

# ● Om LÆ 265, rehabiliteringsteam og sundheds-koordinatorfunktion

Af Margit Maltesen og Jette Dam-Hansen



## Biografi

Margit Maltesen var praktiserende læge i Ry fra 1989 til 2011. Fra 2012 ansat i Region Midt, hvor hun hovedsageligt fungerer som sundhedskoordinator i kommunernes rehabiliteringsteam.

Jette Dam-Hansen har været praktiserende læge i Aarhus siden 1999, næstformand i Lægeforeningen og formand for Attestudvalget siden 2010.

## Forfatters adresse

Region Midtjylland  
Klinisk Socialmedicin  
& Rehabilitering  
Oluf Palmes Alle 15  
8200 Aarhus N  
margit.maltesen@stab.  
rm.dk

Attester står næppe øverst på mange lægers hitliste. Men at de er nødvendige, endda lovpligtige, og af stor betydning for især vores sårbare patienters muligheder i systemet er hævet over enhver tvivl. Netop her er vores "krumtap-funktion" tydelig og vigtig.

Med denne "sandwich" bestående af Attestudvalgets indledende og afsluttende bemærkninger (JDH) omkring et solidt, nærende, praksisrelevant indhold (MM) håber vi, at man som læser vil få fornyet lyst til at gå konstruktivt i gang med opgaven.



## Ideen med attesten – attestudvalget indleder

Jeg ved det godt – praktiserende læger elsker ikke de socialmedicinske attester. Så da rehabiliteringsattesten kom sidste år midt i en konfliktfyldt tid, blev den først overset, siden genstand for kritik. Det er en lovbunden attest, og dermed er vi i almen praksis forpligtet til at udfylde den. Når man ser det lidt udefra, giver det god mening, at netop den praktiserende læge har en central rolle i forhold til rehabiliteringsteamet. Det er egen læge, der ved mest om, hvor skoen trykker. Men som alt andet nyt er det svært i begyndelsen. Det, der nok især har været svært for praktiserende læger ved denne attest, er skiftet fra den tilbage-skuende beskrivelse, som vi kender fra Generel Helbredsattest (GHA), til en mere fremadrettet vurdering og dialog med patienten om betydningen af helbredet i forhold til arbejdsmarkedet. For sagsbehandlerne har det også været et skifte, og som i alle andre af vores LÆ-attester er anmodningen vigtig – som man råber i skoven, får man svar. Eller gode anmodninger giver gode svar fra lægerne.



Lægeattest til rehabiliteringsteam - LÆ 261, LÆ 262, LÆ 265 - <http://www.medibox.dk/show.php?docid=33137>

LÆ 265 indgår i den buket af aftalte attester, Lægeforeningen har indgået med Kommunernes Landsforening (KL), og som er indskrevet i vores aftale kaldet "Socialt-lægeligt samarbejde". Og det er netop, hvad det drejer sig om – et samarbejde med kommunerne om at hjælpe den enkelte bedst muligt. Som læger vil vi gerne hjælpe vores patienter, og kommunerne skal forvalte reglerne i henhold til lovgivningen, og dertil har de brug for vores oplysninger. Ordet samarbejde er her helt centralt. Som i mange andre samarbejdsrelationer er det altid godt at kende sin egen og andres roller, og er der noget i en konkret sag, man mangler eller ikke forstår, så ring til sagsbehandleren.

### Førtids- og fleksjobreformen

Førtids- og fleksjobreformen blev indført med virkning fra 1.1.2013. Denne reform er led i en række reformer på beskæftigelsesområdet med kontanthjælpsreformen fra 1.1.2014 og sygedagpengereformen gældende fra 1.7.2014 (5). Kenneth Kibsgaard har i en artikel i Månedsskriftet marts 2013 (1) redegjort for de praktiske konsekvenser af reformen, specielt vedrørende den praktiserende læges rolle. I boks 1 ses en oversigt over de vigtigste punkter i stikordsform (4).

#### **Boks 1** / Overordnede tanker bag Reform af Førtidspension og Fleksjob

Borger i centrum
Tværfaglig vurdering
Praktiserende læges rolle central
Ressourceforløb med tværfaglig koordineret indsats
Ressourceforløbsydelse uafhængig af formue og ægtefælles indtægt
Fleksjob på få timer/uge
Borgere under 40 år tildeles som hovedregel ikke førtidspension

### Arbejdsgangen op til rehabiliteringsmødet (borger i kommunal optik er patient i lægens optik)

Sagsbehandler har sammen med borger udfyldt rehabiliteringsplanens forberedende del, som belyser ressourcer, barrierer og borgers tanker om fremtidigt arbejdsmarkedsperspektiv og eventuelle støttende indsatser. Rehabiliteringsplanen danner grundlag for sagsbehandlers spørgsmål i LÆ 261, som bliver sendt til egen læge med anmodning om udfærdigelse af LÆ 265. LÆ 265 er en attest, som kræver patientens tilstedeværelse i konsultationen, ligesom GHA og Specifik Helbredstest.

Når den udfyldte attest LÆ 265 er sendt tilbage til kommunen, kan borger blive indkaldt til møde i rehabiliteringsteamet. Her indstilles til fremtidig forsørgelse i form af førtidspension, fleksjob eller det nyindførte ressourceforløb. Som hovedregel kan borgere under 40 år ikke få tildelt førtidspension, men skal tildeles et til flere ressourceforløb på 1 til 5 år med henblik på udvikling af funktionsevnen. Undtagelsen er

meget svære fysiske lidelser såsom terminal cancer, omfattende udviklingshæmning eller alvorlig psykisk lidelse. Også borgere over 40 år skal vurderes til ressourceforløb, medmindre det er åbenlyst formålsløst at forestille sig en indsats hen imod beskæftigelse.

Ressourceforløbsydelsen er på kontanthjælpsniveau, men uafhængig af formue og ægtefællens indtægt.

Ressourceforløb anvendes typisk ved komplekse problemstillinger, hvor borger er tæt på førtidspension. Forløbene har fokus på udvikling og skal pege på konkrete, tværfaglige indsatser. En koordinerende sagsbehandler skal efterfølgende udfærdige handleplan med del- og slutmål og skal i forløbet have tæt kontakt med borger.

I modsætning til tidligere kan der nu indstilles til fleksjob på ganske få timer.

Borger er (eller bør være) orienteret om de mulige udfald inden mødet.

### Mødet

Et vigtigt element i reformen er, at borgeren faktisk møder det team af fagpersoner, som indstiller til hans fremtidige forsørgelse. Med reformens udtryk er "borger i centrum". Mødet er selvsagt stadig underlagt reformens lovbestemmelser. Men flere borgere giver udtryk for tilfredshed med at være kommet til orde og have hørt begrundelserne for indstillingen, som de i langt de fleste kommuner bliver meddelt direkte på mødet. Flere kommuner har åben "votering" i teamet, det vil sige, at borger hører, hvordan teamet når frem til enighed om indstillingen. Selv om møderne forsøges afholdt med anerkendende tilgang, er der naturligt nok eksempler på frustrationer og aggressioner, både med afsæt i borgerens tidligere erfaringer med det kommunale system og på baggrund af teamets indstilling.

**Boks 2** / Rehabiliteringsteamet er sammensat af repræsentanter fra:

Jobcentret
Socialområdet
Sundhedsområdet
Regional Klinisk Funktion (Sundhedskoordinator)
Ad hoc: UU-vejledning (uddannelse), Familieafdeling, Rusmiddelcenter

### Rehabiliteringsteamet

Teamets tværfaglige sammensætning er en af reformens hovedpunkter. Se boks 2.

Det er hensigten, at der ud fra en bred faglig viden skal meldes ind med indsatser, som bidrager til at udvikle funktionsevnen og afbøder barrierer af både fysisk og psykisk art. Denne tværfaglighed er på ingen måde en selvfølge i kommunal forvaltning. Et sigte med reformen er at nedbryde "silotænkning" i kommunerne. Flere jobcentermedarbejdere



**Figur 1** / Det er egen læge der ved mest om, hvor skoen trykker.  
Foto: Colourbox

har givet udtryk for, at teammøderne har været øjenåbnere for kommunens mangfoldighed af tilbud. Her tænkes især på, at Sundhed og Om-sorg kan pege på en indsats, som vil kunne støtte borgere med kompleks problemstilling. Socialpsykiatri og Handicap (bostøtte, social træning) har fast plads i teamet, ligesom UU-vejleder (Ungdommens Uddannelsesvejledning) har det ved borgere under 30 år. Der er mulighed for ad hoc at indhente fagpersoner fra Børn og Unge og fra Mis-brugscenter.

Den helbredsmæssige faglighed varetages af sundhedskoordinator, som er forankret i Klinisk Funktion, en konstruktion, som er forskellig fra region til region. Basis kan være en arbejdsmedicinsk afdeling eller en socialmedicinsk afdeling. En del af de kommunale lægekonsulenters arbejde varetages nu af sundhedskoordinator, men der er stadig brug for lægekonsulent (sundhedsfaglig rådgivning) i sygedagpengesager og under den kommunale afprøvning (praktikker) til rådgivning om skånehensyn og indhentning af lægelig dokumentation.

### **Sundhedskoordinator**

Sundhedskoordinator er typisk læge, men det er ikke et krav. Det kan i princippet være en anden sundhedsperson (sygeplejerske, fysioterapeut) eller en psykolog.

Min baggrund som sundhedskoordinator er 23 år som praktiserende læge.

Mine sundhedskoordinatorkolleger i Region Midt er psykologer eller speciallæger i samfundsmedicin og arbejdsmedicin.

For mig er udsagn fra den praktiserende læge vigtige, da egen læge er den sundhedsfaglige person, der kan bære enhver plan videre, herunder de lægefaglige råd i indstillingen til ressourceforløb. Indstillingen bør være formuleret i respekt for egen læges muligheder for at gennemføre planerne.

Når jeg forbereder mig ved gennemlæsning af de ofte monstrøse mængder papirer, som ligger i de enkelte sager, lægger jeg altid LÆ 265 forrest. Hvis LÆ 265 er konstruktivt udfærdiget, er det typisk det vigtigste dokument med de nyeste oplysninger.

Det er med udgangspunkt i patientens oplysninger på mødet og attestens formuleringer, at jeg som sundhedskoordinator af og til (med patientens samtykke) tager kontakt til patientens egen læge for at informere om et muligt tiltag, få uddybet en formulering eller viderebringe en bekymring.

Mange LÆ 265 er glimrende dokumenter, men der er plads til forbedring. Jeg tænker, at lægerne har været usikre på attestens formål og usikre på indholdet i de enkelte punkter. Enkelte attester bærer præg af lægens irritation over de uafbrudte anmodninger om attester fra Jobcenteret!

### LÆ 265, gennemgang punkt for punkt

Læg mærke til teksten lige over attestens pkt. 2.1

*Udfyldes af den praktiserende læge i forbindelse med en konsultation (inkl. objektiv undersøgelse).*

En objektiv beskrivelse i egen læges attest kan være god til sammenligning med indtrykket af borger under rehabiliteringsmødet, hvor patienten alt andet lige må være mere nervøs end i egen læges konsultation.

Eksempel: "Patienten svarer nølende, og det er svært at få øjenkontakt" (om en svært angstplaget patient med skizotypiske træk).

### Attestens pkt. 2.2 Relevante helbredsforhold

*Du bedes her beskrive de helbredsforhold, som har betydning for din patients funktionsevne. Du bedes lægge særlig vægt på at beskrive, hvorledes helbredsforholdene påvirker funktionsevnen – både aktuelt og på længere sigt. Du bedes medtage de faktuelle oplysninger du har, vedrørende de relevante helbredsforhold (resultat af dine egne iagttagelser samt objektive undersøgelser, faktuelle resultater vedr. andre speciallægers undersøgelser, resultat af relevante billeddiagnostiske undersøgelser mv.). Tidligere helbredsforhold medtages kun i det omfang det er relevant for nuværende funktionsevne (relevante udskrivningsbreve kan vedlægges).*

Her er det vigtigt at prioritere og indskrænke besvarelsen til det mest relevante. I anmodningsblanketten kan der være formuleret et så grundigt resumé af patientens helbredsforhold, at man kan nøjes med at uddybe og tilføje, hele tiden med fokus på funktionsevnen.

Eksempel: "Jens Peter har forhøjet blodtryk og diabetes type 2, men disse medicinske tilstande er velregulerede og vurderes ikke at have betydning for funktionsevnen".

Eller modsat: "Poul Erik har dysreguleret, insulinkrævende diabetes 2, hvor det er vigtigt at overholde mulighed for regelmæssige måltider (se skånehensyn)".

Læsevenligheden kan øges ved punktvis og kronologisk fremstilling, gerne med fremhævnin g af diagnoser, da der ikke i LÆ 265 (i modsætning til GHA) er en diagnoserubrik. Det er et problem med pkt. 2.2, at der oftest ikke er plads nok, og lægen derfor må fortsætte på et bilag.

Har lægen for nylig udfærdiget GHA med fyldigt resumé, kan han med god ret kopiere afsnittet fra GHA's side 1 måske med tilføjelse "siden GHA 11.11.13 er der sket en forværring, og Poul Erik er henvist til ..." Hellere kopiere afsnittet end henvise til GHA, for så skal rehabiliteringsteamet sidde og bladre mellem attesterne.

Det er en fordel, hvis lægen nøjes med at medsende epikriser, hvor teksten giver vigtige oplysninger og vurderinger, frem for at fremsende revl og krat.

### **Attestens pkt. 2.3 Særlige hensyn**

*Her anføres eventuelle særlige hensyn, som det pga. patientens helbredsforhold vil være nødvendigt at tage i det videre forløb både på kort og længere sigt i forhold til patientens funktionsniveau. Særlige hensyn kan fx være igangværende behandling, nye behandlingsmuligheder, skånebehov som følge af en kronisk lidelse mv.*

Her kan lægens kendskab til patienten komme processen til gode. Ofte er der i anmodningsblanketten beskrevet skånehensyn fra diverse afklaringsforløb. Men ofte finder jeg i denne rubrik et ekstra hensyn, som ikke er beskrevet andre steder i sagsakterne.

Hvis der for nylig er foretaget henvisning til ny udredning eller behandling, er det vigtigt at få det beskrevet. Det vil i visse tilfælde kunne indgå som del af et ressourceforløb.

### **Attestens pkt. 2.4**

#### **Lægens kommentarer til patientens opfattelse af eget helbred**

*Her anføres dine kommentarer til patientens beskrivelse af, hvorledes helbredsproblemerne påvirker funktionsevnen og dermed job- og uddannelsesønsker.*

Denne rubrik er måske den vanskeligste og indeholder en formulering, som ikke er i tråd med tidligere attesters ordlyd.

En del læger anvender rubrikken til at støtte patientens ønske om en bestemt afgørelse. Teksten fra Fælleserklæringen (2) er stadig gældende som også skrevet i vejledningen fra 2011 (3). Det skal understreges, at lægen i attesten afgiver udtalelse om funktionsevnen, men det er kommunen, der træffer afgørelse om, hvilke ydelser m.m. patienten kan tilbydes.

Altså ikke noget med at skrive: "Jeg synes, Agnete har et realistisk billede af sin situation, og jeg støtter ønsket om fleksjob".

Lægen risikerer at fremstå utroværdig. Og peger han på en afgørelse, som ikke er mulig i forhold til pensionsreformen, så hjælper han slet ikke sin patient.

Man kan som læge støtte sin patient og ærligt beskrive funktionsevnen uden at bruge ord som fleksjob eller førtidspension.

Eksempel: "Agnetes funktionsevne er varigt nedsat, og ud fra Agnetes egen beskrivelse af indsatsen i seneste praktik finder jeg det realistisk, at Agnete vil kunne arbejde 10-12 timer om ugen, vel at mærke med respekt for de skånehensyn, som er beskrevet i punkt 2.3".

Eller: "Ud fra mit mangeårige kendskab til Bodil finder jeg hendes smerteklager og øvrige symptomer ganske reelle. At der er en række kliniske undersøgelser, fx MR-scanning, som viser normale forhold, er ikke i modstrid med det billede af kronisk, kompleks smertetilstand, som Bodil fremviser".

### Attestens pkt. 2.5 Andre forhold end de helbredsmæssige

*Beskriv andre forhold end de helbredsmæssige, der kan have betydning for patientens funktionsniveau (fx vanskelige familieforhold, arbejdspladsproblemer eller ordblindhed)*

En rubrik, hvor lægen kan beskrive forhold, som der netop i tværfagligt regi kan gives støtte til.

Eksempel: "Birgitte er alene med to drenge på 8 og 10 år, som begge netop er henvist til udredning for ADHD. Birgitte har kun sparsom støtte fra faderen. Det er en stor belastning i hverdagen".

### Attestens pkt. 2.6 Misbrug

*Har du kendskab til evt. misbrugsproblemer (alkohol, medicin, euforiserende stoffer mv.)*

Tænk også her på, at teamet kan byde ind med hjælp fra forskellig side. Eller lægen kan medvirke til at nedprioritere problemer, som er løst.

Eksempel: "Dennis har været aktivt misbrugende af både hash, amfetamin og alkohol, men efter behandlingsforløb på Misbrugscenteret har han været clean de seneste 5 år. Han har ikke siden på noget tidspunkt virket påvirket".

## Attestens pkt. 2.7 Lægens eventuelle supplerende oplysninger, der bidrager til at belyse sagen yderligere

Her er frit spil, men vis respekt for din samarbejdspartner.

Eksempel: "Det er meget vigtigt for Jette snart at få en afklaring. Hendes økonomi er belastet, og samlever er fraflyttet lejligheden, da parret efter kontanthjælpsreformen er ramt af gensidig forsørgerpligt. Hun er klar over, at kommunen følger reglerne, men usikkerheden medvirker til den skrøbelige og psykisk sårbare tilstand".

Og ikke: "Nu må det snart være nok med at trække Ole rundt i manegen, giv ham dog en pension, så han og den hårdt ramte familie kan få fred."

## Fremtiden?

Som sundhedskordinator søger jeg at pege på de indsatser, som vil hjælpe borger/patient, også selv om ønsket om fremtidig tilknytning til arbejdsmarkedet i sidste ende viser sig ikke at blive opfyldt. Jeg ser værdien i at skabe et ressourceforløb, som hjælper det menneske, som er strandet i systemet. En hjælp og støtte, som når "hele vejen rundt". Det har manglet hidtil. Spørgsmålet er, om de smukke intentioner bliver ført ud i livet i brugbare og styrkende forløb fremover. Beskæftigelsesminister Mette Frederiksen bider kommunerne i haserne, fordi der i 2013 blev skabt for få ressourceforløb i forhold til estimatet. Forhåbentlig bliver der sat valid evaluering og forskning i gang for at beskrive, om ressourceforløbene gav, ja, ressourcer til mennesker med nedsat funktionsevne.

## Attestudvalget runder af

I den nye lov er der indlagt en forpligtigelse til evaluering af samarbejdet mellem kommuner og regioner om sundhedsfaglig rådgivning og vejledning og dermed også af arbejdet med LÆ 265. Denne evaluering foregår her i løbet af efteråret 2014, og vi er i Attestudvalget inviteret til at deltage. Herudover har vi allerede sammen med KL aftalt nogle mindre ændringer af attesten, som netop er indført fra august. Den opmærksomme læser vil måske have bemærket, at det er de nye formuleringer i attestens punkt 2.2 og 2.4, der er brugt her i artiklen. Vi synes, de nye formuleringer hjælper os læger bedre på vej til besvarelse af attesten. Endelig har vi ændret lidt på rubriktørrelserne, så de passer bedre til behovet.

Brugen af rehabiliteringsteamet er kommet for at blive, og det kommer også i spil i den nye sygedagpengereform. Vi slipper ikke uden om at indgå i et attestsamarbejde med kommunerne, og vi er centrale spillere på den bane. Vi er i Attestudvalget meget opmærksomme på, at den samlede mængde af LÆ-attester ikke må stige, derfor er vi også i dialog med KL om problemet. Vi har i almen praksis travlt med meget andet end attestarbejde, men må også prøve at forstå, at vores patienter,



som vi jo gerne vil hjælpe, måske ikke kommer videre i det sociale system, før attesten er lavet.

*Økonomiske interessekonflikter:* ingen angivet



Attestnøglen på  
Dadlnet.dk - <http://www.medibox.dk/show.php?docid=16852>

**Litteratur:**

1. Kibsgård K, Larsen A, Nielsen C V. Pensionsreform 2013. Månedsskr for Prakt Lægegerm 2013, 91: 189-197.
2. Fælleserklæringen, indgået mellem Lægeforeningen og Socialministeriet, november 1998[http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob\\_page.show?\\_docname=7220855.PDF](http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=7220855.PDF)
3. Vejledning til Lægeattest til rehabiliteringsteam - [http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob\\_page.show?\\_docname=9596971.PDF](http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=9596971.PDF)
4. Reform af førtidspension og fleksjob - <http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere%20i%20arbejde/Reform%20af%20foertidspension%20og%20fleksjob.aspx>
5. En nyttig reference er kapitler i lægehåndbogen om fx førtidspension, opdateres løbende. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/socialmedicin/sociale-ydelser/foertidspension/>