

Kære Strukturkommission

Jeg skriver til jer i ellefte time, inden jeres arbejde forlader brainstorm fasen, for at gøre jer opmærksomme på et aspekt ved nytænkning af sundhedsområdet, som jeg er bekymret for ellers kunne blive overset.

(...)

Min bøn til Strukturkommissionen er at tænke omstrukturering på sundhedsområdet tæt sammen med den varskoede nedlæggelse af jobcentrene. Hvis man fortsætter med at tænke det som to helt uforbundne kar, risikerer man at mange gode tanker om mere eget ansvar til den enkelte og neddrogning af aktiviteter i sundhedsvæsenet falder til jorden, når hverdagen indtræffer. Hvorfor det?

Fordi jeg ser, at mange udredninger og behandlingsforløb i dag er initieret og oppebåret af læger, der tager et misforstået hensyn til patienter, for at forsøge at beskytte dem mod hårdhændet behandling i beskæftigelsessystemet.

Meget overaktivitet i sundhedsvæsenet afspejler simpelthen mistillid og misforståelser mellem sundhedsvæsen og beskæftigelsessystem.

Jeg har selv mødt mange patienter, der kommer og ønsker henvisning til psykiater, fordi "deres sagsbehandler" har bedt dem gå til læge. Selv er de ofte mere i tvivl, om de egentlig har brug for hjælpen, som en udredning ville kunne åbne for. De fleste efterspørger egentlig bare "en at snakke med" og "nogle redskaber" og så altså, at deres sagsbehandler får "nogle papirer", så de kan blive "afklarede" ift. deres fremtid.

Og selvom jeg som udgangspunkt ikke henviser patienter til psykiater, medmindre jeg finder lægefaglig indikation for det, så ser jeg, at dette pres ændrer barren for henvisninger hos mange kollegaer. Og det er da klart: Hvis man er usikker på konsekvenserne af ikke at handle, så tager man handler man. Derfor bliver mange sundhedspersoners sikre valg at "gøre noget" frem for ikke at gøre noget, hvilket i praksis ofte vil sige at man henviser, også selvom der måske er tale om 2., 3. eller 4 gang, man beder om revurdering.

Mange læger er endvidere af den fejlagtige opfattelse, at "kommunen" kun vil hjælpe, hvis man har en diagnose.

Men ret til hjælp efter hverken Serviceloven, LAB loven eller Lov om Fleksjob og Førtidspension afhænger ikke af diagnoser. Det er muligt, at praksis ofte er, at kommuner efterspørger diagnoser, fordi det er nemmere for sagsbehandlere at håndtere end funktionsniveau, men det er i bund og grund ikke sådan, lovgivningen er tænkt.

Et eksempel på, hvordan det har konsekvenser at læger fejlfortolker den lovgivning, kommunerne forvalter: [Jeg har oplevet at man i Børne- og ungepsykiatrien, havde fælles konferencer], hvor man i plenum skulle beslutte, om de unge f.eks. skulle have en Borderline diagnose eller ej. Hvis der var tvivl rundt om bordet, fordi nogen indvendte, at patienten måske blot reagerede naturligt på et usundt miljø, så kunne ledende overlæge finde på at skære igennem ved at sige: "Ja, men hvordan hjælper vi patienten bedst ift. kommunal hjælp? Det gør vi, ved at give hende Borderline diagnosen - så får hun ret til mere hjælp". Og sådan løste man altså faglige tvivlsspørgsmål.

Jeg tror, samme tankegang findes mange steder i dag, både indenfor og udenfor psykiatrien. Set i det lys er det ikke så underligt, at antallet af især psykiske diagnoser er eksploderet de

senere år. Når læger lader deres faglige vurderinger afhænge af mangelfuld viden om kommunens lovgivningsmæssige muligheder for at hjælpe borgere, så betaler hele samfundet en høj pris: Økonomisk såvel som menneskeligt. Jeg ville nødtigt være den patient, der fik stillet en tvivlsom Borderline diagnose, blot fordi overlægen ikke kendte nok til Serviceloven.

For at være fair og ikke skære al lovgivning over én kam og påstå, at diagnoser ingen betydning har: Så vidt jeg er orienteret, er der ét område, hvor diagnoser i sig selv berettiger til mere hjælp end ikke at have en diagnose og det er ift. et kroner-og-øre tillæg i kontanthjælpsregi, såfremt du har enten en Borderline diagnose eller en Skizofrenidiagnose. Derudover skal man være "syg ved egen sygdom" for at være omfattet af sygedagpenge loven, så her er der også et indirekte krav om diagnoser. Jeg oplever dog ikke, at disse undtagelser i lovgivningen rykker det helt store ift. overaktivitet og overdiagnostik i sundhedsvæsenet.

Til gengæld er der en udfordring ift. retten til Handicap-SU (dobbelt SU), som de facto idag er et spørgsmål om at have en diagnose, selvom der her er lagt op til, at der også skal være en vis funktionsnedsættelse. Min oplevelse er her, at dette krav ikke bliver håndhævet, formentlig fordi der ikke er en kommunal myndighedssagsbehandler involveret, som kan tage en snak med ansøgeren og foretage en bred vurdering af funktionsniveauet.

Dette betyder så også, at der er sket en markant stigning i antallet af unge på videregående uddannelser (herunder også lægeuddannelsen), som hver måned får højere SU end deres medstuderende, men som ellers har et højt funktionsniveau, er socialt aktive i deres fritid og som har store planer for deres respektive karrierer.

Jeg har selv undersøgt dette fænomen som led i [min masterprojekt]. Jeg har informanter, der fortæller mig, at det er gængs, at lægestuderende på handicap-SU bruger den ekstra fritid, som den ekstra overførselsindkomst medfører, til at arbejde på at forbedre deres CV igennem frivillige indsatser på lægestudiet, herunder forskning, IMCC mv. Dette virker ikke rimeligt, set ud fra et moralsk perspektiv og derudover er det mit indtryk, at muligheden for at få Handicap-SU for diverse almindelige psykiske lidelser bidrager yderligere til overproduktion i sundhedsvæsenet.

Tilbage til det dårlige samarbejde mellem sundhedsvæsen og beskæftigelsessystem:

Som Sundhedskoordinator møder jeg psykiatere og sygeplejersker i psykiatrien, der til møder med jobcentret åbent fortæller, at de holder ambulante forløb igang, selvom de udmærket godt ved, at deres patienter ikke længere profiterer af deres behandling, alene fordi, de vil sikre sig, at deres patienter ikke bliver håndteret "forkert" i beskæftigelsessystemet. Denne tankegang bidrager til lange ventetider i psykiatrien og spild af ressourcer. Så længe man ikke stiller psykiatrien mere til regnskab for deres egne behandlingsresultater, er dette en faldgruppe.

Endelig læser jeg som Sundhedskoordinator rigtig mange attester fra praktiserende læger, der overdriver hvor lidt deres patienter kan tåle, med henvisning til deres helbred. De kollegaer, jeg kender, som selv erkender at de "snyder lidt på vægtskålen", forklarer det med, at de føler sig nødsaget til at være deres patienters "advokater". Dette foregår i meget udtalt grad, selvom det for længst er aftalt i attest-samarbejdet, at læger hverken kan eller skal vurdere arbejdsevne eller udtale sig om sociale ydelser.

I den perfekte verden så jobcentrene bare bort fra den slags ikke-faglige vurderinger fra praktiserende læger. Min erfaring er desværre, at det er de færreste sagsbehandlere, der tør det. Derudover kan det være rigtigt svært for sagsbehandler og rehabiliteringsteams at hjælpe et menneske, som af sin læge har fået at vide, at han/hun ved bedre end dem nede i kommunen.

Lægers kommunikation i attester og i konsultationer med patienter på kanten af

arbejdsmarkedet, har derfor enorm betydning for hvor mange mennesker i Danmark, der ender på langvarig kontanthjælp eller varig offentlig forsørgelse, samt hvor mange mennesker, sagsbehandlere ønsker yderligere udredninger på. Og dermed har et dårligt attest samarbejde betydning for overaktivitet i sundhedsvæsenet.

Så når Regeringen nu alligevel vil ændre både Sundhedsvæsen og Beskæftigelsessystem, vil Strukturkommissionen så ikke nok gøre jeres til, at man anerkender de to systemers gensidige afhængighed og tænker en løsning, der ikke spænder ben for hinanden? Og gerne revurderer handicap-SU ordningen i samme moment?

Mine evner rækker ikke til at udtænke hele denne samlede løsning, men jeg vil gerne komme med en række forslag, der gerne skulle føre til mindre ressourcespild i begge sektorer. En del af disse forslag angår beskæftigelseslovgivningen, og jer er godt klar over, at det ikke er den, I er sat i verden for at ændre. Ikke desto mindre vil jeg bede jer forholde jer overordnet til forslagene, idet opbygningen af et nyt sundhedsvæsen skal tage højde for ændringer i beskæftigelsessystemet.

1. Sygemeldte borgere skal som udgangspunkt selv forklare, hvorfor de er syge og hvornår de regner med at kunne arbejde helt eller delvist igen. Deres læge skal kun spørges, såfremt borgeren selv er i tvivl om eget helbred. I så fald etableres et fysisk møde med egen læge, en rundbordssamtale, fremfor kommunikation via attester, så evt. uklarheder håndteres tidligt. Ofte vil der i disse sager også være god lægefaglig fornuft i at få etableret en god kontakt med patienten, da "forvirrede borgere" ofte er dem, der bliver udredt for lidt og/eller udredt forkert (der er en voksende ressourcestærk gruppe i Danmark, der glemmer at spørge deres egen læge til råds, men som selv googler sig til udrednings-ideer og som har ressourcerne til selv at betale eller de sundhedsforsikringen til at betale for ydelser på privathospitaler - den gruppe er ofte forvirrede og kan ikke finde hoved og hale i deres eget helbred, og risikerer derfor også langtidssygemelding og uhensigtsmæssige forløb i sundhedsvæsenet).

2. Såfremt borger ikke er i tvivl om eget helbred, laver borger en tro og love erklæring og en kontrakt om at få det "bedste ud af situationen trods de og de og de symptomer og trods det, at der måske kan udredes og behandlet mere end der aktuelt er gjort", hvoraf også forventet opstart og omfang af arbejde eller praktik også indgår.

3. Hvis borger har svært ved at forestille sig hvilket konkret arbejde, de kan varetage og fungere godt i, skal kommunen sikre et tidligt mentorforløb med en virksomhedskonsulent, fremfor at bruge ressourcer på at spørge læger om skånehensyn og prognoser etc.

4. Kommunen kan fortsat tilbyde praktikker til udvikling og afklaring af arbejdsevne, men der skal være fokus på lønnede timer hurtigst muligt og borger skal kende denne rettighed. De kan altså få løn allerede fra dag 1 og senest efter 13 uger. Såfremt kommunen forlænger praktik udover 13 uger uden lønnede timer, skal kommunen redegøre for dette overfor borger og der skal være en klagemulighed.

5. Såfremt borger ved kontraktsindgåelse mener at være fuldt uarbejdsdygtig i f.eks. mere end 6 måneder, skal borger redegøre for, hvad dette skyldes. Her kan en attest blive nødvendig, dog kan udskrift fra borgers egen sundhed.dk også fungere som dokumentation.

6. I udvalgte situationer skal der, af helbredsmæssige årsager, kunne dispenseres fra den grundregel, at ydelsen falder efter 6 måneder. Det kunne dreje sig om ventetid på kirurgi for smertetilstand (typisk diskusprolaps), uheldelig kræft og psykotisk lidelse. Dispensationen ved lange ventetider på kirurgi finansieres af sundhedsvæsenet via refusion til kommunen. Det kan ikke gives dispensation for at stå på venteliste til psykiatrisk behandling generelt.

7. Ved længerevarende ambulante forløb i psykiatrien af ikke-psykotiske lidelser, som forhindrer at borger kan overholde sin kontrakt med kommunen ang. hel eller delvis opstart i praktik eller arbejde (f.eks. hvis en læge udsætter eller helt modsætter sig praktik på sin patients vegne), skal ydelsen til borger ikke falde efter 6 mdr, men differencen skal efter 6 måneder udlignes via refusion fra sundhedsvæsen til kommuner. Det skal fremgå af patientjournalen, at der er tale om en "refusions-patient" og det bliver en ledelsesmæssig opgave at sikre, at "refusions-patienter" ikke slår bunden ud af budgettet for den enkelte afdeling.

8. Alle borgere skal oplyses om 6 måneders reglen ved kontraktsindgåelse med kommunen. Borger skal samtidigt præsenteres for kommunale tilbud, der alle skal kunne etableres og afsluttes indenfor 6 måneder, også som også kan bidrage til at komme ovenpå og blive klar til arbejdsmarkedet, enten som erstatning eller som supplement til tilbud i sundhedsvæsenet. Borgere skal således på et tidligt tidspunkt og på et oplyst grundlag kunne vurdere, om de helst vil vente på effekt af forløb i sundhedsvæsenet eller satse mere på et kommunalt tilbud. Forløb i sundhedsvæsenet og kommuner kan med fordel køre parallelt, men erfaringsmæssigt tror mange borgere, at ydelser i sundhedsvæsenet er vigtigere og bedre og derfor skal komme før kommunal indsats. Det er synd og skam, for ensidige og lange forløb i sundhedsvæsenet resulterer i min erfaring ofte i forværring i den mentale tilstand, overfokusering på symptomer og afvikling af arbejdsevne- og identitet over tid.

9. Alle kommuner skal kunne tilbyde individuelle samtaler samt gruppeforløb for mennesker med indre uro (vi skal væk fra at kalde al indre uro for adhd), svært ved at koncentrere sig (vi skal væk fra at kalde alle koncentrationsproblemer for adhd), søvnproblemer og smerter.

10. Såfremt en kommune vurderer, at arbejdsevnen ikke rækker til selvforsørgelse, skal der indhentes dokumentation for helbredet ifa. attest fra egen læge. Der spørges til den lægefaglige forklaring på de symptomer, som har vist sig at begrænse arbejdsevnen via praktik / lønnede timer og /eller de symptomer, som borger angiver, udgør begrænsningen. Der spørges til, hvilke behandlingsforløb, der har været forsøgt i sundhedsvæsenet. Der spørges til egen læges vurdering af effekten af disse tiltag på helbredet. Der spørges til, om egen læge, sammen med patienten, kan få øje på yderligere behandlinger, der ville kunne give bidage til et bedre helbred. Attester, der ikke svarer på disse spørgsmål, returneres til egen læge med udbedelse af udspecificering. Der spørges IKKE til skånehensyn (dem skal borger selv definere), ligesom der ikke spørges om hvorvidt helbredet er foreneligt med arbejde, eller om yderligere tiltag vil kunne øge arbejdsevne, funktionsniveau eller livskvalitet.

11. Attester, der udtaler sig om sociale ydelser, kan ikke udløse honorar til attest udfyldende læge, idet der er tale om aftalebrud. Kommunen vurderer selv, om de vil bruge attesten eller ej. Læger, der udtaler sig om sociale ydelser i attester vedr. varig offentlig forsørgelse, inviteres i stedet til aflønnet rehabiliteringsmøde i kommunen, idet disse læger må forventes at have helt særlige socialmedicinsk faglige forudsætninger.

12. Vedr Regionsansatte læger aka. Sundhedskoordinatorer:

Jeg ved simpelthen ikke, om jeg synes, man fortsat skal have rehabiliteringsteams i kommunerne, med deltagelse af en regionalt ansat læge (sundhedskoordinator). Ordningen er formentlig dyr og man kan godt være i tvivl, om den er pengene værd. Jeg mener i hvert fald ikke, at man bør satse på omfattende attest aktivitet i de Kliniske Funktioner rundt om i Regionerne (Læ275).

Det er velkendt i socialmedicinske kredse, at Region Syddanmark laver langt færre Læ275 attester end de øvrige Regioner, hvilket jeg tror, Sundhedsstyrelsen er irriteret over?

Som Sundhedskoordinator vil jeg dog godt stå på mål for, at vi generelt ikke skal lave ret mange af dem (omend vi nok burde lave lidt flere, end vi gør i dag - men det er en anden diskussion). Vi skal som samfund sikre, at beskæftigelsessystemet ikke kommer til at tilbyde et parallelt system til sundhedsvæsenet, hvor diverse læger kan bijobbe og tage penge for at udarbejde attester og erklæringer om borgeres helbred, med det ene formål for øje, at "oplyse" en sag ift. varig offentlig forsørgelse.

Der er stemmer i debatten, også i Dansk Selskab for Almen Medicin, der advokerer for, at den praktiserende læge slet ikke skal lave attester fremover, men at Regionens Sundhedskoordinator skal overtage alt, hvad der har med sygemeldte borgere at gøre. Jeg er ikke enig i dette synspunkt, omend jeg godt forstår tanken, frustrationen og også anerkender alle de udfordringer, der netop er i attest-samarbejdet jvf. mine ovennævnte pointer.

Min bekymring er, at diagnoser stillet i et parallelt system, af parallelle ortopædkirurger og af parallelle psykiatere, er den direkte vej til ligegyldig mer-aktivitet i den offentlige sektor, til endnu flere diagnoser. Jeg mener, det vil bidrage til endnu flere konsultationer ved egen læge, hvor egen læge forventes at henvise patienter uden reelt behandlingsbehov, fordi "kommunens" læge har udredt og stillet en eller anden diagnose, men ikke har behandlingsansvar. Som min tidligere chef i Klinisk Funktion engang sagde: "Det må aldrig blive sådan, at hvis man er utilfreds med sin diagnose eller mangel på samme, så kan man bare svinge ind omkring jobcenteret og få en ny".

Jeg tror derudover ikke, at Regionens læge er ret meget mere objektiv i sine helbredsvurderinger end egen læge, når det kommer til stykket. Alle, der arbejder med mennesker, kan blive ramt af at sidde og snakke med mennesker, der er utrygge og frustrerede, og det krydspres kan farve den lægefaglige vurdering og rådgivning til beskæftigelsessystemet. Så at flytte al socialmedicin fra de praktiserende læger over til Regionens læger er bare at rykke problemet. Løsningen bør i stedet være at flytte socialmedicinen mere over til borgeren selv.

Jeg håber, mit lange skriv kan bruges til noget for Strukturkommissionen og ikke kommer for sent. I er velkomne til at kontakte mig ved spørgsmål og I må også meget gerne videreformidle pointerne til den kommission, der skal arbejde med nedlæggelse af jobcentre.