

# Social politik

6 ■ 2009

TEMA

## Læge- konsulenternes rolle *til debat*



Socialpolitisk Forening

# Social politik

Tidsskrift for  
Socialpolitisk Forening  
Formand: Knud Vilby  
Landssekretær: Dorte Olsen

Social politik udkommer seks gange  
årligt og sendes automatisk  
til alle medlemmer

Redaktion  
Peter Bundesen (Ansv.)  
Den Sociale Højskole i Odense  
tlf.: 63 11 32 63  
e-mail: pebu@ucl.dk  
Tine Gomard  
Tlf.: 36 78 08 28  
e-mail: ecuador@cykel.dk  
Leena Eskelinen  
Tlf.: 43 33 34 56. e-mail: le@akf.dk  
Else Guldager  
e-mail: mail@elseguldager.dk  
Margit Lotz  
Tlf. 38 10 95 02  
e-mail: margit.lotz@gmail.com  
Preben Etwil  
E-mail: etwilmeyland@vip.cybercity.dk  
Morten Frederiksen  
E-mail: mf@soc.ku.dk  
Redaktionssekretær  
Rasmus Fich  
ISSN 0905-8176

Artikler fra Social politik kan  
citeres med tydelig kildeangivelse  
Redaktionen gør opmærksom på,  
at artikler i Social Politik ikke  
nødvendigvis dækker redaktionen  
eller Socialpolitisk Forenings  
synspunkter

Tryk:  
Eks-Skolens Trykkeri  
35 35 72 76



**Socialpolitisk Forening**  
Strandgade 6, st.  
1401 København K  
Tlf. 35 82 83 50 (daglig 10–15)  
www.socialpolitisk-forening.dk  
E-mail socpolfo@post.tele.dk  
Mercur Bank: 8401 1107640  
**Socialpolitisk Forlag**  
Samme adresse, tlf. og e-mail.  
Mercur Bank: 8401 1107616

## Socialpolitisk Forenings hovedbestyrelse

Formand  
Knud Vilby, journalist og forfatter

### Forretningsudvalg

Anne Petersen, FOA  
Bente Rich  
Bjørn Christensen, Internationelt Udvalg  
Brian Lentz, Sydhavns-Compagniet  
Ebbe Brems, Socialistisk Folkeparti  
Hanne Thomsen, Diakonissestiftelsen  
Mads Samsing,  
Susanne Lyngsø, Dansk Socialrådgiverforening  
Søren Bjarnø

### Øvrige Hovedbestyrelse

Bettina Post, Dansk Socialrådgiverforening  
Christian Sølyst, LO  
Else Kayser, Dansk Sygeplejeråd  
Erik Nejrup, Dansk Magisterforening  
Jane Korczak 3F  
Lis Pedersen, BUPL  
Mandana Zarrehparvar  
Mia Sørup  
Peter Poulsen, Dansk Metal  
Per Støve, HK-kommunal  
Preben Etwil  
Ninna Leth, Lokalforeningen for Sydvestjylland  
Ove Lund, Lokalforeningen for Hovedstadsområdet  
Carl Christensen, Lokalforeningen for Nordjylland  
Ejgil Aagaard, Lokalforeningen for Fyn  
Viggo Jonassen, Lokalforeningen for Århus og omegn  
Knud Olsen, Lokalforeningen for Viborgområdet

## Lokalforeninger

### Socialpolitisk Forening i Hovedstaden

v/formand Ove Lund  
Strandgade 6, st.  
1401 Københavns K  
tlf. 35 82 83 50  
ovelund@raastof.dk

### Lokalforeningen for Viborgområdet

v/Knud Olsen  
Ahornvænget 3  
7800 Skive  
tlf. 97 52 37 01  
knud\_olsen@get2net.dk

### Lokalforeningen for Århus og omegn

v/Viggo Jonassen  
tlf. 86 17 49 57  
viggo.jonassen@get2net.dk

### Lokalforeningen for Sydvestjylland

v/Ninna Leth  
nl@cvu-vest.dk

### Lokalforeningen for Fyn

v/Ejgil Aagaard  
Odinsgade 34, 5000 Odense  
tlf.: 66 12 34 06  
ejgil.aagaard@gmail.com

### Lokalforeningen for Nordjylland

v/Aase Hessel  
Huset Venture  
Nordjylland  
Buet Møllevej 16  
9400 Nørresundby  
tlf. 99 30 16 16  
ah@hv-nord.dk

## Indledning

# Lægekonsulenternes rolle til debat

I dette nummer tages lægekonsulenternes rolle i de kommunale forvaltninger op til diskussion. Tanken til temanumret opstod, da en konference med samme tema tidligere på året vakte så stor interesse, at alle der ønskede det, ikke kunne være med. »Der må være noget andet, end en faggruppes arbejdsopgave, der gemmer sig bag en sådan stor interesse?« Artiklerne i dette nummer viser med al tydelighed, at dette er tilfældet.

Forfatterne giver flere og delvis modsatrettede bud på forholdet mellem lægekonsulenter, sagsbehandlere og klinisk arbejdende læger: om der er et problem, hvad problemet går ud på, og hvordan det kan løses. Dette gælder både for repræsentanter for læger og for socialarbejdere, der er forfattere til artiklerne. Selv om diskussionen om lægekonsulenterne kan have sin baggrund i ændringer i professionernes autoritet, autonomi og definitionsmagt, handler den langt fra om faggruppernes positioner og gensidige interessekonflikter.

Faktisk peger artiklerne i retning af, at ændringer i beskæftigelses- og socialpolitikken i de seneste år har skabt forhold, der rammer hårdt ned på de svageste grupper med komplekse problemer, fordi de skal kvalificere sig både til arbejdsmarkedet og kontanthjælp. Det er netop disse grupper – mennesker med komplicerede sygdommelinger og længerevarende kontanthjælpsforløb med dertil knyttede helbreds- og sociale problemer – som socialarbejdere og læger typisk samarbejder om. Vilkaerene for samarbejdet er imidlertid under pres, når både sociale og helbredsmaessige problemer skal løses via disciplinering til job, og når arbejdsløshed alene ses som manglende kvalifikationer hos den enkelte. Et andet overordnet tema, som artiklerne berører, er det kursskifte og den holdningsændring, der er sket i forhold til sygdom og sygefravær. Sygdom er ikke længere et individuelt anliggende, og syge mennesker er ikke længere værdigt trængende. Når man er syg, skal man stadigvæk kunne sælge sin arbejdskraft på markedet.

Det der ses kritisk vurderende på i dette nummer, er de funktioner, som lægekonsulenterne og sagsbehandlerne har fået som led i den førte beskæftigelsespolitik.

Læge *Ellen Ryg Olsen* giver indledningsvis et kort rids af det kommunalt lægelige samarbejde før og nu.

Adjunkt, socialrådgiver *Anette Skals* beskriver behovet for lægefaglig viden i sociale sager især i lyset af, at den aktuelle overordnede problemforståelse er, at sociale problemer bedst løses gennem beskæftigelsesrettede initiativer. Her har sagsbehandleren brug for at kunne kombinere den socialfaglige ekspertise med den lægefaglige, for at

indledning

hindre at beskæftigelsesindsatsen slår over i en forværring af de sociale og helbredsmæssige problemer frem for en øget deltagelse i arbejds- og samfundslivet.

Formanden for Dansk Socialrådgiverforening *Bettina Post* mener, at lægekonsulenterne ikke har nogen magt, og at deres rolle derfor er minimal og formelt set uinteressant. Den frustration, der ofte rettes mod lægekonsulenter, burde i virkeligheden rettes mod de praktiserende læger, som efter hendes mening fortsat udtaler sig om, hvilken social ydelse deres patienter er berettiget til og dermed skaber urealistiske forventninger.

Psykiater *Søren Buus Jensen* diskuterer samspillet mellem speciallæge og jobcenter på baggrund af konkrete eksempler fra egen praksis med transkulturelle patienter.

Tidligere lægekonsulent *Ellen Ryg Olsen* mener, at lægerne er så tæt knyttet til det kommunale administrative apparat, at deres loyalitet kan drages i tvivl. Hun argumenterer for, at lægerne ikke skal ansættes direkte af forvaltningerne, men at de skal tilknyttes socialmedicinske enheder, hvor det faglige kan opgraderes, og det politiske pres formindskes.

Mod dette taler læge, socialmediciner og lægekonsulent *Jens Hilden*, idet han fremhæver det frugtbare i den udveksling der foregår i den direkte kontakt mellem sagsbehandler og læge i forvaltningen. Konsekvensen af at rykke lægerne ud af forvaltningen vil ifølge ham være, at den lægelige vurdering får mindre vægt eller helt minimeres i sagsbehandlingen.

Arbejdsmediciner *Thora Brendstrup* behandler myten om neutralitet og kommenterer den manglende mulighed for at klage over kommunale konsulents lægelige vurdering, idet reglerne i det kommunale system er forskellige fra reglerne i sundhedssektoren.

Der er mange løse ender og modstridende forslag i dette nummer, og der er også en mere stridbar faglig og fagpolitisk uenighed end normalt i Social Politik's temanumre. Denne uenighed ser vi som et vidnesbyrd om, hvor vigtig emnet og debatten om det er.

Overordnet tilskrives mange af problemerne den aktuelle beskæftigelses- og socialpolitik, hvor man med Tina Bømlers ord<sup>1)</sup> arbejder med en model, hvor universalmidlet er aktivering og beskæftigelse – en model, som hun kalder »one size fits all«. Den fungerer ikke, når »mennesker med alvorlige og kroniske psykiske sygdomme har andre behov end aktivering og endeløse forsøg på at afklare en eventuel resterhvervsevne«. Differentierede løsninger på sociale problemer er dermed »druknede i bureaukrati, øget dokumentation, kontrol og stram økonomistyring af kommunerne, hvor de svageste borgere bliver kastet rundt i systemet indtil de har »kvalificeret« sig til den førtidspension, de har været berettiget til i årevis«.

*Dette nummer er redigeret af Ellen Ryg Olsen og Leena Eskelinen.*

<sup>1)</sup> Bømler, Tina (2009): Fra omsorg og støtte til aktivering og tvang. *Social Kritik* 21(119):79–85.

# Lægekonsulenter i kommunen – før og nu

Af Ellen Ryg Olsen

## Praktiserende læger var i centrum

Indtil decentraliseringen i kommunerne i forbindelse med indførelsen af bistandsloven i 1976 var ansøgerens praktiserende læge en central og næsten altafgørende person, når der skulle søges om hjælp til forsørgelse på grund af dårligt helbred (invalidepension). Efter 1976 skulle sagen forberedes af kommunens socialforvaltning og den lægelige vurdering, »lægeskønnet«, skulle udfyldes med hjælp fra en kommunalt ansat lægekonsulent. Denne konsulent skønnede på basis af oplysninger indhentet fra de læger, der havde ansøgeren under behandling<sup>1</sup>).

Der kom på den måde to grupper af læger i spil: De behandlende læger, der også kaldes de klinisk arbejdende læger, i modsætning til lægekonsulenterne, der kan kaldes skrivebordslæger, da de i princippet udelukkende skulle danne deres skøn ud fra papirer.

Den praktiserende læge spillede på det tidspunkt dog fortsat en meget central rolle, blandt andet fordi der var respekt forbundet med den viden og den erfaring, man kan erhverve sig om en person gennem et behandlingsforløb.

Dertil var det ofte en praktiserende læge i området, der blev knyttet til forvaltningen som lægekonsulent. Mine egne erfaringer stammer fra en periode sidst i 80'erne, hvor jeg var amanuensis i en fynsk praksis. Der kunne turen, efter overståede sygebesøg, gå til kommunekontoret, hvor de ventende sager blev gennemset. Man kom så med sin vurdering, der blev indskrevet i sagen af socialrådgiveren. Ofte kunne sagerne dreje sig om ens egne patienter, og det var så meget desto lettere, så kendte man dem godt og kunne udtale sig med større viden og vægt.

## Organspecialister, helbreds- og helhedsvurderinger

De praktiserende lægers vurderinger hvilede ikke kun på kendskab til sygdommene og deres betydning for, om man kunne arbejde eller ej, men også på kendskab til patientens evner til at klare sygdomme, idet man også kendte hele den sociale baggrund.

Anbefalingerne til kommunen bundede således ikke kun i diagnoser, de var oftest mere helhedsbetingede. Det var og er imidlertid svært for et juridisk/bureaukratisk system, at klare og forstå den slags uhåndterbare vurderinger af en persons ressourcer, så der blev dannet en diagnoseliste<sup>2</sup>), hvorefter alvorlige diagnoser gav anledning til den højeste ydelse, og mindre alvorlige og mindre indgribende berettigede til den mellemste eller laveste førtidspensionsydelse.

<sup>1</sup>) Foldspang A., Sabroe S.: *Erhvervsevnebegrebet ved længerevarende uarbejdsdygtighed*, Socialmedicinsk Institut Aarhus Universitet, udgivelse nr.17, 1978.

<sup>2</sup>) Diagnoseliste – skuffecirkulære, skabt på baggrund af praksis. Se desuden <sup>6</sup>) p.21 og 95.

**Indtil 1976 var ansøgerens praktiserende læge en central og næsten altafgørende person**

**Dertil var det ofte en praktiserende læge i området, der blev knyttet til forvaltningen som lægekonsulent**

**Anbefalingerne til kommunen bundede ikke kun i diagnoser, de var oftest mere helhedsbetingede**

**En vurdering der i en eller to sætninger blev nedskrevet i rubrikken »lægeskøn«**

I Frederiksberg Kommune tog man konsekvensen af dette. Man ansatte et panel af vidende og erfarne overlæger fra Frederiksberg Hospital, der fik sagerne tilsendt til gennemlæsning, hvorefter de mødtes med pensionsmedarbejderne, og kom med deres vurdering. En vurdering der i en eller to sætninger blev nedskrevet i rubrikken »lægeskøn«. Eksempelvis: »Erhvervsevnen nedsat med 2/3« Underskrevet NN ortopædkirurg. Medicinerens, neurologens og psykiaterens vurderinger var som regel lidt længere, men det var stilen. Det betyder ikke, at der ikke foregik en udveksling af viden mellem pensionsmedarbejderne og lægerne, men det blev ikke dokumenteret på skrift, og vurderingerne var strikte diagnosebegrundede.

Med udlægning af mere kompetence til kommunerne i januar 1992<sup>3)</sup>, blev der stillet større krav til den lægelige argumentation, hvorfor flere lægekonsulenter blev fastansatte. Konsulenterne skulle nu på baggrund af indsendte lægeoplysninger omhyggeligt, og skriftligt, argumentere for deres vurdering af erhvervsevnen: Var den reduceret med halvdelen, 2/3 eller til det ubetydelige af helbredsmæssige årsager. I denne afgørelse spillede de lægelige diagnoser fortsat en afgørende rolle.

### **Ressourceprofilen som ubrugt arbejdsredskab**

Da det er indlysende for alle, der beskæftiger sig med området, at der ikke altid er en direkte sammenhæng mellem diagnose og erhvervsevne/arbejdsevne, var vejen banet for indførelsen af ressourceprofilen som arbejdsredskab i forhold til at vurdere arbejdsevnen. Denne indføres fra 2003 i Lov om social pension, og indeholder vigtige sociale elementer, som er kendt fra det socialmedicinske arbejde og fra arbejdet i almen praksis. Det kunne være så godt, hvis blot denne ressourcevurdering blev anvendt, som ordlyden angiver. Næmlig, at det ikke er det, man fejler, der er det afgørende, men de ressourcer, man har for at takle det, man fejler. Realiteterne viser, at selv efter indførelsen af den nye lov er det fortsat altovervejende helbredet og diagnoserne, der er afgørende, når der bevilges førtidspension. Ja, helbredet er afgørende i en stigende andel af sagerne. I 1995 indgik social indikation i 13% af sagerne blandt ansøgerne til førtidspension, mens 1% i 2007 fik bevilget førtidspension på social indikation<sup>4)</sup> <sup>5)</sup>.

Helbredet er således fortsat – trods ressourceprofilen – altafgørende i forhold til tildeling af førtidspension, hvorfor den lægelige vurdering spiller en central rolle. Dette stiller store krav til organiseringen af samarbejdet mellem læger og forvaltning.

### **Lægekonsulenternes rolle**

Da lægerne i 1975 blev knyttet til kommunen som direkte ansatte lægekonsulenter opstod en ny situation. Det tog dog mange år at få lægerne i stald som funktionærer. Som beskrevet steg behovet i takt med udlæg-

<sup>3)</sup> Lov nr. 399 af 6. juni 1991.

<sup>4)</sup> Ankestyrelsen »Førtidspensioner Årsstatistik 2007«.

<sup>5)</sup> CASA Socialpolitisk Forening »Social Årsrapport 2000«.

**Helbredet er således fortsat altafgørende i forhold til tildeling af førtidspension, hvorfor den lægelige vurdering spiller en central rolle**



ningen af beslutningskompetencen til kommunerne. Som det er nu, har de lokale forvaltninger den fulde ret til at afgøre førtidspensionssager, og da helbredet fortsat er afgørende i pensionssager, er behovet for at ansætte lægekonsulenter steget.

Lægerne kom oprindeligt ind i et system, hvor de skulle udtale sig ud fra papiroplysninger til et forvaltningssystem, hvis love og regler de kun i de færreste tilfælde havde nogen idé om. De fleste lægekonsulenter lærte sig vel om love og regler til husbehov, men begge parter, både lægerne og forvaltningen, fastholdt, at det var »det rent lægelige« man var interesseret i, så derfor betød det ikke så meget, at lægekonsulenten ikke anede noget om, hvordan vurderingerne kunne bruges/misbruges. Der findes som bekendt ikke noget, der er »rent lægeligt«. Det »lægelige« kan ikke løsrives fra den person, hvis helbred er til vurdering. Og betydningen af vurderingens ordlyd kan ikke løsrives fra den socialjuridiske virkelighed, der regerer når berettigelsen til ydelser skal fastslås.

Følgende historie kan tjene som eksempel på de besværligheder, der kan opstå, når lægekonsulenter ikke kender den juridiske praksis, der gælder på det område, hvor de kommer med deres egen vurdering af helbredets betydning for erhvervsevnen:

En praktiserende læge havde sidst i 90'erne et bijob som lægekonsulent i kommunen, mens han var ved at etablere sig i almen praksis. Han blev bedt om at udtale sig om en ryglidelse hos en pensionsansøger, der ikke var hans egen patient. Han skønnede, at patientens erhvervsevne var halveret. Hun havde imidlertid det, der efter gældende praksis, i diagnoselisten, blev beskrevet som »udtalt ryglidelse, der ikke kan behandles radikalt«, hvilket sædvanligvis berettigede til den mellemste førtidspension. Derfor havde også sagsbehandler, egen læge og speciallæge anbefalet, at der blev tildelt mellemste førtidspension. Men den unge lægekonsulents afgørelse var økonomisk fordelagtig for kommunen, og den blev fastholdt, med mange års trakasserier og elendighed til følge. De bevilgende myndigheder dækkede sig ind med »at de kun rettede sig efter den lægelige vurdering«.

Det skal her understreges, at lægens vurdering kan være lige så sand eller falsk som den juridiske vurdering. Det der er afgørende her, er, at den lægelige vurdering bliver fremsat uden kendskab til den juridiske praksis, og uden kendskab til de konsekvenser det får, at den er i modstrid med denne praksis.

(Omhyggelig gennemgang af hele sagen kan ses i min bog »Syge på tvangsarbejde«<sup>6)</sup>.)

Aktuelt drejer det sig ikke længere om gradforskelle i vurderingen af sygdommens betydning for arbejdsevnen. Nu findes der flere og flere eksempler på, at lægekonsulenter direkte undsiger de klinisk arbejdende lægers diagnoser uden at have set de personer, det drejer sig om. Det har skabt frustration hos klinikerne og afmagt og vrede hos patienterne.

<sup>6)</sup> Olsen E. R.: »Syge på tvangsarbejde«, Gyldendal 2005.

**De fleste lægekonsulenter lærte sig vel om love og regler til husbehov,**

**Eksempel på de besværligheder, der kan opstå, når lægekonsulenter ikke kender den juridiske praksis**

**Den unge lægekonsulents afgørelse var økonomisk fordelagtig for kommunen, og den blev fastholdt, med mange års trakasserier og elendighed til følge**

**Den meget erfarne papirlæge skriver sin konklusion, uden at have set patienten: »... Det fremgår, at behandlende psykiater i meget autoritative vendinger vurderer, at klienten kommer til at finde sig i nuværende tilstand resten af livet**

Et eksempel er den psykisk medtagne 62-årige kvinde, der efter år med utroligt belastende arbejdsforhold bryder sammen og forsøger at begå selvmord. Hun får i Arbejdsskadestyrelsen anerkendt sin lidelse som arbejdsbetinget, men kommunen lader sig ikke standse af den slags blødsødenhed, de skal lige arbejdsprøve hende for at se, om hun dog ikke kunne komme i gang igen på arbejdsmarkedet. Kvinden kan ikke, og forsøger igen at tage sit eget liv. Hun har i hele forløbet, der har strakt sig over mange år, været i behandling hos en særdeles velkvalificeret psykiater, der i sin sidste erklæring til kommunen forsøger at sige så tydeligt som muligt, at de skal holde inde, de er ved at kvase hende. Men den meget erfarne papirlæge skriver sin konklusion, uden at have set patienten: »... Det fremgår, at behandlende psykiater i meget autoritative vendinger vurderer, at klienten – hvis hun er heldig – kommer til at finde sig i nuværende tilstand resten af livet. Muligvis er der endog udsigt til forværring.

*Jeg tillader mig at håbe på, at klienten har mulighed for at få det bedre med tiden...» (min fremhævelse)*

Med den konklusion får hun ikke førtidspension – en konklusion, der ikke var ledsaget af noget der lignede en faglig begrundelse for denne optimistiske tro.

(En kommunal afgørelse fra 2008)

### Lægekonsulentvurderingen kun et del-element

Forvaltningen siger skinhelligt, at de kun tager lægekonsulentvurderingen med som ét af mange elementer i den endelige vurdering. Men virkeligheden har mange gange vist noget helt andet, hvilket har fået ministre til at fare frem med bål og brand for at understrege, at lægekonsulenterne hverken må det ene eller det andet, og hvis de gør det alligevel så må kommunerne ikke rette sig efter det.

Men kommunerne kan i høj grad være fristet til at vælge det, der økonomisk og politisk er mest fordelagtigt for dem. Lægekonsulenterne bliver brugt når det passer og undsagt når det passer. Og lægekonsulenterne, som er ganske almindelige mennesker, bliver selvfølgelig også påvirket af den ånd og den politik, der gælder på den arbejdsplads, hvor de har deres gang. Både som produkt af den almindelige socialisering, men også fordi de lærer at tage beslutninger der »passer«. Ingen ved sine fulde fem vil vel eksempelvis fremture med, i relevante tilfælde, at ytre den vurdering, at arbejdsprøvning skønnes ikke blot perspektivløs, men også potentielt helbredsskadelige, hvis det er sådan, at praktisk talt alle, der ansøger om førtidspension næsten automatisk vil blive henvist til arbejdsprøvning.

### Stramninger

Der kom ændringer i pensionsbestemmelserne med den nye pensionslov fra 2003. Den efterfølgende politisk betingede stramme tolkning af både lovens bogstav og af bemærkningerne til paragrafferne, har blandt andet fået Ankestyrelsen til i 2005 at understrege, at man forventer, at 80% af alle pensionsansøgere skal arbejdsprøves helt uafhængigt af den social-

**Praktisk talt alle, der ansøger om førtidspension næsten automatisk vil blive henvist til arbejdsprøvning**



faglige vurdering og af den lægelige vurdering. Det der skulle berettiggende 20% til at slippe, er 10 i det store og hele meget alvorlige diagnoser, som *tidligere* ville have givet anledning til tildeling af højeste førtidspension.

Direkte adspurgt, om hvad baggrunden var for dette øgede krav om arbejdsprøvning, om hvilke positive udfald man havde fået af faglige undersøgelser af arbejdsprøvningsforløb hos mennesker, der blev arbejdsprøvet mod givet lægeligt og socialfagligt råd – oplyste det, der dengang hed Socialministeriet, i september 2006: *»Socialministeriet har ikke mulighed for at give Dem de ønskede konkrete oplysninger om foretagne arbejdsprøveforløb, men kan henvise til Ankestyrelsens publikation »Analyser af førtidspensionsområdet« juni 2005, Kapitel 4....«*

Og det er præcis i dette kapitel, at Ankestyrelsen henviser til de 10 diagnoser, og ikke til nogen som helst socialfaglig vurdering, ej heller til samfundsvidenskabelige forløbsundersøgelser eller til socialfaglige ressourcevurderinger.

Systemet er således i splid med sig selv: Vil det rette sig efter ressourcevurderingen, som loven siger, eller vil det rette sig efter diagnoser, som praksis viser? Så vidt det kan ses, er det fortsat diagnoserne, der er afgørende, men »vejen ad hvilken« går over arbejdsprøvnings, hvad enten der er perspektiv i dem eller ej.

*Ellen Ryg Olsen er afdelingslæge ved RCT, Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre. Hun er tidligere lægekonsulent i kommunen og i revalideringsinstitution.*

**Systemet er således i splid med sig selv: Vil det rette sig efter ressourcevurderingen, som loven siger, eller vil det rette sig efter diagnoser, som praksis viser?**

tema

# Lægefaglig viden i sociale sager – set fra et sagsbehandlerperspektiv

Af Anette Skals

**De kommunale  
sagsbehandlere  
udgør frontlinien i  
velfærdsstaten**

Denne artikel behandler lægekonsulentens betydning i de kommunale sager ud fra et sagsbehandlerperspektiv. Et perspektiv, der samtidig må ses i lyset af aktuelle social- og beskæftigelsespolitiske tendenser, eftersom de kommunale sagsbehandlere udgør frontlinien i velfærdsstaten. Dermed skal de omsætte de social- og arbejdsmarkedspolitiske intentioner til konkrete afgørelser, indsatser og handlinger i direkte møde med de borgere, der er i kontakt med kommunen fordi de har behov for hjælp til at få løst konkrete problemer – ofte af en betydelig tyngde og kompleksitet. Det antages i den forbindelse, at modsætninger og dynamikker i de vedtagne politikker gennemskærer det daglige arbejde helt ned på mikroniveau, hvor klienter og sagsbehandlere møder hinanden. De vedtagne politikker udgør således bagtæppet for det sociale arbejde, der traditionelt er en opgave for landets kommuner. Her tager man hånd om borgere, der får problemer med at klare hverdagen og livets udfordringer som følge af fysisk og psykisk sygdom, skilsmisse eller andre familieproblemer, dårlig skolegang, misbrug, hjemløshed og fattigdom mv. For nogle vil situationen resultere i langvarig arbejdsløshed, fordi de ikke kan få eller varetage et lønnet arbejde og derfor må leve af kontanthjælp. For andre er behovet for hjælp mere kortvarigt.

## Lægekonsulentens rolle og funktion i sociale sager

Lad mig starte med at introducere lægekonsulenten, der som ordet antyder både er læge og konsulent samt en central samarbejdspartner for sagsbehandleren i jobcentret. Lægekonsulenten er ansat af kommunen i en administrativ stilling, der ikke involverer det sædvanlige læge/patientforhold med behandlingsansvar. Dette ansvar ligger fortsat hos de praktiserende læger og andre behandlende læger.

Det er vigtigt at fastslå, at lægekonsulenter hverken må træffe afgørelser eller forestå behandling, i de sager de er konsulenter på, hvilket langt de fleste sagsbehandlere og lægekonsulenter godt ved. For at opnå autorisation som læge og dermed kunne kalde sig for læge<sup>1)</sup>, skal man have gennemført den lægevidenskabelige embedseksamen og aflægge lægeløfte<sup>2)</sup>. Den logiske slutning ligger lige for: Hvis lægekonsulenten vil kunne kalde sig læge og oppebære autorisation, er vedkommende underlagt lægeløftet<sup>3)</sup>, som bl.a. indebærer følgende etiske budskab til lægen:

<sup>1)</sup> Den alternative betegnelse er cand.med.

<sup>2)</sup> Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed af 1. januar 2007 § 27.

<sup>3)</sup> Jeg gør opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen i 2008 i en udtalelse (j.nr. 2008-1530-175) til

**Lægekonsulenten er  
ansat af kommunen  
i en administrativ  
stilling, der ikke  
involverer det  
sædvanlige læge/  
patientforhold med  
behandlingsansvar**

- At anvende sine kundskaber med flid og omhu til samfundets og sine medmenneskers gavn.
- At stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse.

Lægeløftets eksistens har betydning for samarbejdet med sagsbehandleren hvis det skal følges. Den lægefaglige viden har stor betydning for sagsbehandlerens vurderinger og afgørelser gennem lægekonsulentens bedømmelse og vurdering af indholdet af de helbredsmæssige oplysninger. Den vejledning, som lægekonsulenten vil tilbyde sagsbehandleren under inddragelse af lægeløftet, må imidlertid antages at kunne adskille sig fra lægekonsulentens vejledning som ansat embedsmand i den kommune, der dels skal bevilge de økonomiske ydelser og dels forvalte beskæftigelsesindsatsens politiske målsætninger. Dette skyldes, at lægeløftets faglige og etiske indhold supplerer den lægefaglige viden med en moralsk forpligtigelse.

Hvis lægen – også i rollen som lægekonsulent – er forpligtet til at følge lægeløftet skal lægen opfylde kravet om omhu og samvittighedsfuld omsorg når de f.eks. afgiver deres lægeskøn, eller vurderer indholdet af sagernes lægelige oplysninger. Samtidig ville Sundhedsstyrelsen kunne føre kontrol, med om lægekonsulenterne udfører deres arbejde godt nok. Uden lægeløftet kan der lettere opstå situationer, hvor lægekonsulenten af arbejdsgiveren instrueres om f.eks. at undlade at komme med for mange forslag til supplerende undersøgelser, der kan forlænge sagsbehandlingstiden og derved øge udgifterne for de økonomisk hårdt trængte kommuner.

Lægefaglig rådgivning er en forudsætning for, at sagsbehandleren kan vurdere og træffe afgørelser på et tilstrækkeligt oplyst grundlag i de sager, hvor de helbredsmæssige forhold har betydning for sagernes endelige udfald. Det har betydning for borgerens retssikkerhed. Det kan være i ansøgningssager vedr. revalidering, fleksjob eller førtidspension for borgere med nedsat arbejdsevne af helbredsmæssige årsager eller i forbindelse med sagsbehandlerens stillingtagen til konkrete aktiverings- eller behandlingstilbud, hvor der er specifikke helbredsrelaterede skånebehov. Er der tvivl om udredningen af de helbredsmæssige forhold, kan lægekonsulenten blive bedt om sin vurdering af, om der er behov for en reumatologisk eller en ortopædkirurgisk speciallægeerklæring. Eller komme med en vurdering af helbred og behandling i forbindelse med sagsbehandlerens stillingtagen til, hvorvidt uarbejdsdygtighedskravet<sup>4)</sup> i sygedagpengeloven er opfyldt.

## Tendenser i beskæftigelsesindsatsen

Begrebet beskæftigelsesindsats stammer fra dannelsen af Beskæftigel-

Sundhedsministeriet oplyser at lægekonsulenter ikke er underlagt lægeløftet eftersom de ikke udøver lægefaglig virksomhed over for patienter i de administrative lægekonsulentstillinger.

<sup>4)</sup> Jf. sygedagpengelovens § 7, hvor uarbejdsdygtighed på grund af sygdom er en betingelse for at modtage sygedagpenge.

**Den vejledning, som lægekonsulenten vil tilbyde sagsbehandleren under inddragelse af lægeløftet, må imidlertid antages at kunne adskille sig fra lægekonsulentens vejledning som ansat embedsmand**

**Lægefaglig rådgivning er en forudsætning for, at sagsbehandleren kan vurdere og træffe afgørelser på et tilstrækkeligt oplyst grundlag**

**Beskæftigelsesministeriet har ansvaret for den samlede indsats over for alle typer ledige både hvad angår forsørgelselementet og indsatsmulighederne**

**Den dominerende problemforståelse er, at sociale problemer løses bedst gennem beskæftigelsesrettede initiativer, der derfor har forrang i forhold til sociale tilbud og social behandling i fagprofessionelle miljøer**

sesministeriet i 2001, hvor beskæftigelsespolitikken blev født. Opgaver fra det daværende Socialministerium blev overflyttet til Beskæftigelsesministeriet, der får ansvaret for den samlede indsats over for alle typer ledige både hvad angår forsørgelselementet og indsatsmulighederne. Beskæftigelsesindsatsen er først og fremmest båret af aktivlinien og grundige undersøgelser af borgerens arbejdsevne.

Aktivlinien, der stadfæster deltagelse i aktivisering som betingelse for at modtage offentlige forsørgelsesydelse, udvikler sig op gennem 1990'erne og udtrykker sig i 2003 med handleplanen »Flere i arbejde«, der er et forsøg på at udvide arbejdsstyrken. Her bliver klienterne til arbejdskraft. Den breder sig til de ikke-arbejdsmarkedssparate grupper med beskæftigelsesinitiativet »Ny chance for alle<sup>5)</sup>«, der iværksættes i sommeren 2006. Med de seneste ændringer af sygedagpengeloven<sup>6)</sup> vil fravær fra arbejdsmarkedet på grund af sygdom blive behandlet med aktiveringstilbud, når den sygemeldtes arbejdsgiver ikke kan tilbyde at tage sin sygemeldte medarbejder gradvist tilbage.

***Beskæftigelsespolitikken er en hybrid af den kommunale socialpolitik og den statslige arbejdsmarkedspolitik, men giver arbejdsmarkedet første prioritet!***

Den har et højt fokus på udbud af arbejdskraft gennem pligt til jobsøgning, aktivisering og den korteste vej til arbejde. Dette har i kombination med et arbejdsmarked, der har manglet arbejdskraft, og en stærkt forenklet tilbudsvifte<sup>7)</sup> hidtil givet mindre revalidering og kortere eller ingen opkvalificeringsforløb. Hertil kommer socialt disciplinerende elementer implementeret via en detaljeret lovgivning i form af rådighedspligt, sanktionering og økonomiske incitamenter i sagsbehandlingen for at tydeliggøre, at det skal kunne betale sig at arbejde.

Borgeren ses som et rationelt væsen, der selv kan vælge og tager ansvar for sit liv. Den dominerende problemforståelse er, at sociale problemer løses bedst gennem beskæftigelsesrettede initiativer, der derfor har forrang i forhold til sociale tilbud og social behandling i fagprofessionelle miljøer. Jobcentrenes indsatser søges desuden påvirket med resultatmål og forskellige refusionsordninger, der tvinger kommunerne til at sikre sig, at sagsbehandlerne for eksempel overholder rettidigheden og sørger for at aktivere mest muligt, hvilket målretter sagsbehandlingen<sup>8)</sup>. Denne instrumentelle målrationalitet suppleres af lovfæstede metoder og manualer, der yderligere skal understøtte, at socialt arbejde giver styrbare resultater. Men er en forenklet forståelse af kompleksiteten i socialt arbejde.

<sup>5)</sup> Initiativet er led i regeringens integrationsplan »Ny chance til alle« fra 2005.

<sup>6)</sup> Som led i »En styrket beskæftigelsesrettet indsats overfor sygemeldte m.fl.«, vedtaget 29.5.2009.

<sup>7)</sup> Aktivisering iværksættes efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats kapitel 10–12 i form af vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik eller ansættelse med løntilskud.

<sup>8)</sup> Damgaard, Bodil & Boll, Joachim (2007): *Opfølgning på sygedagpenge*. København, Socialforskningsinstituttet.

## Beskæftigelsespolitik på mikroniveau

Udbudsorienteringen i aktivlinien har skabt et meget individualiseret fokus ikke kun på borgerens rettigheder og pligter, men også på borgerens faglige og personlige kompetencer. Dette ses for eksempel i arbejdssevnevurderingerne, der danner grundlag for kommunernes stillingtagen til klientens udviklingsmuligheder og beskæftigelsespotentiale forud for behandling af ansøgninger om revalidering, fleksjob og førtidspension.

De nye sygedagpengeregler udtrykker individualiseringen på en måde, der viser behovet for lægekonsulentens ekspertise og for et tæt samarbejde mellem lægekonsulent og sagsbehandler. Sygedagpengesagsbehandleren skal iværksætte et individuelt, fleksibelt, sammenhængende og helhedsorienteret opfølgingsforløb under hensyn til sygdommens karakter samt sygemeldtes behov og forudsætninger<sup>9)</sup>.

Det nye er imidlertid, at sagsbehandleren ved tvivl om, hvorvidt den sygemeldte på grund af dårligt helbred er i stand til at deltage i opfølgningen ved personligt fremmøde, skal indhente lægelige oplysninger herom før der må indkaldes til samtale<sup>10)</sup>. Og ved iværksættelse af aktivering tidligst efter otte ugers sygefravær, skal sagsbehandleren sikre sig, at aktiveringstilbuddet er i overensstemmelse med sygdommen og behandlingen, da tilbuddet ikke må modvirke helbredelsen. Er der tvivl om, hvorvidt indsatsen er forenelig med lidelsen og helbredelsen, skal der indhentes lægelige oplysninger<sup>11)</sup>. Hvis der ikke iværksættes aktivering, falder kommunens refusion fra staten fra 65 til 35%. For den sygemeldte er disse regler et nødvendigt værn mod uhensigtsmæssig og helbredsskadelig aktivering.

Set fra et sagsbehandlerperspektiv er pointen imidlertid, at den meget konkrete og individuelle vurdering af den sygemeldtes muligheder for at deltage i aktivering og samtale ligger på sagsbehandlerens bord. Pointen er også, hvordan sagsbehandleren skal kunne tage stilling til dette uden at spørge lægekonsulenten om grønt lys. Og hvordan lægekonsulenten skal kunne vejlede sagsbehandleren relevant uden at inddrage de etiske og faglige aspekter som de kommer til udtryk i lægeløftet. Hensigten med reglerne var jo ikke at forværre sygemeldtes helbred og drage omsorg for, at dette ikke sker. Dette vil kun kunne ske forud for aktiveringen. Ikke bagefter, hvor skaden er sket. Dette kræver tydelige vurderinger fra lægekonsulenterne under inddragelse af omhu og samvittighedsfuld omsorg for klienternes helbred.

## Mere faglighed og samarbejde i jobcentrenes sagsbehandling

De rammebetingelser jeg har skitseret ovenfor påvirker selvsagt sagsbehandlingen i jobcentrene, hvilket også må antages at være meningen. Men de påvirker også lægekonsulentens arbejde. Udfordringen er den omsiggribende individualiserings meget individuelle forklaringer

<sup>9)</sup> Sygedagpengelovens § 8.

<sup>10)</sup> Jf. lovbemærkningerne til sygedagpengelovens § 13.

<sup>11)</sup> Jf. lovbemærkningerne til sygedagpengelovens § 15. Aktiveringen vil udløse 65 % i statsrefusion mod 35 %, hvis der ikke iværksættes aktivering.

**Sygedagpengesagsbehandleren skal iværksætte et individuelt, fleksibelt, sammenhængende og helhedsorienteret opfølgingsforløb under hensyn til sygdommens karakter**

**Set fra et sagsbehandlerperspektiv er pointen imidlertid, at den meget konkrete og individuelle vurdering af den sygemeldtes muligheder for at deltage i aktivering og samtale ligger på sagsbehandlerens bord**

**Spørgsmålet er, hvordan sagsbehandleren skal afprøve, udvikle eller undersøge borgerens arbejdsevne, og hvornår hun skal stoppe. Dette kræver en kombination af socialfaglig og lægefaglig ekspertise og ditto etik**

på sygdom og arbejdsløshed. Forklaringer, der efterprøves, udredes og undersøges, hvor det er op til sagsbehandleren med hjælp fra lægekonsulenten at finde balancen. Begge må tage deres faglighed på sig med fuld styrke, hvis indsatserne skal gavne borgerne, hvor nogle skal have mere støtte end andre og tilbuddene skal være forskellige.

I forhold til borgere med fysiske eller psykiske helbredsproblemer bliver sagsbehandlerens overvejelse, hvornår beskæftigelsesindsatsen slår over i forværringer af de sociale og helbreds-mæssige problemer frem for øget deltagelse i arbejds- og samfundslivet. Spørgsmålet er, hvordan sagsbehandleren skal afprøve, udvikle eller undersøge borgerens arbejdsevne, og hvornår hun skal stoppe. Dette kræver en kombination af socialfaglig og lægefaglig ekspertise og ditto etik.

Sagsbehandleren har brug for lægekonsulenten for at kunne afbalancere hensynet til individet og de individuelt tilpassede indsatser med hensynet til »almenvællets« behov for arbejdskraft. Lægekonsulenten har omvendt brug for sagsbehandlerens kendskab til borgerens samlede situation for at kunne rådgive og vurdere kvalificeret. Der må derfor i relation til jobcentrenes opgaver<sup>12)</sup> skabes nye samarbejdsformer mellem sagsbehandlere, behandlende læger og lægekonsulenter, der kan understøtte det socialfaglige arbejdes fokus på borgernes problemer, ressourcer og behov.

Læger, herunder lægekonsulenter, der går aktivt ind i både forebyggende og fastholdende indsatser og kan kombinere sociale, humanistiske aspekter med deres lægefaglige viden, bør stå øverst på ønskesedlen. Dette forudsætter klare retningslinier for alle læger, der arbejder med sociale sager, herunder at de f.eks. følger lægeløftet og underlægges kontrol fra Sundhedsstyrelsen, selv om de ikke har behandlende og diagnosticerende opgaver i klassisk forstand. Samtidig bør beskæftigelsesindsatsens fokus på planlægning, administration og kontrol, der iscenesætter sagsbehandleren som en skrivebordsbureaukrat, der hele tiden skal forbedre sine teknikker til at motivere eller disciplinere de syge og arbejdsløse, nedtones. Der er i den forbindelse brug for en mere tydelig faglig referenceramme, der i højere grad taler til de fagprofessionelles socialfaglige kompetencer og kan udvikle kundskabsgrundlaget i socialt arbejde ved sygdom og arbejdsløshed.

*Anette Skals er cand.scient.soc. og socialrådgiver med 12 års erfaring med kommunale sager på beskæftigelsesområdet. Hun er aktuelt ansat som adjunkt ved socialrådgiveruddannelserne på professionshøjskolen Metropol i København.*

<sup>12)</sup> Her tænker jeg også på udliciteringen af myndighedsopgaver jf. sygedagpengelovens § 19.



# Lægekonsulentens rolle er minimal

Af Bettina Post

Interessen for at debattere lægekonsulenters rolle i sociale sager har generelt slået mig med undren. Landsforeningen af Førtidspensionister, Socialpolitisk Forening og Retspolitisk Forening kunne i marts måned fylde hele Landstingssalen på Christiansborg til en konference om emnet. Konferencens oplæg, hvoraf jeg selv stod for ét, havde dog efter min vurdering en klar overvægt af stærkt kritiske røster, som snarere fokuserede på lægekonsulenter der overskrider deres beføjelser, end på deres formelle rolle. Konferencens første indlæg, som med stor energi blev fremlagt af læge Ellen Ryg Olsen, oplevede jeg som nærmest hadefuldt over for både lægekonsulenter og socialrådgivere. Kritikerne tegner et billede af magtfulde lægekonsulenter, som misbruger deres magt til at nægte ansøgere af forskellige ydelser deres rettigheder. Men lægekonsulenter har ingen magt. Snarere kan man betegne deres rolle som minimal, og formelt set relativt uinteressant. Det vender jeg tilbage til.

Indledningsvis vil jeg gerne slå to forhold fast: Det ene er, at der findes fagpersoner inden for alle fagområder, som ikke gør deres arbejde godt. Det er altid uheldigt, og det har altid konsekvenser for nogen – især når vi arbejder med mennesker. Men vi kan ikke lovgive os ud af det. Det andet er, at der altid vil være mennesker, som på grund af sygdom, ulykke eller nedslidning mister en del af eller hele deres arbejdsevne. Det kan vi heller ikke lovgive os ud af. Det er livets barske realiteter for nogle af os, og uanset hvor dygtige fagpersoner vi kan støve op, så vil der altid være nogen, som lander i den kedelige statistik. Sommetider kan jeg godt få fornemmelsen af, at både patientforeninger og sygdomsramte forventer, at det offentlige nærmest skal kunne forhindre ulykker i at ramme nogen, og når det ikke lykkes, så er der en tilsvarende forventning om, at det offentlige så i det mindste kompenserer for det. Det mener jeg ikke, er en rimelig forventning. Det offentlige kan ikke skåne os for, at livet sommetider er hårdt og uretfærdigt. Og der findes ikke en kompensation, som kan tage ulykken væk. Vi kan højst sætte et plaster på.

Med dette slået fast, anerkender jeg fuldt og helt, at de af os, som så rammes af ulykken, skal have en anstændig behandling. Det er en ekstremt sårbar situation, og hvorledes den kritiske periode, hvor behandling og udredning er på sit højeste forløber, er helt afhængig af de fagpersoner, der har opgaven. Det gælder også, når hjælpen handler om at udrede arbejdsevnen og beslutte en eventuel kompensation, hvad enten det er revalidering, fleksjob eller førtidspension. Der hviler altså et stort ansvar på det offentlige, ikke mindst socialrådgiverne, i disse sager og det skal indsatsen afspejle. »Vi skal gøre os umage«.

Diskussionen om lægekonsulenternes rolle i sociale sager er ikke ny. Det er imidlertid interessant, at lægekonsulenterne vækker så stor inte-

**Overvægt af stærkt kritiske røster, som snarere fokuserede på lægekonsulenter der overskrider deres beføjelser, end på deres formelle rolle**

**Der findes fagpersoner inden for alle fagområder, som ikke gør deres arbejde godt**

**Der findes ikke en kompensation, som kan tage ulykken væk. Vi kan højst sætte et plaster på**

**Lægekonsulenten en administrativ medarbejder, som er ansat af kommunen.**

**Først og fremmest til at hjælpe socialrådgiverne med at klarlægge indholdet af andre lægers udtalelser**

**Hvis lægekonsulenten kender ansøgeren, f.eks. fra en sideløbende praksis, så er han inhabil og må ikke udtale sig i sagen**

**Jeg er ret sikker på, at mange af de frustrationer som rettes mod lægekonsulentene, udspringer af noget andet end, at lægekonsulentene overskrider deres beføjelser**

resse, eftersom de, som nævnt indledningsvist, har en relativt lille rolle at spille. Helt kort fortalt er lægekonsulenten en administrativ medarbejder, som er ansat af kommunen. Først og fremmest til at hjælpe socialrådgiverne med at klarlægge indholdet af andre lægers udtalelser. Socialrådgivere er som bekendt ikke specialister i sygdom, vi er specialister i socialt arbejde. En stor del af vores arbejde med sygedagpengesager, og sager der i øvrigt handler om udredning af arbejdsevnen, handler imidlertid om helbred, hvor vi jo så må spørge nogen, som er lægefagligt uddannede. Typisk drejer spørgsmålene sig om, hvad status er i forhold til diagnose, behandlingsmuligheder og prognose, og dem sender vi til den behandlende læge og diverse relevante speciallæger. Dernæst beder vi lægekonsulentene om at oversætte, hvad lægerne skriver til os. Det yderste lægekonsulenten må, i forhold til at mene noget om indholdet af lægeerklæringerne, er at pege på, hvad der evt. mangler af oplysninger, for at få et fuldt billede af ansøgerens helbredssituation.

Det er ikke lægekonsulentens opgave at indhente lægeoplysninger eller efterprøve lægeoplysninger fra andre læger ved f.eks. at undersøge ansøgeren selv. Hvis lægekonsulenten kender ansøgeren, f.eks. fra en sideløbende praksis, så er han inhabil og må ikke udtale sig i sagen. Så må lægekonsulenten hverken træffe afgørelse, udtale sig om berettigelse eller luften synspunkter om, hvad konklusionen bør være.

Der er altså i retningslinjerne ingen slinger i valsen i forhold til, hvad lægekonsulenten skal og må. Lægekonsulenten har en rolle, der minder om en tolkefunktion. Hvis lægekonsulenten overskrider disse beføjelser, er det efter min bedste overbevisning et forhold, som arbejdsgiveren (kommunen) må drøfte med den enkelte lægekonsulent, som enten må rette op, eller drage de ansættelsesmæssige konsekvenser. *»Den er ikke meget længere end det!«*

Mit forsøg på at afmontere interessen (og det er som nævnt navnlig en voldsom kritik) for lægekonsulenten skal ikke forstås som, at jeg ikke mener, at behandlingen af ansøgninger om revalidering, fleksjob og førtidspension kan forbedres. Jeg er derimod ret sikker på, at mange af de frustrationer som rettes mod lægekonsulentene, udspringer af noget andet end, at lægekonsulentene overskrider deres beføjelser. Sommetider opstår frustrationerne fordi den praktiserende læge, som kender ansøgeren godt igennem mange år, har udtalt, at pension eller fleksjob nu ser ud til at være det eneste rigtige, uden at vide, at betingelserne for at opnå disse ydelser er skrappe. Og når lægen (som er en af de sidste professioner med reel autoritet) har sagt, at pension er løsningen, så skuffes ansøgeren naturligvis, når kommunen siger noget andet. I dette tilfælde bliver kommunen altså personificeret i lægekonsulenten. *»Det vil derfor være hjælpsomt, hvis vi alle sammen nøjes med at udtale os om det, vi har forstand på – for nu at sige det lidt skarpt.«*

Dernæst tror jeg, at en del af frustrationerne hos ansøgerne hænger sammen med den obligatoriske metode i disse sager – den såkaldte »arbejdsevnet metode«. Arbejdsevnet metoden blev indført sammen med førtidspensionsreformen i 2003, for at sikre større grundighed i udredningen af arbejdsevnen og større fokus på de resterende ressourcer i

relation til arbejdsmarkedet frem for det tidligere noget entydige fokus på begrænsningerne. Således udgør en stor del af metoden udfærdigelse af en »ressourceprofil«. Ressourceprofilen består af 12 »elementer«, som skal udredes i forhold til deres betydning for arbejdsevnen. Det drejer sig om; arbejdsmæssige erfaringer, uddannelse, interesser, bolig, økonomi, sociale netværk, sociale kompetencer, omstillingsevne, indlæringsevne, arbejdsrelaterede ønsker, præstationsforventninger, arbejdsidentitet og helbred. Det er en omfattende udredning, og for en del ansøgere virker det overvældende.

Fra tid til anden er socialrådgiverne ligefrem blevet beskyldt for at bedrive hetz mod sygemeldte og andre ansøgere til førtidspension, som oplever arbejdet med ressourceprofilen som en mistillidserklæring, i forhold til det der står i lægens papirer – eller det lægen har sagt jf. ovenstående. Men som det fremgår, er helbred kun ét element ud af 12, og det er ment som kun ét. En vurdering af arbejdsevnen omfatter altså et langt større fokus end det på helbredet. Jeg tror derfor, at vi i stedet for at stirre os blinde på lægekonsulenten, når sagerne ikke opleves tilfredsstillende, skal se på, hvad de politiske hensigter omkring hele beskæftigelsesindsatsen og overførselsindkomsterne er.

Der har nemlig i en årrække været et meget stærkt fokus på beskæftigelse, som har manifesteret sig som en slet skjult mistænkeliggørelse af alle, der er syge, langvarigt på sygedagpenge og kontanthjælp, som er fleksjobansøgere og ansøgerne af førtidspension. Beskæftigelsesministeren (navnlig den forrige) har ideligt påstået, at disse mennesker kan arbejde, hvis de gider. Denne mistænkeliggørelse hører man selvfølgelig også, når man er udsat for den, og det præger hele oplevelsen i negativ retning.

Et af de seneste skud på stammen er de nye regler om »en mere beskæftigelsesrettet indsats over for sygemeldte«, som mere end antyder en ny fortolkning af sygdomsbegrebet, som en tilstand man selv bestemmer, om man vil ud af. De nye regler rummer bl.a. et krav om, at alle sygemeldte efter otte uger skal i aktivt tilbud. Ideen er, at et aktivt tilbud er vejen til en raskmelding. Kravet er spundet ind i en række avancerede refusionsordninger, som gør det dyrt for kommunerne ikke at bekende sig til fornuften i, at vejen til en nedbringelse af sygefraværet er, at de syge rejser sig fra lejet. Det er det rene Jesus.

Om ikke så længe får vi højst sandsynlig også den længe, varslede evaluering af førnævnte førtidspensionsreform. Den kommer formentlig til at rumme en kritik af, at for mange der kan arbejde, får pension og formentlig et lovforslag, som mere eller mindre afskaffer begrebet »varigt nedsat arbejdsevne«. Der er altså politisk set et sejt træk i retning af, at man slet ikke skal kunne opnå (lang)varig forsørgelse, og at det heller ikke er nødvendigt. Samlet set baserer politikken sig nemlig på en forestilling om, at hvis vi officielt afskaffer sygdomsbegrebet ved at kræve, at alle sygemeldte skal arbejde, og hvis vi officielt afskaffer begrebet varigt nedsat arbejdsevne ved at sige, at det ikke eksisterer, så forsvinder både sygdomme og nedsat arbejdsevne. Det er selvsagt ren ønsketænkning og så er det ødelæggende for samarbejdet mellem

**Ressourceprofilen består af 12 »elementer«, som skal udredes i forhold til deres betydning for arbejdsevnen**

**De nye regler om »en mere beskæftigelsesrettet indsats over for sygemeldte«, som mere end antyder en ny fortolkning af sygdomsbegrebet, som en tilstand man selv bestemmer, om man vil ud af**

**Yderliggående betragtninger har det med at skabe modsatrettede yderligheder. I forhold til adgangen til revalidering, fleksjob og førtidspension**

**For at finde ud af, hvem der er hvem, skal der foretages en udredning af, hvad det er, der står i vejen for tilknytningen til arbejdsmarkedet**

**Socialrådgiverne skal have både arbejdsvilkår og kompetenceudvikling, som sikrer, at vi kan tage ansøgeren ordentligt i hånden igennem hele forløbet**

ansøgere til overførselsydelse og socialrådgiverne. For sådanne yderliggående betragtninger har det med at skabe modsatrettede yderligheder. I forhold til adgangen til revalidering, fleksjob og førtidspension, er der således ved at blive etableret en anden yderposition, som er tæt på at være den, at alle der søger om disse ydelser, skal have dem tildelt. De ved jo bedst selv, om de kan arbejde, og hvis de siger, at de ikke kan, så skal det nok passe.

Det er jeg uenig i. Jeg mener ikke, at man skal være berettiget til (lang)varig overførselsindkomst, blot fordi man ønsker sig det. Det holder den solidariske velfærdsmodel ikke til. Alle der kan bidrage, skal gøre det efter evne. Og alle, der ikke kan, skal kunne forlade sig på, at fællesskabet så sikrer forsørgelsen. For at finde ud af, hvem der er hvem, skal der foretages en udredning af, hvad det er, der står i vejen for tilknytningen til arbejdsmarkedet, og foretages en analyse af om der kan gøres noget for at minimere den barriere, eller om den er af en karakter, så den ikke kan afhjælpes. Så er vi tilbage hos lægekonsulenten.

Jeg har mange gange hørt ønsket om, at man som ansøger til de nævnte ydelser kan få en samtale med lægekonsulenten, i forbindelse med at der træffes beslutning i sagen. Ønsket begrundes i, at han jo er læge, og at han vel ikke kan vide, hvordan jeg har det, uden at han har talt med mig. Men det argument udspringer både af en misforståelse af, hvad lægekonsulenten skal og en følelse af, ikke at blive hørt og taget alvorligt.

Til det første vil jeg holde fast i, at det er en fordel, at lægekonsulenten er neutral. Det giver den bedste mulighed for, at der ikke tildes (lang)varige ydelser til nogen, som kan klare sig uden. Hvis arbejdet med ressourceprofilen er dygtigt gjort, giver det også den bedste mulighed for, at dem der ikke kan arbejde får det, de er berettigede til.

Til det andet vil jeg sige, at det er en følelse som skal tages dybt alvorligt. Det er ikke rimeligt, at man som en af dem, der er »ramt af ulykken« skal opleve at blive overset og overhørt i sin egen sag. Derfor skal socialrådgiverne have både arbejdsvilkår og kompetenceudvikling, som sikrer, at vi kan tage ansøgeren ordentligt i hånden igennem hele forløbet og løbende forklare rettigheder, pligter og vurderinger på en måde, så ansøgeren reelt føler sig inddraget i sin egen sagsbehandling.

Det er en udfordring for socialrådgiverne i en tid, hvor der er stadig mere fokus på rettidighed og refusion og stadig mindre på faglighed og kvalitet. Den udfordring må vi tage på os.

*Bettina Post er socialrådgiver og formand for Dansk Socialrådgiverforening. Hun har tidligere været ansat i arbejdsmarkedsuddannelserne (AMU) og i en række forskellige kommuner med alle dele af den kommunale sagsbehandling.*

# Er alvorligt sindslidende aldrig for syge til arbejdsprøvning – eller syge nok til at kunne sygemeldes?

## Eksempler fra psykiatrisk praksis med behandling af transkulturelle patienter

Af Søren Buus Jensen

Det ene tema for denne artikel er, at svært sindssyge patienter af anden etnisk herkomst nægtes mulighed for at søge førtidspension, og at de sendes i arbejdsprøvning mod behandlende psykiaters råd. Det sker via overskøn fra ikke-sundhedsfagligt personale i jobcentret, både med og uden brug af lægekonsulent.

Påbegyndelse af sag om førtidspension kræver som hovedregel, at relevante muligheder for at forbedre arbejdsevnen har været afprøvet i praksis. Der er mulighed for i særlige tilfælde at undlade dette, »hvis en sådan afprøvning vil være åbenbar formålsløs eller endog vil kunne indebære risiko for forværring af personens tilstand« (jf. Socialministeriets vejledning, 2007).

Denne vejledning er baseret på eksisterende faglig viden om bestemte sygdommes prognoser og behandlingsmuligheder. Blandt de eksempler, der kan nævnes er patienter med alvorlige sindslidelser. I praksis tolkes dette, som det blev udtrykt ved et møde med et jobcenter, at man enten er »kræftsyg i de sidste stadier eller er langtidsindlagt på Sct. Hans«.

Et andet tema er, at svært sindssyge patienter af anden etnisk herkomst nægtes anerkendelse af behandlende læges sygemelding, men trues på kontanthjælpen til at møde op. Psykisk sygdom synes ikke at være en god nok grund til at være sygemeldt.

Eksemplerne er mange fra dagligdagen i en psykiatrisk praksis beliggende i Københavns Kommune og med en stor population af transkulturelle patienter. Tilsvarende problemer findes også blandt de øvrige patienter, men den høje koncentration af specielt irakiske patienter er medvirkende til at synliggøre netop denne gruppes problemer. Således er 90% af de patienter, der har behov for støtte og vejledning fra klinikens socialrådgiver transkulturelle patienter.

En ny undersøgelse fra speciallægepraksis (Jensen, under udgivelse) peger i retning af, at der er en formentlig utilsigtet, men betydelig skævvridning i sagsbehandlingen af patienter med »dobbeldiagnosen«: anden etnisk herkomst og svær psykiatrisk lidelse, som det vil ses i de efterfølgende eksempler.

### Første eksempel:

Når lægekonsulent ikke skønnes nødvendig for sagens afklaring

**Svært sindssyge patienter af anden etnisk herkomst nægtes mulighed for at søge førtidspension**

**Svært sindssyge patienter af anden etnisk herkomst nægtes anerkendelse af behandlende læges sygemelding, men trues på kontanthjælpen til at møde op**



Behandlerne psykiater konkluderer i sin status til kommunen:

*»Patientens arbejdsevne er helbredsbetinget svært nedsat til det ubetydelige på grund af svær psykisk lidelse. Tilstanden må betragtes som varig. Der er ikke udsigt til, at behandlingen omend velindstillet kan bedre arbejdsevnen udover det nuværende niveau. Yderligere arbejdsprøvning må anses for åbenbar formålsløs og må frarådes på grund af risiko for forværring af tilstanden.«*

Visitationsteamet på jobcentret vurderer derefter:

*»Borgeren har ikke været tilstrækkeligt arbejdsprøvet og der er intet til hinder herfor, hvorfor der ikke kan påbegyndes pensionssag«.*

Patienten er en 55-årig irakisk kvote-flygtning, der kom til Danmark for ca. 12 år siden. Han har været i behandling i klinikken i ca. 1½ år med medicin kombineret med samtaler gennem tolk og inddragelse af ægtefællen. Han er fysisk svært handicappet på grund af fysiske følger efter tortur og med psykiske følger, hvor den traumatiske stresstilstand, PTSD for længst er afløst af alvorligere komplikationer i form af vedvarende personlighedsforandring. Under pres hører han stemmer og føler sig forfulgt (paranoid psykose). Skønt oprindeligt veluddannet, taler han ikke dansk. Han har ikke kunnet etablere sig på arbejdsmarkedet, men har med familie levet i adskillige år af kontanthjælp.

Psykiateren klager med patienten over afgørelsen. I forbindelse hermed forsøges det at finde en dialogpartner i form af en lægekonsulent, der har været med i sagen for at forstå den lægefaglige begrundelse for beslutningen. Med respekt for at det er de sociale myndigheder, der træffer beslutning om førtidspension, kan speciallægen jo ikke i det konkrete tilfælde have udtalt sig tydeligere om, at pensionering er den mest oplagte løsning.

Det viser sig, at der ikke er nogen sundhedsfaglig dialogpartner. Der har ikke været en lægekonsulent henover sagen. Jobcentret udtrykker, at det fra en socialfaglig vurdering heller ikke skønnes nødvendigt. Afgørelsen fastholdes, sagen sendes tilbage til den lokale socialforvaltning, hvor der ikke er lægekonsulent tilknyttet. Her bekræftes afslaget uden at klagens indhold synes at indgå i den skriftlige vurdering, der meddeles borgeren.

### Et andet eksempel

Ca. 40-årig tidligere soldat fra Mølleløstien med svære oplevelser ved fronten, behandlet i praksis gennem ca. 1½ år med medicin og samtaler gennem tolk. Han fremtræder initialt på overfladen venlig og imødekommende, men efterhånden bliver det klart, at han er psykotisk og paranoid. Han går på en akavet måde, for at undgå at bakterierne fra væggen i klinikken gør ham dødeligt syg. På gaden følger »de« efter ham, men smutter ind i opgangene, når han kigger efter, mens stemmerne skælder ham ud og truer ham både i dag- og nattetimerne.

Han får det klart bedre på den antipsykotiske behandling, men symptomerne ligger lige under overfladen. Han har ikke været på arbejdsmarkedet, i de mere end 10 år han har været i Danmark, men på mangeårig kontanthjælp. Han får afslag på at søge førtidspension. Der står

**»Borgeren har ikke været tilstrækkeligt arbejdsprøvet og der er intet til hinder herfor, hvorfor der ikke kan påbegyndes pensionssag«**

**Skønt oprindeligt veluddannet, taler han ikke dansk. Han har ikke kunnet etablere sig på arbejdsmarkedet, men har med familie levet i adskillige år af kontanthjælp**

Tematik



i begrundelsen, at man har lagt vægt på, at han lider af posttraumatisk stress, PTSD, og har smerter i armen som helbredsbedingede faktorer. Der tilrådes i stedet yderligere arbejdsprøvning.

Igen klages der sammen med patienten. Det præciseres, at patienten ikke blot lider af posttraumatisk stresstilstand, men er psykotisk (paranoid psykose) og i ret udtalt medicinsk behandling herfor, og at han i øvrigt har en lam arm og ikke blot smerter i den.

Patient og speciallæge orienteres siden om, at klagen ikke er taget til efterretning, da »der ikke er fremkommet væsentligt nyt i sagen«. Dette er signeret af en ikke sundhedsfaglig person, der ikke har haft nogen sundhedsfaglig konsulentbistand.

### Et tredje eksempel

Ca. 30-årig kvinde fra en krigszone i Mellemøsten. På overfladen venlig og imødekommende, men svært psykotisk. Hun hører truende stemmer, der skælder ud og griner af hende. Hun lukker sig inde og skoldbader sig i straf på badeværelset. Hun mener, at der er sammensværgelse i gang. Folk kan læse hendes tanker, når hun går på gaden. Folk i bussen holder øje med hende. Hun tåler stor dosis af antipsykotisk medicin, som hjælper på angsten og skruer ned for lyden af stemmerne.

Jobcentret melder tilbage, at *»mon ikke psykiateren overdriver, når hun er her, virker hun da altid så sød og smilende«*. Mod givet råd sendes hun i arbejdsprøvning trods skizofreni-diagnosen. Adspurgt bekræfter hun, at hun ikke taler om stemmerne derovre, *»man skal passe på«*, siger hun via tolken, *»de der er sikkert med i sammensværgelsen, så jeg lader som ingenting og smiler«*.

På et tidspunkt træder de psykotiske symptomer meget klart frem, og medicinen må omstilles. Patienten sygemeldes igen, men hun får at vide, at det ikke er acceptabelt, og at hun vil blive trukket i kontanthjælp, hvis hun ikke møder op.

### Lægekonsulenter og 2<sup>nd</sup> opinions

I dette tilfælde udtaler kommunens lægekonsulent sig ud fra et år gamle papirer, at den behandlende læges diagnose nok er forkert. Det kan for eksempel ikke passe, at patienten hører stemmer. Det på trods af psykiaterens ret præcise beskrivelse af stemmernes form og indhold, ægtefællens beretning om at patienten går rundt om natten og taler med imaginære personer og bekræftelse også fra tolken, der har fulgt med patienten rundt til almen praksis, socialrådgiver og kommune. Så der må betales for en 2<sup>nd</sup> opinion, uden at man finder anledning til en dialog med den behandlende læge.

Andre gange bruges der »2<sup>nd</sup> opinions« fra en anden speciallæge i psykiatrien. Det er jo et velkendt og til tider udmærket princip i behandling og vurdering. Det er jo blot ikke sådan, at 2<sup>nd</sup> opinionen altid er den mest rigtige ved forskellige vurderinger. Der er forskel på, og måske særligt ved psykotiske/mistroiske transkulturelle patienter, hvad man kan få at vide ved en engangssamtale i forhold til et årelangt forløb – også selv om vi alle jævnligt afgiver engangsvurderinger og gør os umage hermed.

**Igen klages der. Det præciseres, at patienten ikke blot lider af posttraumatisk stresstilstand, men er psykotisk og i ret udtalt medicinsk behandling herfor, og at han i øvrigt har en lam arm og ikke blot smerter i den**

**Kommunens lægekonsulent udtaler sig ud fra et år gamle papirer, at den behandlende læges diagnose nok er forkert. Det kan for eksempel ikke passe, at patienten hører stemmer**

Det bliver ekstra problematisk, når man socialfagligt indkalder en ny vurdering, selv om lægekonsulenten er enig med den behandlende psykiater. Jeg har set udtalelser i retning af »vi må hellere få en anden uvildig psykiater« – eller en »psykiater med forstand på psykoser«. Man får tanken, om der spørges, indtil man får det svar, man ønsker – og måske netop ikke ender med en uvildig vurdering.

### Brug af tolkehjælp

Blandt transkulturelle patienter, der har været i behandling i mere end et år (og hvor mere end 90% havde været mere end 10 år i landet), havde alle fortsat brug for tolk i behandlingsforløbet (Jensen, under udgivelse). I gentagne eksempler fra jobcentrenes mange projekter høres det, at mange foretrækker samtalen uden tolk, »så er man mere lige«, men med en stor risiko for, at man taber væsentlig information om relevante psykiske helbredsforhold, som patienterne ikke kan kommunikere på dansk og at patienterne nok ikke føler sig helt så lige.

### Konklusion og forslag

De tre eksempler er fra Københavns Kommune. Her har man i forhold til sammenlignelige kommuner som Odense, Århus og Brøndby en betydeligt lavere tilkendelse af førtidspension pr. 10.000 indbyggere i 2008: henholdsvis 68, 69, og 60 i de tre kommuner vs. 17 i København (Kolodziejczyk m.fl. 2009). Sammenligner man transkulturelle patienter med de øvrige, er der langt flere i den transkulturelle gruppe, der er førtidspensionsansøgere på kontanthjælp (Jensen, under udgivelse).

Eksemplerne peger i retning af, at der både med og især uden brug af kommunal lægekonsulent bliver foretaget sundhedsfaglige vurderinger og overskøn af ikke-sundhedsfagligt personale. Dette har langtrækkende konsekvenser psykosocialt og helbredsmæssigt. Der bliver måske endda kun en hårfin afstand til kvaksalveriloven, når sagsbehandlere i jobcentret overskønner behandlende speciallæges vurdering af f.eks. risiko for forværring af tilstanden ved arbejdsprøvning og sætter syge i anden kur end den, som lægen har vurderet som bedst.

Eksemplerne peger også i retning af, at der er enten en mangel på viden eller en manglende brug af viden om psykiske lidelser i det sociale system, hvor en socialfaglig baggrund ikke altid er en del af den faglige ballast. Der er også tegn på, at dette og manglende brug af tolk betyder, at transkulturelle patienter og førtidspensionsansøgere er oppe mod sværere odds end de øvrige patienter.

### Forslag

- Socialministeriets vejledning om undtagelsesmuligheder for arbejdsprøvning til alvorligt sindslidende førtidspensionsansøgere (2007) bør indskærpes og præciseres, således at bestemmelserne kan anvendes i en mere transparent praksis på tværs af kommunerne.
- Borgernes ret til at kunne sygemeldes på grund af helbredsmæssige forhold må fastholdes. Som praksis er mange steder, ser det ud som

**I gentagne eksempler fra jobcentrenes mange projekter høres det, at mange foretrækker samtalen uden tolk, »så er man mere lige«**

**Der bliver måske endda kun en hårfin afstand til kvaksalveriloven, når sagsbehandlere i jobcentret overskønner behandlende speciallæges vurdering af f.eks. risiko for forværring af tilstanden ved arbejdsprøvning**

om, at psykisk sygdom ikke er godt nok til at blive sygemeldt, og at der er meget kort til truslen om, at kontanthjælpen inddrages, hvis man ikke møder op. Patienter med psykisk sygdom bør i perioder undervejs kunne sygemeldes f.eks. i forbindelse med akut forværring af tilstanden og omstilling af behandling.

- Udvikling af særlige projekter, inddragende kvalificeret sundhedsfagligt personale, hvor der etableres en relevant vurdering, før man sender patienten til arbejdsprøvning – projekter, som særligt rettes mod alvorligt sindslidende transkulturelle patienter.
- Øget opmærksomhed blandt patientforeninger og netværk (se det nye forum [www.psykisksaarbar.dk](http://www.psykisksaarbar.dk)) på de transkulturelle patienters særlige behov. Der mangler et advokatur for denne gruppe patienters rettigheder.
- Bedre brug af tolkning ved sværere sindslidelser, hvor der er særligt behov for professionalisme og kontinuitet også i forhold til tolkens rolle. Udsigten til nye bestemmelser om selvbetaling og risiko for diskontinuitet i tolkevalg gør hele denne problematik yderligere vanskelig.

Sammenfattende er der behov for en bedre kommunikation, mere kunnen og mere opmærksomhed på lægekonsulenternes rolle, både når de bruges for lidt, og når de bevæger sig uden for deres kompetence. Det kræver en opstramning af dialogen mellem de behandlende læger og lægekonsulenterne i kommunen, som formidlere mellem sundhedsvæsen og den socialfaglige vurdering. Denne artikel eksemplificerer problematikken for en psykisk sårbar gruppe. Dens ærinde er at udfordre os alle til at fremme dialogen og lægge op til, at vi bliver dygtigere til at tage velfunderede beslutninger under udvisning af rettidig omhu.

*Note: De refererede eksempler er modificeret af hensyn til anonymitet.*

*Søren Buus Jensen, dr.med. er speciallæge i psykiatri og driver psykiatrisk praksis i Københavns Kommune. Han har gennem mere end 20 år arbejdet med transkulturel psykiatri både i Danmark og under en række internationale ansættelser for bl.a. WHO, UNICEF i krigszoner specielt i Afrika. (Hjemmeside [www.psykiateren.net](http://www.psykiateren.net))*

#### Referencer

- Jensen, Søren Buus: *Konsekvensen af komplikationer til posttraumatisk stress for udkomne af behandling og psykosocial prognose blandt transkulturelle patienter i psykiatrisk praksis.* Under publicering.
- Kolodziejczyk, Christophe, Henrik Lindegaard Andersen, Kræn Blume Jensen og Signe Hald Andersen (2009): *Kommunernes tilkendelse af førtidspension og visitering til fleksjob.* AKF Working paper 2009 (10).
- Socialministeriets *Vejledning om Førtidspension fra 1. januar 2003.* Vejledning nr. 55 af 31.8.2007.

**Der er behov for en bedre kommunikation, mere kunnen og mere opmærksomhed på lægekonsulenternes rolle, både når de bruges for lidt, og når de bevæger sig uden for deres kompetence**

# Faglige og etiske problemer ved kommunal ansættelse af lægekonsulenter

Af Ellen Ryg Olsen

## Lægeløftet og etiske regler for læger

De kommunalt ansatte lægekonsulenter arbejder i de fleste kommuner i et fagligt vakuum. Alle læger kan blive konsulent i kommunen, og der findes ingen krav om, at konsulenterne skal referere til en lægegruppe inden for området social- og samfundsmedicin.

Det er måske derfor, at gruppen af lægekonsulenter, støttet af Lægeforeningens manglende interesse for området<sup>1)</sup>, kan lade hånt om de regler, der gælder for lægeligt arbejde. Der er nemlig nogle overordnede regler, der konstituerer virket som læge. Det er blandt andet lægeløftet, samt nationale og internationale etiske regler for læger.

Lægeløftet har for nylig været diskuteret blandt andet i Ugeskrift for Læger, og formanden for Lægeforeningens etiske udvalg Poul Jaszczak udtalte den 23. januar 2009 til Kristeligt Dagblad, at løftet oprindeligt handlede om at løsrive lægen fra magthavernes politiske stridigheder og påvirkninger. Lægeløftet gælder stadig og formålet gælder stadig, så udfordringen er at få de arbejdsbetingelser, der gælder for at udføre lægeligt arbejde, så fagligt gode som muligt, og så fjernt fra »magthavernes politiske stridigheder og påvirkninger« som muligt. Det gøres ikke ved at være direkte knyttet til forvaltningen.

Som det står i etiske regler for læger, § 10, om lægelig uafhængighed, habilitet mv.: »En læge bør i sin lægelige virksomhed sikre sig uafhængighed af uvedkommende interesser og bindinger, der vil kunne påvirke lægens bedømmelser og handlinger. Lægen bør herunder sikre, at uafhængigheden er synlig og fremstår som troværdig. Endvidere bør lægen drage omsorg for, at der er størst mulig åbenhed om de bedømmelser og handlinger, lægen foretager.« (min fremhævelse).

## Man skal se den patient, hvis helbredstilstand man udtaler sig om

Rent lægeetisk gælder det også, at man skal se den patient, hvis helbredstilstand man udtaler sig om. Dette står nedfældet i Internationale regler for lægeetik, hvor der i afsnittet om lægens generelle pligter står: »En læge må kun attestere, hvad han personligt har observeret.«

<sup>1)</sup> Møde i Lægeforeningen med deltagelse af Lægeforeningens administrerende direktør Bente Hyldahl Fogh, formand for Praktiserende Lægers Organisation, medlem af Lægeforeningens bestyrelse Michael Dupont, samt juridisk konsulent Per Fraulund Sørensen, der mødtes med et udvalg fra Socialpolitisk Forening og Dansk Retspolitisk Forening bestående af læge Bente Rich, læge Ellen Ryg Olsen og cand.jur. Jannie Dyring den 16. september 2008.

**Udfordringen er at få de arbejdsbetingelser, der gælder for at udføre lægeligt arbejde, så fagligt gode som muligt, og så fjernt fra »magthavernes politiske stridigheder og påvirkninger« som muligt. Det gøres ikke ved at være direkte knyttet til forvaltningen**

Men ud over dette med at man ikke må, så er det vel åbenlyst for alle klinisk arbejdende læger, at man ikke kan. Man danner sig billeder af de ord man ser, men det er ord andre har skrevet ud fra deres viden, kunnen og opfattelsesevne. Hvis man skal gøre dem til sine, skal man se den person, det drejer sig om.

Til dette svarer forvaltningen, at de bare bruger lægerne som fortolkere af andres udsagn, men selv dér holder det ikke. Ingen kan fortolke uden at se og møde. Hvis forvaltningen har brug for oversættere af lægelatin, ville det da være mere indlysende at ansætte lægesekretærer. De er vant til at tolke det kaudervælsk, som latinen har udviklet sig til i lægernes skrift og tale.

### Man skal fortolke og vurdere

Lægerne i forvaltningen skal fortolke og vurdere andre lægers udsagn, og ud fra disse komme med deres vurdering af helbredsoplysningers betydning for arbejdsevnen. Det skal understreges, at disse vurderinger skal indgå som et delelement i den samlede ressourcevurdering.

Det er ikke en let opgave at afgøre, hvad en anden person kan eller ikke kan, selv med en fuld anvendelse af ressourcevurderingen. Dette er især svært, hvis man a priori ikke stoler på det menneske, man har med at gøre. Man har dog mulighed for at samarbejde om et arbejdsprøvningsforløb, der kunne være med til at afklare, om man stadig, måske efter revalidering eller under særligt hensyntagende forhold, ville kunne komme i gang igen. Her er det vigtigt at mærke sig ordet og betydningen af ordet samarbejde. Hvis man blot anvender et arbejdsprøvningsforløb helt automatisk, nærmest som en mistænkeliggørende straf, uden at involvere nogen form for socialfaglig/medicinsk viden eller kunnen, for ikke at tale om ønsker hos den person det drejer sig om, så får man den slags destruktive forløb, som efterhånden er så veldokumenterede<sup>2)</sup> <sup>3)</sup>.

Den anden mulighed er i højere grad at stole på de praktiserende læger og speciallæger, der faktisk har undersøgt og behandlet de mennesker, det drejer sig om. Praktiserende psykiater Peter Østergård fra Middelfart fortalte på konferencen om Lægekonsulenternes rolle i de kommunale forvaltninger<sup>4)</sup>, hvordan aktiverings- og arbejdsprøvningsforløb i visse tilfælde gik durk imod det behandlingsarbejde, han var i gang med, hvilket kunne være med til at forværre og kronificere patienternes psykiske lidelser.

Praktiserende læge Åke Åkesson fra Mörbylånga Vårdcentral i Sverige fortalte om, hvor rystet han blev, da han efter fem års forskning vendte tilbage til praksis og oplevede, at hans udsagn om en patients sundhedstilstand blev mistænkeliggjort, eller rent ud ikke accepteret af forvaltningens læge. Han var dog den, der om nogen, kendte til den pågældende persons helbredstilstand. Der var i den mellemliggende tid sket den stramning i Sverige, som er sket over en meget længere periode

<sup>2)</sup> Olsen ER: »Syge på tvangsarbejde«, Gyldendal 2005.

<sup>3)</sup> Socialpolitik: 3.2008. Tema »Tvinger vi syge mennesker i arbejde«.

<sup>4)</sup> Lægekonsulenternes rolle i kommunerne. Konference onsdag den 18.marts 2009. Materialet findes på [www.socialpolitisk-forening.dk](http://www.socialpolitisk-forening.dk)

**Man danner sig billeder af de ord man ser, men det er ord andre har skrevet ud fra deres viden**

**Det er ikke en let opgave at afgøre, hvad en anden person kan eller ikke kan, selv med en fuld anvendelse af ressourcevurderingen. Især, hvis man a priori ikke stoler på det menneske, man har med at gøre**

Tema



i Danmark, på en måde, så vi næsten har mistet sansen for, hvad det faktisk er, der går for sig.

### Lægerne ud af forvaltningen

Hvis man ikke vil stole på det enkelte menneske, og heller ikke vil stole på de behandlende læger, kunne man anbefale, at der blev sikret lægekonsulenterne nogle arbejdsbetingelser, der fritog dem for mistanke om, at de mere gik kommunens/politikkernes ærinde, end fagligt godt er. Hvis lægekonsulenterne blev knyttet til socialmedicinske enheder, og ikke til forvaltningerne, kunne det fremme fagligheden, og fritage både læger og kommuner for mistanken om urent trav.

**Hvis lægekonsulenterne blev knyttet til socialmedicinske enheder, og ikke til forvaltningerne, kunne det fremme fagligheden, og fritage både læger og kommuner for mistanken om urent trav**

### Synlig og troværdig uafhængighed

For at sikre en synlig og troværdig uafhængighed bør den socialmedicinske funktion således flyttes ud af kommunen og forankres i institutioner, der med fagligt ansvarlige ledende læger fremmer fagets videre udvikling med rod både i den lægelige verden og i forvaltningens verden.

Man kunne på den måde komme ud over, at magthavere kan afgøre, hvad en læge må eller ikke må. Overordnet set kan ingen ministre bestemme, hvad en læge må udtale sig om, og ingen borgmestre kan begrænse, hvilke konklusioner en læge må drage. Det er alene et spørgsmål om at levere et fagligt velbegrundet, etisk forsvarligt arbejde. Da det i forbindelse med samarbejde med forvaltninger, ofte drejer sig om vurderinger af komplekse socialmedicinske situationer, vil det være naturligt at henvende sig til den del af lægestanden, der er uddannet til dette, nemlig de kliniske socialmedicinere. De kan så inddrage oplysninger fra andre specialer og især oplysninger fra patientens egen læge, der kan danne baggrund for den endelige socialmedicinske vurdering, der som en selvfølge foretages ud fra de parametre, som udgør fagets kerne – parametre, som også er kendt i forvaltningens verden som en del af den såkaldte ressourcevurdering.

Dette er blandt andet søgt praktiseret til en vis grad i Aalborg, Århus, Odense og Region Midtjylland. København derimod, der har massive socialmedicinske problemer, har ikke organiseret et fagligt miljø, hvori de mange lægekonsulenter, der er ansat på de forskellige lokalkontorer og jobcentre, kan samarbejde og videreudvikle deres fag.

Problemerne må tages alvorligt, og man må i gang med at arbejde for en fagligt ansvarlig og etisk korrekt løsning i de relevante organer i Lægeforeningen.

*Ellen Ryg Olsen er afdelingslæge ved RCT, Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre. Hun er tidligere lægekonsulent i kommunen og i revalideringsinstitution.*



# Rette smed for bager og gå over åen efter vand

Af Jens Hilden

Replik til Ellen Ryg Olsen om lægekonsulenterne i kommunerne

## Fald i fagligheden

Der sker uhyggelige stramminger i socialpolitikken i disse år. Det er vel kommunernes stramme økonomi og regeringens lovmæssige stramminger som virker sammen. Man kan faktisk ikke rigtig genkende den nye virkelighed. Det er sket gennem mange år, men nu tager det fart. Det sker ikke mindst i København, som er mit seneste erfaringsgrundlag; her oplever man, at strammingerne er kombineret med et fald i fagligheden<sup>1)</sup> <sup>2)</sup>.

Når man tager en patient ind fra venteværelset ved man sjældent, hvad det handler om. De er ikke kun syge, de er også »systemsyge«, de venter på en udsigtsløs arbejdsprøvning, som de frygter, de søger en førtidspension, de ikke får. De skal til samtale på jobcenteret eller en af underentreprenørerne, som man ikke kender, og som det er umuligt at komme i kontakt med. Får man endelig kontakt med en sagsbehandler, kender sagsbehandleren ikke patienten, og man kender selv ikke sagsbehandleren, og sagsbehandleren kender ikke en, selv om man har været praktiserende læge i kommunen gennem 30 år. Det eneste sagsbehandleren ved, er, at det ikke kan lade sig gøre, de rigide regler skal overholdes, det er det eneste der er helt sikkert.

Der skal en arbejdsprøvning til. Når arbejdsprøvningen med nød og næppe er gennemført, så tillægges resultatet ikke betydning; for spørgsmålet om patienten ikke ville eller ikke kunne, er man ikke kommet nærmere. Der skal så en speciallægeerklæring til, for her kan man få sat ord på den nedsatte funktionsevne. Når den foreligger, er de medicinske behandlingsmuligheder ikke helt udtømte, og sagen kan starte forfra igen, og den fortsætter og fortsætter. Det er svært i hele landet, men måske værst i København.

## Ressourceprofilen blev en sygejournal

Udviklingen startede med den fornuftige aktivlinje, med neddæmpning af den alt for dominerende fokusering på det helbredsmæssige, fulgt op af værktøjer som ressourceprofilen, men den er endt med en massiv uprofessionel sagsbehandling, hvor hverken det sociale eller det helbredsmæssige vægtes. I de få sager, der fører til førtidspension, fokuse-

**I København, oplever man, at strammingerne er kombineret med et fald i fagligheden**

**Når arbejdsprøvningen med nød og næppe er gennemført, så tillægges resultatet ikke betydning; for spørgsmålet om patienten ikke ville eller ikke kunne, er man ikke kommet nærmere**

<sup>1)</sup> Jens Hilden: *En 68'er, læge på Nørrebro 1980-2008* i Nørrebrohistorier – Fra fedtemadder til Fædregruppen. Udg. af Nørrebro Lokalhistoriske Forening og Arkiv.

<sup>2)</sup> Thorsen T., & Thomsen CH.: *Den praktiserende læge, sygemeldingen og samarbejdet med socialforvaltningen*. Månedsskr. Praktisk Lægegerning 2006;84:529-40.

**Vi kommer til at blåstemple, at syge udsættes for helbredstruende arbejdsprøvnings og ikke får den pension deres funktionsniveau berettiger dem til**

**Kommunerne har hidtil henvist til, at lægerne var konsulenter, og at de dermed selv skulle finansiere deres efteruddannelse. Kommunerne burde derimod finansiere lægekonsulenternes efteruddannelse**

rer man næsten udelukkende på det helbredsmæssige<sup>3)</sup>. Et skridt frem og tre tilbage med samme skævvridning.

Foran os står resultatet af endnu flere stramminger, senest i form af aktivering efter 8 ugers sygedagpenge.

### Lægekonsulenternes faglighed

Hvor er så lægekonsulenterne henne i denne nedtur spørger Ellen Ryg Olsen. Ja, man kunne også spørge hvor er socialfagligheden henne?

Hun mener, at det i bedre tider ikke krævedes en så velbaseret socialmedicinsk faglighed at være lægekonsulent, men at det – som tingene har udviklet sig – kræves at lægekonsulenterne er mere rustet socialfagligt, idet vi ellers kommer til at blåstemple, at syge udsættes for helbredstruende arbejdsprøvnings og ikke får den pension deres funktionsniveau berettiger dem til.

Det kan hun have meget ret i, men hendes løsningsforslag er problematiske. Hun foreslår, at lægekonsulenterne ikke er ansatte i kommunen, men at de kommer udefra fra en instans over kommunerne, fra regionen? Eller fra centraladministrationen ligesom embedslægerne? Ja, hun anfører endog, at besværlighederne startede, da lægerne blev knyttet til kommunen som direkte ansatte lægekonsulenter. Men man kunne lige så godt – igen – spørge hvor er socialfagligheden henne? Det er vel næppe lægekonsulenterne, der har spoleret den.

At hente lægerne udefra eller oppefra løser jo ikke, at socialfagligheden lider. Lægekonsulenten kan tværtimod bidrage til at højne den ved at placere det helbredsmæssige, hvor det hører til i sagerne.

I stedet for at hente lægerne udefra skulle man hellere sikre lægekonsulenterne faglighed gennem uddannelsen af lægerne, ved at styrke grunduddannelsen og ved kurser og faglige selskaber. Kommunerne har hidtil henvist til, at lægerne var konsulenter, og at de dermed selv skulle finansiere deres efteruddannelse. Kommunerne burde derimod finansiere lægekonsulenternes efteruddannelse og faglige tilknytning i kombination med krav til lægerne herom.

Ellen Ryg Olsen rejser dernæst tvivl om de kommunalt ansatte lægers integritet. Selvfølgelig lader lægekonsulenten sig påvirke af den kommune, som lægen er ansat i – heldigvis, men kommunerne lader sig vel også påvirke af lægekonsulenten. Lægen kan være med til at højne det faglige niveau i socialforvaltningen. Hvis det er fagligheden, der er et af de grundliggende problemer, hjælper det ikke at hente lægefagligheden udefra, tværtimod. Så sker der det samme, som når kommunerne udliciterer opgaver til underentreprenører, hvor de fagligt stærke medarbejdere kan søge over til en bedre løn. Når disse underentreprenører så ophører, forankres deres faglighed i den blå luft.

### Kliniske socialmedicinere

Ellen Ryg Olsen foreslår, at kliniske socialmedicinere står for vurderin-

<sup>3)</sup> Jens Hilden: *Selvopfyldende profetier og udviklingen på pensionsområdet*. Ugeskrift for Læger 2009;171(23):1959.

gerne. Det er ikke med vurderinger, der kommer udefra – om end nok så fagligt i orden – det er i dialog med sagsbehandlerne fagligheden skal højnes. Skulle kommunen også bruge udefra kommende arkitekter, ingeniører og jurister? Det ville være et tilbageskridt til den gang vi havde en central invalideforsikringsret.

### Dobbeltadministration

Ellen Ryg Olsen foreslår dernæst, at lægen der, kommer med sin vurdering, selv skal se den patient, hvis helbredstilstand han/hun udtaler sig om. Hun hæfter sig dels ved det formelle, at en læge kun må attestere, hvad han personligt har observeret, men dernæst ved, at man ikke kan: »Der er ikke en læge, der ikke har været ude for at blive meget forbavset, når de så en patient, efter at have læst beskrivelsen i papirerne. Man danner sig hver især billeder af de ord man ser, men det er ord andre har skrevet ud fra deres viden, kunnen og opfattelsesevne, og hvis man skal gøre dem til sine egne, skal man se og tale med den patient, det drejer sig om«. Hertil er at svare, at det ikke er attester, lægekonsulenterne skal skrive. Det er vurderinger på linje med andre vurderinger i sagerne. Som praktiserende læge ved man, at det indtryk man får ved en (første) konsultation må revideres løbende ved de følgende. Det gælder ikke mindst, når det drejer sig om vurdering af, hvor meget en patient kan bevæge sig fra en fastlåst situation ved f.eks. funktionelle lidelser og misbrug, som hyppigt er situationen i sociale sager<sup>4</sup>). Skulle man acceptere Ellen Ryg Olsens synspunkt, burde man kræve, at den kliniske socialmediciner så klienten flere gange i forløbet. Det er en ganske urealistisk og urimelig dobbeltadministration, ikke mindst i en tid med lægemangel og et fåtal af kliniske socialmedicinere.

*Jens Hilden er speciallæge i almen- og socialmedicin. Han har været alment praktiserende læge i 1980-2008 på Nørrebro og lægekonsulent i socialforvaltningen i Københavns Amt, Frederiksberg og København Kommune i 1978-2006.*

**Skulle man acceptere Ellen Ryg Olsens synspunkt, burde man kræve, at den kliniske socialmediciner så klienten flere gange i forløbet. Det er en ganske urealistisk og urimelig dobbeltadministration, ikke mindst i en tid med lægemangel og et fåtal af kliniske socialmedicinere**

<sup>4</sup>) Nanna Mik-Meyer og Mette Brehm Johansen: *Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser*. Samfundslitteratur, København 2009.

# De kommunale lægekonsulenter, klageadgang og habilitet

Af Thora Brendstrup

**Begge klagesystemer sikrer en rimelig kontrol med aktiviteterne i sundhedssektoren**

**I det kommunale system bliver der ikke foretaget en sundhedsfaglig vurdering af kommunallægens udtalelser. Der bliver foretaget en forvaltningsmæssig vurdering af klagen i sagen**

**Som kommunalt ansat lægekonsulent deltager man per definition i mistænkeliggørelse af borgeren**

## Klageret

I sundhedssektoren er det en almindelig rettighed, at man kan klage over den behandling man får af lægerne – og af andre sundhedspersoner. Det er en rettighed, der afspejler sig i to forskellige regelsæt: Dels kan man klage over den faglige karakter af den behandling eller undersøgelse, man har gennemgået (patientforsikringen). Dels kan man klage over sundhedspersonens personlige opførsel (patientklagenævnet). Begge klagesystemer sikrer en rimelig kontrol med aktiviteterne i sundhedssektoren.

Der gælder imidlertid helt andre regler, hvis man som læge er ansat i det kommunale system. Her er der tale om, at kommunallægerne er underlagt klagereglerne for kommunal forvaltning. Man kan altså klage over sin sagsbehandling i eksempelvis jobcentret. Man kan også i sin klage fremhæve, at det er kommunallægens udtalelse i ens sag, man klager over. Men man kan ikke isoleret klage over kommunallægens udtalelser.

Forskellen mellem de to sæt klageregler er, at i det kommunale system bliver der ikke foretaget en sundhedsfaglig vurdering af kommunallægens udtalelser. Der bliver foretaget en forvaltningsmæssig vurdering af klagen i sagen.

Hvilken betydning har det, at kommunallægens vurdering ikke er underlagt samme klagerettigheder som lægerne i sundhedssektoren er underlagt? I Danmark er vi vant til, at en lægelig vurdering foretages med henblik på at fremme personens sundhed mest muligt. Klagesystemet i sundhedssektoren varetager klart dette formål. I det kommunale system foretages imidlertid en vurdering af, om en afgørelse er korrekt i henhold til gældende sociallovgivning. Det er noget helt andet.

## Habilitet

De sager, som de kommunalt ansatte lægekonsulenter involveres i, omfatter som regel borgerens ret til offentlig understøttelse. Borgeren er altså i færd med at bede om penge fra det offentlige. Retsgrundlaget i disse sager er i bund og grund, at borgeren er fuld af løgn om sit handicap indtil det modsatte er bevist. Man bliver altså mødt med mistro om, at man vil snyde sig til penge, indtil man har dokumenteret, at man er syg.

Som kommunalt ansat lægekonsulent deltager man per definition i denne mistænkeliggørelse af borgeren. Uanset, hvordan man selv opfatter sin position, og uanset et dybtfølt ønske om at gøre det bedst mulige for borgeren.

Det er min vurdering, at lægen altid vil blive bedømt i forhold til den,

der aflønner ham/hende. Klare eksempler på dette er lægekonsulenterne, som vurderer erstatningssager for forsikringsselskaberne. De lønnes for at mindske selskabernes udgifter i sagerne. Læger, der er konsulenter for Arbejdsskadestyrelsen, tjener statens interesse i at mindske erstatninger mest muligt. Læger, der er tilknyttet medicinalindustrien, har nu pligt til at offentliggøre dette i deres videnskabelige artikler som udtryk for, at konklusionerne i deres artikler er præget af deres personlige aflønninger.

At læger altid udtaler sig neutralt og udelukkende sundhedsfagligt er altså efter min opfattelse noget vrøvl. Forestillingen om neutralitet stammer fra en tid, hvor læger kun var ansat i den offentlige sundhedssektor og ikke kunne antages at dyrke andre interesser end patienternes ve og vel.

### Den kommunallægelige service

I det kommunale system er det erfaringen, at lægens udsagn har meget stor betydning for sagens afgørelse, også selvom vurderingen hos kommunallægen er den stik modsatte af, hvad andre læger i sagen er kommet frem til.

Her er det så, at manglerne i klagesystemet får betydning. Lad mig tage et par eksempler:

*»Kroniske lænderygsmarter hos 47-årig jord- og betonarbejder. Ryger 1-2 cigaretter daglig. Rygsmarterne kan afhjælpes, hvis han ophører med rygningen. Er således ikke berettiget til pension.«*

*»53-årig rengøringsassistent med kroniske skulder-nakkesmerter. Har uafklaret sag i Arbejdsskadestyrelsen. Det er velkendt, at man ikke kan blive rask, så længe man kører erstatningssag...«*

Citaterne er mine erindringer om to kommunallægelige udtalelser. Begge udtalelser strider imod min lægelige vurdering i de to sager. Det er korrekt, at rygning har sammenhæng med kroniske lænderygsmarter, men i det konkrete tilfælde er tobaksforbruget så ringe, at det fagligt set ikke kan forklare borgerens lænderygsmarter. Det er også korrekt, at en erstatningssag, eksempelvis en arbejdsskadesag, kan forlænge smerter og sygefravær, men at det forhindrer helbredelse, er aldrig påvist.

I de to eksempler er der således tale om forkerte lægefaglige vurderinger. Og dem kan der altså ikke direkte klages over.

Jeg støtter, at den kommunallægelige service lægges ud i selvstændige sociallægelige enheder i kommunerne, helst sådan, at kommunallægen kan tage borgeren ind til samtale, så borgeren føler sig hørt i sagen.

Om det sociale systems mistænkeliggørelse af borgeren kan afhjælpes, er en helt anden – og vigtig – debat.

*Thora Brendstrup er speciallæge i arbejdsmedicin, PhD og ansat som bedriftslæge i Københavns Kommune. Hun har gennem tyve år været tilknyttet 3F og andre fagforbund som lægekonsulent til vurdering af arbejdsskadesager. Hun har som eneste danske læge haft hovederhverv i fagbevægelsen.*

**At læger altid udtaler sig neutralt og udelukkende sundhedsfagligt er efter min opfattelse noget vrøvl**

Temas

Temu



# Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser

Af Nanna Mik-Meyer og Mette Brehm Johansen,  
Samfundslitteratur, Frederiksberg

*Bog anmeldelse af Tove Rasmussen*

Bogen beskæftiger sig med et af de områder i de sociale og sundhedsmæssige systemer, som volder store besværligheder både i systemerne internt og for de mennesker, der er hovedpersoner. Det er de langvarigt sygemeldte personer med de såkaldte »diffuse lidelser« som f.eks. smerter i hele eller dele af bevægeapparatet, træthed, svimmelhed, hovedpine, depression og/eller stress. Det centrale problem i systemerne kan beskrives ved at der enten ikke kan knyttes nogen klar, legitimerende og hermed magtfuld diagnose til lidelserne eller at disse diagnosticeres i kategorier, der knyttes tvivl til, f.eks. depression (når der ikke er tale om dyb depression), fibromyalgi, piskesmæld eller stress. De her undersøgte sygedagpengemodtagere har været sygemeldt fra én måned (en person) og helt op til 72 måneder fra en offentlig arbejdsplads. Det fremgår, at nogle tidligere har haft flere lignende sygemeldingsperioder. Undersøgelsen har med andre ord fat i en gruppe og en problematik, som har været under stærk politisk bevågenhed i de senere år, og som i et videre perspektiv kan knyttes til kontraktpolitikken og det, der er blevet kaldt biopolitikken. Det vil sige den (fornyede) interesse i at regulere borgernes sociale og sundhedsmæssige tilstand.

Undersøgelsen søger ikke at afdække hvorvidt der er tale om fejl-diagnosticering, fejlbehandling eller f.eks. forsøg på snyd fra brugernes side, men derimod hvordan kategoriseringer af brugerne bestemmes og udfolder sig i organisationerne og i de involverede faggrupper (hvh. læger og socialarbejdere) og hvordan brugerne herunder både tildeles og skaber identiteter og strategier til tackling af deres situation.

Den gruppe, der bliver karakteriseret ved disse diffuse lidelser er næsten alle kvinder (kun to ud af 42 personer er mænd). De er i alderen fra omkring 30 til 60 og enten uuddannede, med kort uddannelse eller med mellemlange uddannelser inden for velfærdssektoren. Fordi så stor en del er kvinder undersøges kønsaspektet: hvordan samspiller eller intersektionaliserer kønnet med lidelser og sygemeldinger? Der fremanalyseres billeder af »ældre kvindekroppe med kronisk influenza« og »yngre kvindekroppe med stress og depression«, samt en tendens mod, at nogle kvindekroppe beskrives med mistro, mens det samme ikke gælder mandekroppe og hhv. heller ikke de primært fysisk arbejdende kvinder og flygtningekvinder.

Det er i denne undersøgelse meget markant, at systemerne eller organisationerne tillægges en meget stor betydning for hvilket sygdoms-

tema

begreb, hvilke handlemuligheder og hvilken kategoriseringspraksis, der bringes i anvendelse både hos læger og socialarbejdere. I sundhedssystemet fører manglen på en diagnose til mange henvisninger og undersøgelser. Tvivlen om, at noget kunne overses, ses som styrende for denne proces. I det sociale system fører manglen på diagnoser til både problemer med at opretholde dagpenge og tvivl om sygdomstilstandenes realitet.

Det konstateres, at der næsten kan ses en »ombytning« mellem hhv. læger og socialarbejdere i afgrænsning af sygdomsbegrebet. Socialarbejdernes rummelige sygdomsbegreb, der kan konstateres i interviewene, bliver i den konkrete håndtering afgrænset. Fordi lovgivningen kræver det, kommer et snævert og diagnoseorienteret sygdomsbegreb i anvendelse. Lægerne, der her antages normalt at operere med et mere snævert og diagnoseorienteret sygdomsbegreb, tenderer i disse sager mod at skærme patienten og at benytte mulighed for at sygemelde på baggrund af om den enkelte kan fungere på arbejdsmarkedet. Denne »ombytning« tilskrives systemerne og deres samspil frem for fagligheden.

Det – uden tvivl – mest politisk saftige er imidlertid beskrivelsen af hvilke strategier, sygedagpengemodtagerne anvender. Der fremhæves tre strategier: den sygdomsorienterede strategi, den arbejdsorienterede strategi og de nedslidtes strategi. Det er selvfølgelig den sygdomsorienterede strategi opmærksomheden vil dreje sig om. De to andre strategier er på forskellig vis retfærdiggørende, mens det ikke gælder for den sygdomsorienterede. Den sygdomsorienterede strategi, der beskrives, kan lignede meget med den, der er blevet fremhævet som grundlag for hele ændringen i lovgivningen på førtidspensionsområdet: at det gamle system pressede den enkelte til at fokusere på sin sygdom i stedet for på sine ressourcer. På førtidspensionsområdet førte dette som bekendt til indførelse af den såkaldte ressourcemodel og en markant nedprioritering af den sundhedsmæssige dimension til fordel for en social og arbejdsmarkedsmæssig vurdering og et tilstræbt interaktivt forløb, hvor borgeren skal bringes til at se på sine ressourcer.

Det er på mange måder både spændende og relevante perspektiver, der drages ind i undersøgelsen, herunder ikke mindst det overbevisende konstruktivistiske perspektiv, der danner baggrund for at studere de skiftende diskurser og diagnoser, der præger i feltet. Samtidig kan det til tider forekomme lidt tilfældigt, hvilke perspektiver og hvilke analysetemaer, der udvælges.

Hermed er der måske peget på et dilemma i bogen: med valg af formuleringen af strategier og særligt den sygdomsorienterede strategi – skriver analysen sig jo ind i en bestemt diskurs, nemlig den, der fokuserer på kan/kan ikke og vil/vil ikke – nu også når vi taler om sygdom. Bogen giver med sit valg af analysetema og perspektiv et vist belæg for indgreb for dem, der i forvejen er fokuseret på den manglende vilje hos borgeren til at gøre det rigtige, samtidig med at den ikke dokumenterer og heller ikke hævder at dokumentere, at der er tale om bevidst eller ubevidst snyd. Den antyder det kun, ved at fremhæve at ca. halvdelen af gruppen af sygedagpengemodtagere har en meget uhensigtsmæssig strategi. Ved valg af andre perspektiver kunne der måske peges på andre veje i

en mulig forandringsproces. Kunne f.eks. en mere dynamisk orienteret undersøgelse af sygedagpengeforløb have afdækket mekanismer bag de valgte strategier, eller er de bare – som analysen peger på – udtryk for valg, der skal søges i dagpengemodtagernes baggrund? Burde undersøgelsen suppleres med f.eks. en lægefaglig eller tværfaglig undersøgelse af realiteterne i lidelserne eller eventuelt arbejdsmiljø i den offentlige sektor, for at der ikke drages forhastede konklusioner?

Det kan endelig undre, at det i undersøgelsens fortolkning, der synes at abonnere på et generelt billede af langvarige sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser, ikke markeres, at det netop er personer, der er sygemeldt fra den offentlige sektor, der er blevet udvalgt. Det er således netop ikke en repræsentativ gruppe hverken med hensyn til køn eller uddannelsessammensætning. Ville en repræsentativ udvælgelse påvirke billedet af gruppen?

*Tove Rasmussen er lektor på VIAUC, socialrådgiveruddannelsen i Århus.*



*indhold*

- 3 **Indledning:** Lægekonsulenternes rolle til debat
- 5 **Ellen Ryg Olsen:** Lægekonsulenter i kommunen – før og nu
- 10 **Anette Skals:** Lægefaglig viden i sociale sager
- 15 **Bettina Post:** Lægekonsulentens rolle er minimal
- 19 **Søren Buus Jensen:** Er alvorligt sindslidende aldrig for syge til arbejdsprøvning?
- 24 **Ellen Ryg Olsen:** Faglige og etiske problemer ved kommunal ansættelse af lægekonsulenter
- 27 **Jens Hilden:** Rette smed for bager og gå over åen efter vand
- 30 **Thora Brendstrup:** De kommunale lægekonsulenter,
- 32 **Annonce**
- 33 **Tove Rasmussen, Anmeldelse af:**  
Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser