

Høring 31.01.2018 om pensionsreformen

Vurdering af helbredsoplysninger i rehabiliteringssager

Kenneth Kibsgård, overlæge, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland

Tak for invitationen til at komme her.

Jeg er en af de cirka 150 læger, der varetager rollen som sundhedskordinator ved møder i kommunernes rehabiliteringsteam. Vi kommer fra den såkaldte kliniske enhed, der er i hver af de fem regioner. I de fire regioner er det en socialmedicinsk hospitalsafdeling, der leverer tjenesten. Således også i Region Midtjylland, hvor afdelingen hedder Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering. Min synsvinkel er helbredsforholdene og deres betydning i de sager, som jeg er med til at behandle i rehabiliteringsteamet.

Der blev sidste år i landets 98 kommuner afholdt knap 6.900 rehabiliteringsteammøder, og med fremmøde af 6-12 borgere ved hvert, er det et betragteligt antal mennesker, der på den måde har mødt kommunens rehabiliteringsteam i løbet af et år.

Kommunens rehabiliteringsteam er sammensat af fagfolk fra beskæftigelsesforvaltningen, socialforvaltningen og sundhedsforvaltningen, og ved visse møder er ungdommens uddannelsesvejledning og børne-familieafdelingen også med. Hertil kommer den regionale sundhedskordinator, der er læge – speciallæge i samfundsmedicin, almen medicin eller arbejdsmedicin eller læge under speciallægeuddannelse i samfundsmedicin. Rehabiliteringsteamet skal bruge sin faglige viden til at foretage en indstilling til senere afgørelse i overensstemmelse med den gældende lovgivning.

Dette møde mellem fagfolkenes faglige referencerammer og lovens rammer er på mange måder et møde mellem to verdener. To verdener med hver sit sprog og sagsforståelse, og hvor begge er rigtige – isoleret set. Nu skal de bare mødes og bringes til at tale sammen, og det kan føre til udfordringer. Jeg har her opstillet nogle af udfordringerne som en række modsætninger mellem faglighed og myndighed – nogle vil finde dem kunstige, andre vil genkende dem fuldt ud – og her tjener de blot til at anskueliggøre en del af rehabiliteringsteamets opgaver, nemlig at få det her til at spille og give mening for borgeren.

For en gammel socialmediciner er det godt, at konstruktionen har fået navnet rehabiliteringsteam. Det får mig nemlig til at mindes definitionen på rehabilitering. Som I ser, er der tale om en lang og kompliceret definition. Den afspejler så udmærket, at rehabilitering ofte er en lang og kompliceret proces. Men hvad vi ser, er, at rehabilitering er en samarbejdsproces, og at det er funktionsevnen, vi skal arbejde med for at give borgeren et selvstændigt og meningsfuldt liv.

WHO har hjulpet os med denne model, kaldet ICF, der viser de forhold, der betyder noget for funktionsevnen. Helbredet spiller en betydelig rolle med sin påvirkning af legeme og sjæl. Det kan være afgørende for, om man så selv kan tage tøj på og færdes ude. Og det betyder igen noget for, om man så kan mødes med venner og familie eller tage på arbejde. Men der er andre forhold end de strengt helbredsrelaterede, der har betydning for, hvor langt man kan nå. Det er omgivelsesfaktorerne, der fortæller os, om livet foregår på solsiden eller skyggesiden, og det er de personlige faktorer, knyttet til det enkelte menneske, der fortæller os, hvor gode kort, mennesket har på hånden. Og modellen viser, at alle disse forhold har betydning for, hvor langt man kan nå med den del af deltagelsen, der er i rehabiliteringsteamets fokus, nemlig deltagelsen i arbejdslivet. Det er her, vi taler om arbejdsevnen.

Alt dette véd rehabiliteringsteamets deltagere udmærket, og det er redegørelsen for disse forhold, vi bruger, når vi bliver bedt om den faglige forklaring på vores indstilling.

Den faglige forklaring er et begreb, der dukker op i Pensionsloven, men som principielt skal være til stede ved alle teamets indstillinger. Indstillingen skal fagligt kunne begrundes ud fra sagens oplysninger. Der er tradition for overordentlig stor vægt på helbredsoplysningerne, hvor omgivelsesfaktorer og personlige faktorer ud fra et rehabiliteringsfagligt perspektiv godt kunne være bedre belyst.

Og når vi taler om sagens helbredsoplysninger, er sundhedskoordinator i fokus. Vi ser her på, hvordan sundhedskoordinators opgaver er beskrevet i den bekendtgørelse, der regulerer samarbejdet mellem region og kommuner. Der er såvel opgaver indadtil i teamet som udadtil i forhold til sundhedsvæsenet. Her er det kontakter med borgerens egen læge, der fylder mest, og det afspejler det forhold, at lægen som regel har afgivet den nyeste helbredsdocumentation og i øvrigt er den, der kender borgeren bedst.

Vi ser her den helbredsdocumentation, rehabiliteringsteamet har til sin rådighed. Den kommer fra egen læge – her mærket med rødt – og fra andre, mærket med blå. Attesterne adskiller sig betydeligt i omfang og indhold og skal bruges med hver deres begrundelse. Den eneste sikre er Lægeattest til rehabiliteringsteam, som er obligatorisk. Den kommer fra egen læge og har den funktion at sammenfatte helbredsforholdene og særligt redegøre for deres betydning for aktivitet og deltagelse.

Hvis vi ser på helbredsdocumentationen i lyset af rehabiliteringsmodellen fra før, kan vi rangordne helbredsdocumentationen på en skala, hvor vægten gradvist går fra en redegørelse for helbredets indflydelse på krop og sjæl til betydningen for aktivitet og deltagelse. Journalkopien er nærmest en værkstedsseddel om, hvad der er skiftet, mens rehabiliteringsattesten forklarer om det så virker i praksis.

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering har i sin vejledning peget på den helbredsdocumentation, man anser for relevant i en sag til rehabiliteringsteamet, og her understreges da også rehabiliteringsattestens førsterang. Denne vejledning sigter mod at hindre, at helbredsdocumentationen bliver så omfattende, at der i realiteten er risiko for at miste overblikket. Jeg har selv set en sag, der havde 300 sider journaludskrift som bilag!

Lægeattest til rehabiliteringsteam er ny i attestverdenen, og parterne har skullet lære at bruge den. Min egen vurdering er den, at lægerne gradvist har lært, at der i attesten skal lægges vægt på beskrivelsen af funktionsevnen, sådan at den i indhold og brugbarhed i dag er langt bedre end ved starten for 4½ år siden. Det understøttes af en rundspørge til jobcentersagsbehandlere og sundhedskoordinatorer fra efteråret 2017. Det ses, at sundhedskoordinatorernes vurdering er bedre end sagsbehandlernes, og hvorfor ved jeg ikke, men det kan have noget at gøre med forventningerne til, hvor klart et svar man kan få.

En vigtig forudsætning for god helbredsdocumentation er kvaliteten af det socialt-lægelige samarbejde, som kun kan udvikles og vedligeholdes gennem et langt sejt træk. Grundlaget er aftalen mellem KL og Lægeforeningen om det socialt-lægelige samarbejde. Den er mere end 30 år gammel, og de grundlæggende spilleregler er uændrede. Det er mere, end man kan sige om meget lovgivning. Det praktiske samarbejde mellem jobcentret og kommunens læger er den næste byggesten, i praksis medieret af den kommunale praksiskonsulent. Formålet er at sikre kendskab til og respekt for den anden parts vilkår. Det lettes af gode kommunikationskanaler og af det halvårige fyraftensmøde – og her kan den regionale sundhedskoordinator sagens spille en fremmede rolle.

Sammenfattende vil jeg konkludere, at rehabiliteringsteamet i sit arbejde med den faglige forklaring har brug for god helbredsdocumentation. Når den praktiserende læge skriver en god lægeattest, er det den bedste dokumentation, teamet kan få. Teamet har også brug for solide oplysninger om omgivelsesfaktorer og personlige faktorer, og her er det grundlæggende dokument, der heder Rehabiliteringsplanens forberedende del, ikke fyldestgørende. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering har et udviklingsprojekt i gang, og det er mit håb, at det nye dokument medvirker til at rette op på den mangel.

Med de oplysninger får vi samlet set grundlaget for at pege på de støttende foranstaltninger, der sammen med behandling og træning sigter mod at bedre funktion, aktivitet og deltagelse, sådan at rehabiliteringsteamet faktisk i resurseforløb kan lægge grunden til en egentlig rehabiliterende proces.

Tak.