvendig i mange sager, herunder ikke optimal som beslutningsgrundlag
- Som en forhaling af sygdomsforløbene og ikke mindst
- Som et samfundsmæssigt spild af penge til helt værdiløse attester, som alligevel ikke bruges til noget og som optager lægenes tid. Tid de med fordel, i en tid med lægemangel, kunne bruge bedre.

Det vi ønsker sat i stedet for

Kommunerne ønsker frihed til at tage stilling til, hvorvidt det er relevant at indhente LÆ285, samt at der kan indhentes journaloplysninger fra behandlende instans samt statusattester i stedet for LÆ285 i de tilfælde, hvor det giver mening.

Jobcentrene screener alle sygemeldte, umiddelbart efter anmeldelsen af fraværet. Denne screening, vil kunne danne grundlaget for en socialfaglig vurdering af:

- Om der skal indhentes en Læ285?
- Om det kunne være hensigtsmæssig, at der i stedet indhentes anden form for lægelig vurdering?
- Hvornår det er relevant, at indhente en lægelig vurdering og hvorfra?

Differentiering i indhentning af LÆ 285 i forhold til følgende målgrupper kunne være relevant:

- Ukomplerede sygeforløb, med åbenlys og snarlig raskmelding
- Sager hvor relevant information vil kunne hentes hos andre end den praktiserende læge
- Stand By sager og alvorligt syge, som ikke umiddelbart står for at vende tilbage til arbejdet.

2. Mål og forventede resultater

Det overordnede formål med forsøget er, at sikre det bedste beslutningsgrundlag, således at der kan ske en tidlig og kvalificeret stillingtagen til en målrettet og aktiv indsats med fokus på tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Der er evidens for, at efter kun 13 ugers fravær øges risikoen markant, for at sygemeldte ikke får fodfæste på arbejdsmarkedet igen.

Da tidsrammen for revurderingstidspunktet er væsentlig reduceret siden 01.01.2015, er der behov for meget tidligt, at kunne indhente lægelige vurderinger, der kan give den socialfaglige vurdering tyngde.

Det følger af Retssikkerhedslovens § 10, at kommunen skal sikre, at sager er tilstrækkelig oplyst forud for at der træffes afgørelse, ligesom borgeren skal kunne medvirke i sin sag.

Med det nuværende lovkrav om at indhente Læ 285 i alle sygedagpengesager med forventning om mere end 8 ugers sygefravær vurderes kommunerne ikke at have den optimale ramme for at sikre det bedste beslutningsgrundlag. Idet det er forskelligt fra sag til sag, hvilken læge, der har den primære kontakt til borgeren og dermed de bedste forudsætninger for at belyse og lægefagligt vurdere sagen. Desuden forventer kommunerne, at det kan kvalificere indhentning af attesterne, hvis de har haft en forudgående dialog med borgeren, således at lægen får et mere oplyst grundlag for at udfærdige attesterne.

Kommunerne forventer derfor, at differentieret indhentning af relevante lægeoplysninger og lægefaglige vurderinger vil betyde:

- Øget kvalitet i beslutningsgrundlaget
- At borgeren i højere grad inddrages og medvirker i Jobcentrets arbejde med at målrette indsatsen
- At sagsvarigheden forventeligt reduceres
- At lægerne kan bruge deres tid mere hensigtsmæssigt
- At udgifterne til lægeattester i kommunerne nedbringes

3. Konkrete behov for forsøgshjemler, undtagelser fra gældende lovgivning mv.

Det ønsker vi fritagelse fra:

De ansøgende kommuner ønsker at blive fritaget for sygedagpengelovens § 11a med ordlyden:

Stk. 1

Kommunen anmoder til brug for den første opfølgning, jf. § 13 b, om en lægeattest fra den sygemeldtes praktiserende læge, hvis den sygemeldte ikke forventer at blive fuldt ud raskmeldt inden for 8 uger regnet fra første fraværsdag. Lægeattesten skal indeholde lægens vurdering af den sygemeldtes muligheder for at arbejde og eventuelle behov for skånehensyn.

Stk. 2

Til brug for vurderingen efter stk. 1 skal lægen have den sygemeldtes oplysninger om sygdommens betydning for den sygemeldtes muligheder for at arbejde. Hvis den sygemeldte er i arbejde, skal lægen også have arbejdsgiverens eventuelle oplysninger om sygdommens betydning for den sygemeldtes muligheder for at arbejde, jf. § 7 c, stk. 2, og § 40, stk. 4.

Stk. 3

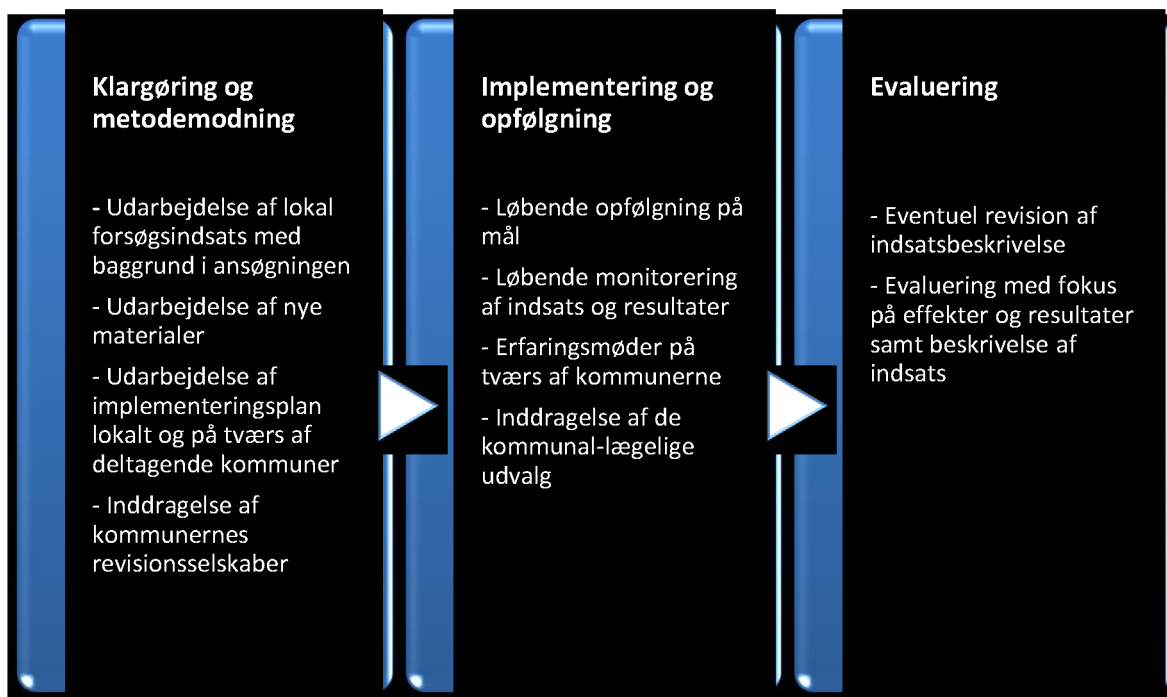
Den praktiserende læges vurdering afgives på en attest godkendt af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Lægeattesten betales af kommunen.

Stk. 4

Beskæftigelsesministeren kan fastsætte regler om, at kommunen digitalt skal anmode om en lægeattest, og om, at kommunen skal modtage den udfyldte lægeattest digitalt.

4. Hvordan realiseres de forventede resultater

Udrulningen af forsøget vil gennemgå tre faser – se nedenstående figur:



De deltagende kommuner har store forventninger til forsøget – herunder at sikre et bedre beslutningsgrundlag og en bedre involvering af borgerne i forhold til hvilke lægeakter, der med fordel kan indgå i behandlingen af deres sygedagpengesag, samt i forhold til kunne minimere udgifterne til indhentning af helbredsoplysninger og samtidig. Der er tale om et forsøg som hurtigt kan igangsættes og derfor også forventes, at have en effekt hurtigt.

Kommunerne har derfor valgt at udrulle via de beskrevne faser og på en måde, hvor der sikres sparring på tværs af de deltagende kommuner og hvor relevante samarbejdspartnere vil blive involveret. Der er tale om et meget præcist afgrænset forsøg. Det forventes derfor, at der kan ses klare sammenhænge mellem den differentierede indhentning af lægeoplysninger og de resultater, som kommuner forventer både i forhold til udgifter til lægeattester og til et kvalificeret beslutningsgrundlag i sagerne.

5. Evaluering

Evalueringens sigte er at dokumentere, at forsøgets formål realiseres. Selve evalueringsdesignet er endnu ikke fastlagt, idet der skal indledes dialog med KORA, såfremt forsøget bliver godkendt.

Efter forsøget er godkendt, vil de deltagende kommuner arbejde med implementering og organisering af forsøget i forhold til at realisere de forventede resultater.

De væsentligste formål med forsøget er, at øge kvaliteten i beslutningsgrundlaget og samtidig – og uden at gå på kompromis med denne kvalitet nedbringe kommunernes udgifter til lægeattester.

De deltagende kommuner har følgende foreløbige overvejelser omkring evalueringsdesign, som ønskes kvalificeret i samarbejde med KORA:

1) *Øget kvalitet i beslutningsgrundlaget*

Om kvaliteten i beslutningsgrundlaget øges som resultat af nærværende forsøg, kan afdækkes på baggrund af en sammenligning af en baselineopgørelse og en tilsvarende opgørelse, når forsøget er fuldt implementeret i forsøgskommunerne. Kvaliteten kan afdækkes på baggrund af følgende indikatorer:

- *Sker der en reduktion i omgørelsesprocenterne fra Ankestyrelsen?*

Her kan der både sammenlignes med tidligere resultaterne i de deltagende kommuner, ligesom udviklingen kan sammenholdes med gennemsnittet for hele landet (evt. sammenlignelige kommuner)

2) *Reduktion i udgifterne til lægeattester*

Opfølgningen på denne målsætning tager udgangspunkt i, at udgiften til en LÆ285 attest er fast, og derfor uden problemer kan udregnes som alternativ udgift, i de tilfælde, hvor attesten ikke indhentes. Det kan således løbende i forsøgsperioden beregnes, hvad udgifterne ville have været, hvis der for alle de sygemeldte (kategori 2+3) i forsøgsperioden, havde været indhentet LÆ285. Dette kan herefter sammenholdes med de faktiske udgifter til LÆ285. Dertil skal lægges udgifter til helbredsoplysninger indhentet uden om egen læge.

Dette forudsætter, at der sker en løbende registrering, når en sag inden 1. opfølgningssamtale oplyses på baggrund af alternativer til LÆ285.

Ansøgning nr. 4: Delvis fritagelse fra uddannelsespålæg for en særlig delmålgruppe

Frikommunenetværk	En mere fleksibel og effektiv beskæftigelsesindsats, herunder også nytænkning af integrationsområdet.		
Titel på forsøg	Delvis fritagelse fra uddannelsespålæg for en særlig delmålgruppe		
Deltagerkommuner	Aalborg Kommune		
Faglig kontaktperson	Bente Kloster, socialfaglig konsulent		
	Telefon	99312724	E-mail
Netværkskoordinator	Netta Ben-Yedidia		
	Telefon	99312725	E-mail

Dato for ansøgning	1. maj 2017
---------------------------	-------------

1. Beskrivelse af forsøget

Med kontanthjælpsreformen blev uddannelsespålægget jf. Lov om aktiv beskæftigelsesindsats (LAB) § 21b indført for alle unge på uddannelseshjælp. Det gælder alle unge under 30 år, der ikke har gennemført en erhvervskompetencegivende uddannelse, og som anmoder om uddannelseshjælp fra kommunen.

Uddannelsespålægget danner udgangspunkt og ramme for kommunernes arbejde med unge på uddannelseshjælp og den indsats, der iværksættes.

Uddannelsespålægget er delt op i tre trin. Under det relevante trin i uddannelsespålægget beskrives de aktiviteter og indsatser, som skal understøtte den unge i gennemførelsen af de konkrete trin i uddannelsespålægget:

- ved trin et skal den unge, indenfor en nærmere fastsat frist, komme med forslag til relevante uddannelser
- ved trin to skal den unge, indenfor en nærmere fastsat frist, søge om optagelse på en eller flere uddannelser
- ved trin tre skal den unge påbegynde og gennemføre den uddannelse, som den pågældende er optaget på

For alle unge skal uddannelsespålægget afgives hurtigt muligt efter, at den unge har henvendt sig og anmodet om hjælp hos kommunen. Konkret betyder det, at der i forbindelse med visitationen skal fastsættes en frist for, hvornår den unge skal have afklaret sit uddannelsesønske.

For nogle unge kan fristen være kort/unødvendig, fordi den unge kender sit uddannelsesvalg. For andre unge med betydelige udfordringer kan fristen være lang, fordi den unge har behov for støtte og hjælp til f.eks. afklaring, motivation og opkvalificering, inden den unge er parat til næste trin.

Baggrund for ansøgningen

Hvad søges fritagelse fra og hvorfor?

Med afsæt i de nuværende regler, er det kun unge, som søger om uddannelseshjælp og som på ansøgningstidspunktet er i gang med en særligt tilrettelagt uddannelse (STU), der kan undtages for uddannelsespålægget, da de er undtaget for det individuelle kontaktforløb jf. bekendtgørelse om en aktiv beskæftigelsesindsats (BEK nr. 1297 af 2016) § 34, stk. 7. Dette fremgår af svarbrev fra STAR af den 10. feb. 2017 til Aalborg Kommune.

Det gælder videre, at STAR i spørgsmål/svar har fastslået, at der ikke er mulighed for at undtage for uddannelsespålægget. Det fremgår heraf at, "Med kontanthjælpsreformen udvides målgruppen for uddannelsespålæg til at være alle unge under 30 år, der ikke har gennemført en erhvervskompetencegivende uddannelse, og som anmoder om uddannelseshjælp fra kommunen. Der er ikke fastsat undtagelser fra dette....."

For en gruppe af unge gælder det imidlertid, at de varigt ikke er i stand til at gennemføre en uddannelse over STU-niveau. Uddannelsespålægget er for denne gruppe ikke hensigtsmæssigt, og specifikt søges der om mulighed for at undtage unge fra uddannelsespålægget, når det er den dokumenterede faglige vurdering, at de unge ikke varigt er i stand til at påbegynde og gennemføre en ordinær uddannelse, heller ikke på EGU-niveau.

Vurderingen foretages i første omgang af den unges rådgiver, og vil dernæst blive godkendt af teamleder. Vurderingsgrundlaget kan bestå af mange forskellige oplysninger i sagen, men vil typisk

være i form af neuropsykologisk undersøgelse, psykiatrisk speciallægeundersøgelse, undersøgelser fra PPR, opfølgingsnotater fra div. specialskoler, psykologundersøgelser mv.

Skulle den unge mod forventning udvikle sig i retning af at kunne deltage i EGU eller anden uddannelse, vil de blive omfattet af kravet om det almindelige uddannelsespålæg efter LAB § 21b.

Det forventes at målgruppen for undtagelsen vil udgør ca. 200 unge borgere svarende til ca. 11 % ud af den samlede gruppe unge, der modtager uddannelseshjælp i Aalborg Kommune.

Målgruppen er kendetegnet ved at have særlige behov for støtte og derfor være aktivitetsparate uddannelseshjælpsmodtagere. Det er typisk unge, som ikke har kunnet profitere i tilstrækkeligt omfang af folkeskolen. Måske har de et ophold på specialskole eller specialefterskole bag sig. De behøver mere støtte og længere tid for i videst muligt omfang at blive i stand til at tage vare på eget liv. For en stor del vil der derfor også være behov for botræning.

Det gælder for de fleste unge i denne gruppe, at deres vanskeligheder er komplekse i form af flere forskellige konkurrerende barrierer/lidelser. Fx en intellektuel funktion, der er signifikant under gennemsnittet, autisme/asperger syndrom, angst, OCD, adfærdsforstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelser mv.

Det gælder endvidere typisk, at mulighederne via Lov om aktiv beskæftigelsespolitik endnu ikke er udtømte, samt at de unge ikke skønnes at være i målgruppen for ressourceforløb (endnu). En stor del vil derfor befinde sig i en udredningsfase, hvor der arbejdes hen imod arbejde, idet tidligere indsatser eller det samlede forløb har vist, at uddannelse er åbenbart udelukket.

For nogle af dem vil udredningsfasen ende op i, at sagen henvises til rehabiliteringsteammeøde, og de visiteres til ressourceforløb eller fleksjob i stedet. Populært sagt vil det være unge som i bedste fald vil kunne komme i fleksjob.

Et eksempel kunne være en ung mand med en IQ væsentligt under gennemsnittet og aspergersyndrom. Han har været på specialskole igennem opvæksten. Har gennemført en STU. Under STU'en har han udvist praktiske evner, hvorfor der arbejdes videre med at udvikle de praktiske kompetencer via en virksomhedspraktik ved en større bilforhandler. Her går han til hånd med praktiske opgaver. Han tilkendes efterfølgende fleksjob på baggrund af forløbet.

For disse unge og deres pårørende er det meget vanskeligt at forklare og forstå, hvorfor der skal gives et uddannelsespålæg, der sigter mod uddannelse, når den unge, pårørende såvel som rådgiver ved, at den unge aldrig vil kunne gennemføre uddannelse. Uagtet, at der kan gives en lang frist under trin 1, skaber det en høj grad af frustration hos den unge og netværket, og der bruges unødigt tid på administration af et regelsæt, som ikke skaber nogen værdi, da den ønskede forandring (uddannelse) ikke er realistisk.

Lovkravene til min plan jf. Bekendtgørelse om en aktiv beskæftigelsesindsats § 54 vil fortsat være rammesættende for arbejdet med de unge i min plan:

1. personens beskæftigelses- eller uddannelsesmål, planer for tilbud, eventuelle test og andre aktiviteter,
2. eventuelt aftalte tilbud, test og andre aktiviteter,
3. ansvar for tilmelding til tilbud, test og andre aktiviteter, såfremt personen selv skal tilmelde sig,
4. tidspunkt for påbegyndelse af aftalte tilbud, test og andre aktiviteter samt
5. ansvar og tidspunkt for opfølgning

De formelle krav om afgivelse af tilbud er derved fortsat opfyldt, og det vil fortsat klart for den unge, hvad målet med indsatsen er. Ligesom der fortsat vil være tale om en målrettet indsats og en systematisk opfølgning. Det er således kun kravene til uddannelsespålægget med de tre trin, der søges om undtagelse for.

Min plan vil på den måde fremstå som sammenhængende og relevant for den unge og den indsats, der iværksættes. Ikke mindst vil den unge og pårørende opleve en højere grad af ejerskab for min plan, da den er meningsgivende.

Hvis der undtages for uddannelsespålægget vil jobcentret udvikle et dokument svarende til min plan, som kan danne rammen og udgangspunktet for kommunens arbejde med den unge på uddannelseshjælp, og den indsats der iværksættes. (Af IT-tekniske årsager kan min plan – plan uden type desværre ikke anvendes, grundet forpligtigelsen til indberetning til DFDG.)

Ansøgningens disposition

Ansøgningen er opbygget på følgende vis:

Først uddybes baggrunden for ansøgningen jf. ovenfor.

- I afsnit 2 *Mål og forventede resultater* sættes fokus på de forventede effekter, kommunen har til forsøget. Deri foretages en kobling mellem indsats, de borgerrettede og kommunale kortsigtede resultater og langsigtede resultater.
- I afsnit 3 om *konkrete behov for forsøgshjemler, undtagelse fra gældende lovgivning mv.* sættes fokus på målgruppens behov for forsøgshjemler og undtagelser fra gældende lovgivning.
- I afsnit 4 *Hvordan realiseres de forventede resultater* sættes fokus på organisering og implementering af forsøget.
- I afsnit 5 om *Evaluering* opstilles et overordnet evalueringsdesign for forsøget. Her sættes fokus på, hvordan kommunen sikrer, at forsøget løbende dokumenteres og beskrives, herunder også forsøgets effekter.

2. Mål og forventede resultater

Målet er at alle unge får en indsats, som er tilpasset deres individuelle behov og ressourcer, og som kan understøtte den unge i at blive helt eller delvist selvforsørgende. Min plan skal tilsvarende være rammen om indsatsen.

Det forventede resultat forventes at kunne ses på tre områder

- "min plan" anvendes som styrende redskab for indsatsen og giver mulighed for at tilrettelægge en individuel og relevant plan, så "min plan" fremstår sammenhængende og troværdig ift. den konkrete individuelle situation. Derved forventes borgerens ejerskab for "min plan" at øges.
- De unge og deres pårørende undgår at bruge tid på at forstå og forholde sig til et regelsæt om uddannelsespålæg, som ikke er relevant for dem, og derved ikke værdiskabende ift. borgerinddragelse og den videre plan.
- Rådgiverne fritages for at bruge tid på administrativt arbejde på uddannelsespålægget i sager, hvor den unge aldrig vil kunne tage en uddannelse.

3. Konkrete behov for forsøgshjemler, undtagelser fra gældende lovgivning mv.

Ansøgningen kræver følgende ændringer:

Det foreslås, at LAB §21b udvides til at indeholde en bestemmelse om mulighed for fritagelse for uddannelsespålæg i de tilfælde, hvor det vurderes, at den unge varigt ikke vil være i stand til at tage en

ordinær uddannelse. Herunder også EGU.

Det forudsættes, at såfremt der undtages fra uddannelsespålægget, vil undtagelsen også gælde kravene til indberetning til Det fælles datagrundlag ift. uddannelsespålægget.

4. Hvordan realiseres de forventede resultater

Udrulning af forsøget vil gennemgå to faser:

FASE 1: Implementering og opfølgning

Efter forsøget er godkendt, skal der arbejdes med implementering og organisering af forsøget i forhold til at realisere de forventede resultater. På baggrund af anbefalinger fra slutevalueringen af frikommuneordningen I vil der i denne fase være følgende fokusområder:

- At opstille klare mål og succeskriterier for forsøget
- At sikre, at alle involverede aktører i kommunen er bevidst om forsøgets mål og succeskriterier
- At udarbejde en realistisk tidsplan for forsøget
- At nuværende procedurer/arbejdsgangs-beskrivelser udvides med de nye tildelingskriterier ift. bl.a. afgrænsning af målgruppe og indstilling til leder om fritagelse.
- At der defineres de nødvendige dokumentationskrav, som sikrer en løbende opfølgning på udviklingen i forsøget, herunder i relation til antal unge og deres progression.
- At der følges løbende op på fremdrift og udfordringer i forsøget

I denne fase er det muligt at foretage små justeringer ud fra de løbende erfaringer i forsøget.

FASE 2: Evaluering

Evalueringsfasen kommer i forlængelse af implementerings- og opfølgningsfasen og igangsættes ca. et år før forsøget skal være færdigevalueret. Fasen beskrives nærmere i næste afsnit.

5. Evaluering

I evalueringsfasen fastlåses indsatsen i kommunen, og der fokuseres på at beskrive indsatsen og resultaterne heraf.

I evalueringen af indsatsen i kommunen, fokuseres der på to elementer. Dels en faktuel undersøgelse af de unge som undtages, og dels et fokusgruppe med rådgiverne, som har anvendt regelsættet.

Faktuel undersøgelse: I den faktuelle evaluering forventes, der som forudsætning herfor en registrering af, hvem der er undtaget for uddannelsespålægget. Herved dannes der grundlag for bl.a. at undersøge

- hvor mange unge der er blevet undtaget
- hvilket forsørgelsesgrundlag de har ved forsøgets afslutning
- hvorvidt der er borgere, som blev undtaget for uddannelsespålægget, som mod forventning efterfølgende udviklede sig i en sådan grad, at uddannelse blev opnåelig i en eller anden grad. I givet fald vil en gennemgang heraf være relevant mhp. at identificere kendetegn, således at beskrivelsen af målgruppen for undtagelsen kan skærpes.

Den faktuelle undersøgelse vil være baseret på træk i registreringer i fagsystemer, Dreamdata samt en evt. sags gennemgang.

Fokusgruppeinterview: På baggrund af fokusgruppeinterview vil der blive samlet op på rådgivernes erfaring med at arbejde med min plan med målgruppen. Herunder vil der være fokus på,

- hvorvidt min plan har fremstået sammenhængende og troværdig og dermed øget den unges ejerskab for min plan
- hvorvidt det har skabt værdi, at den unge og netværket ikke har skullet forholde sig til et uddannelsesfokus set i forhold til evt. tidligere erfaringer i arbejdet med målgruppen.
- hvorvidt målgruppen for forsøget er tilstrækkelig skarpt defineret
- erfaringerne med forsøget generelt

