

HÅLLBAR ARBETSHÄLSA I KOMMUNER OCH LANDSTING

HAKUL

Arbetsinriktad rehabilitering
Lägesrapport i december 2002



KAROLINSKA INSTITUTET
INSTITUTIONEN FÖR KLINISK NEUROVETENSKAP
SEKTIONEN FÖR PERSONSKADEPREVENTION

AVSNITT 1 - BESKRIVNING AV PROJEKTET¹

HAKuL-PROJEKTET

Den övergripande målsättningen med projektet Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Landsting (HAKuL-projektet), är att identifiera faktorer som stärker den framtida hållbara arbetshälsan och det långsiktiga välbefinnandet för anställda inom kommuner och landsting samt att implementera och stödja tidig rehabilitering av de med sviktande arbetsförmåga. En bred representation av de verksamheter som finns inom kommuner och landsting ingår liksom en god geografisk spridning. I HAKuL deltar anställda i sex kommuner och fyra landsting; Bodens socialförvaltning, Malungs socialförvaltning, delar av Falu kommun, delar av Uppsala kommun, Olofströms kommun, delar av Lunds kommun, delar av Sunderby sjukhus, Uppsala primärvård, delar av Blekingesjukhusen och psykiatridivisionen på Lunds Universitetssjukhus.

Den första lägesrapporten från HAKuL-projektet hade som syfte att ge en beskrivning av hälsa och arbetsvillkor hos de anställda i kommuner och landsting samt ge exempel på primärpreventiva åtgärder och rehabiliteringsinsatser som startats. Denna rapport är en beskrivning av rehabiliteringsarbete som bedrivs i HAKuL. I ytterligare rapporter beskrivs förändringar i arbetsvillkor, arbetshälsa, livsstil och det förebyggande arbetet för en hållbar arbetshälsa som pågår i de olika verksamheterna. Samtliga rapporter finns tillgängliga på vår hemsida, www.personskadeprevention.nu/hakul.

Studiedesign

Projektet startade 1999 och grunddesignen på studien är att de anställda och arbetsplatserna följs åt under minst tre år.

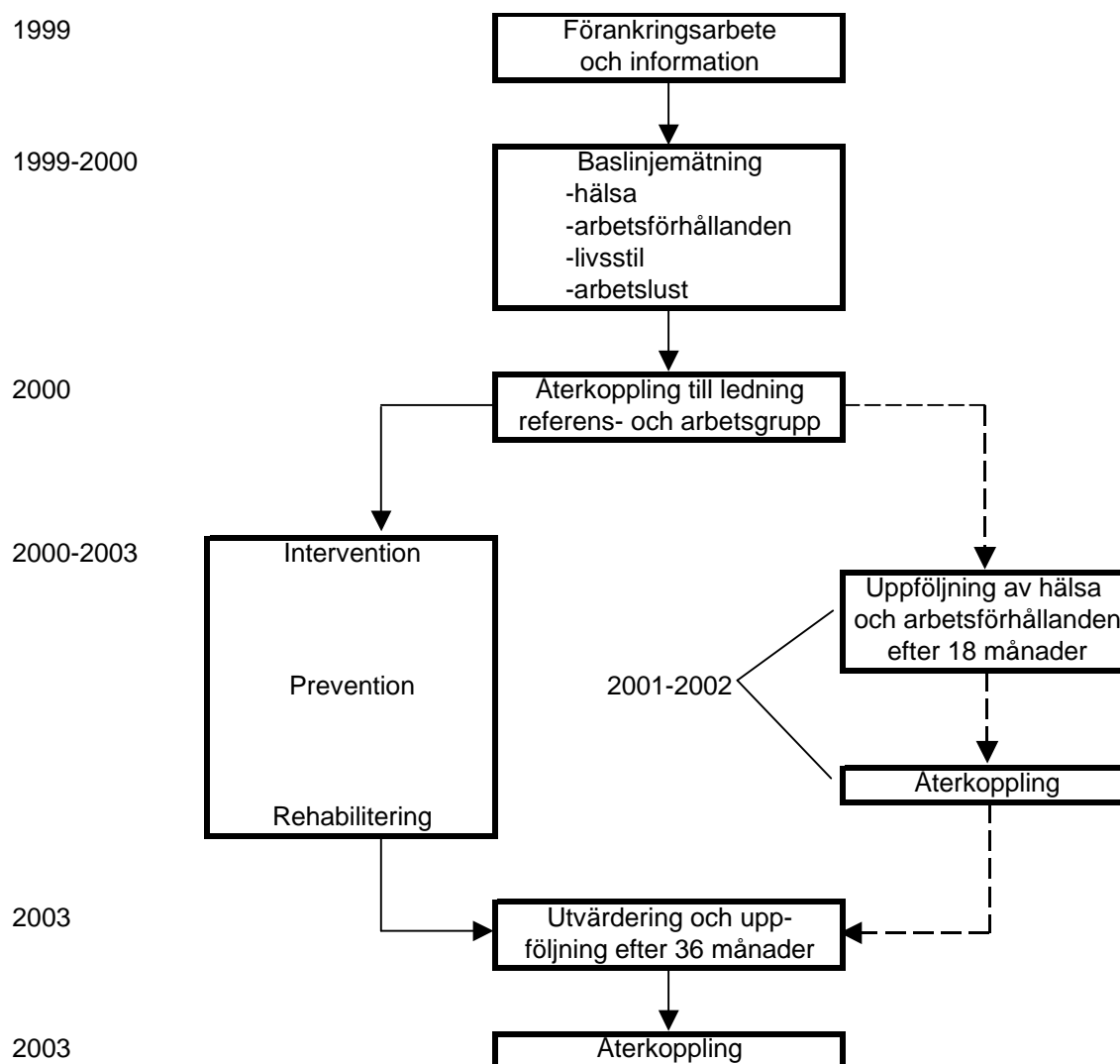
HAKuL startade med en baslinjemätning i enkätform utarbetad av forskargruppen på Karolinska Institutet. Andelen svaranden var 84 procent, 6 246 kvinnor och 1 287 män. Samtliga studiepersoner var i arbete och tillsvidareanställda eller anställda på längre vikariat. Cirka 1,5 år efter den första enkäten ombads de anställda, både nyanställda och de som var med vid baslinjemätningen, att besvara ytterligare ett frågeformulär. Enkäten vid 1,5-årsuppföljningen besvarades av 6 971 personer. Av dessa hade 5 540 personer varit anställda både vid baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen och besvarat bägge enkäterna. En tredje enkät kommer att skickas ut tre år efter baslinjemätningen. Med denna prospektiva design blir det möjligt att upptäcka faktorer i arbetet och även i förhållandet mellan arbete och övriga livet som är risk- respektive friskfaktorer för en individ eller en arbetsplats. Se flödesschemat på sidan 2.

¹ Fotnot

Under hela undersökningstiden, tre år, insamlas kontinuerligt data på alla i studiegruppen som sjukskrivs 28 dagar. Detta gör det möjligt att följa samband med olika faktorer i och utanför arbetet samt eventuella trender i förändrade sjukskrivningsmönster i samhället. De som blir sjukskrivna 28 dagar eller mer ingår i HAKuL-projektets satsning på tydlig rehabilitering [4].

Utvecklingsarbetet för bättre arbetsförhållanden och en hållbar arbetshälsa som bedrivs av de deltagande verksamheterna stöds och dokumenteras av forskargruppen på Karolinska Institutet. Utvecklingsarbetet ser olika ut i de verksamheter som deltar utifrån vilka problem som finns, vilka resurser som finns och beroende på engagemanget från politiker, ledning och de anställda.

HAKuL-modellen



AVSNITT 2 - REHABILITERING²

MODELLEN FÖR REHABILITERING I HAKuL-PROJEKTET

Inledning

Sjukfrånvaron bland svenskar i arbetsför ålder har stadigt ökat sedan 1997. År 1997 var 9 procent av befolkningen i yrkesverksam ålder borta från arbetslivet på grund av långtidssjukskrivningar eller förtidspension. År 2000 hade motsvarande siffra stigit till 12 procent och år 2001 till 14 procent. Redan i Gerald Larssons rehabiliteringsutredning år 2000 konstaterades att de långvariga sjukskrivningarna, mer än 30 dagar, ökat kraftigt sedan slutet av 1990-talet. Mest hade sjukfrånvaron ökat bland kvinnor i offentlig sektor [1].

Trenden håller tyvärr i sig. Kvinnorna stod för 65 procent av de sjukskrivningar som varat 60 dagar eller mer och som påbörjades i februari 2001 [2]. Riksförsäkringsverket konstaterar i samma rapport att de sjukskrivna kvinnorna blir allt yngre, allt oftare har psykiska besvär och i hög utsträckning arbetar inom vård, skola och omsorg.

På ett år, från februari 2001 till februari 2002, ökade antalet sjukskrivna längre än ett år med 21 procent och antalet nya förtidspensionärer med 23 procent [3].

Den klart vanligaste anledningen till förtidspension/sjukbidrag är sjukdomar i muskler, skelett och bindväv. Andelen har dock successivt minskat under en period, från drygt 50 procent år 1992 till 39-40 procent de senaste åren medan andelen med psykiska besvär ökat.

Kostnaderna för all sjukfrånvaro, förtidspensioner, sjukbidrag, arbetsskade-sjukpenning och sjukpenning uppgick under år 2001 till 120 miljarder kronor eller 320 miljarder kronor/dag och är därmed ett hot för hela den svenska ekonomin [4].

Vikten av ett effektivt och strukturerat rehabiliteringsarbete är mer aktuellt än någonsin.

Rehabiliteringen i HAKuL-projektet

Modellen för rehabilitering i HAKuL-projektet utgår från befintliga befattningshavare och organisationer. Syftet är att genom en tidig och bred multidisciplinär teambedömning få ett underlag till en gemensam målsättning och en konkret handlingsplan för rehabiliteringen.

³ Fotnot

HAKUL-MODELLEN FÖR REHABILITERING

- Arbetsledaren anmäler personer som varit sjukskrivna 28 dagar i följd till Företagshälsovården.
- Sjuksköterskan på Företagshälsovården ringer upp den sjukskrivne och kallar till teambedömning, såvida det inte finns starka skäl emot.
- Multidisciplinär teambedömning oftast av både läkare, sjukgymnast och beteendevetare.
- Rehabiliteringsmöte med den sjukskrivne, företrädare från Företagshälsovården, arbetsledaren och representant från Försäkringskassan.
- En åtgärdsplan/rehabiliteringsplan formuleras. Målsättningen och planen dokumenteras.
- Sjukskrivna som behöver en intensifierad extern rehabilitering identifieras.
- Rehabilitering genomförs.
- Uppföljning sker efter rehabiliteringens genomförande samt under minst ett år därefter.

Fördelarna med modellen

Teambedömningen innebär att den sjukskrivne samtidigt får träffa olika yrkeskompetenser och får förutom en multidisciplinär bedömning tillgång till information om de olika möjligheter som finns. Detta är en förmån även om det innebär att den sjukskrivne får berätta sin sjukhistoria för flera personer.

Även om den sjukskrivne har en annan behandlande läkare bör teamutredningen ske hos Företagshälsovården. Det finns ingen instans som har så mycket kunskap om arbetsplatsernas utformning och den psykosociala arbetsmiljön som just Företagshälsovården. Företagshälsovården har därmed stora förutsättningar att med gott resultat delta i den arbetsinriktade rehabiliteringsprocessen. Arbetsgivaren har ett lagstadgat ansvar att efter 28 dagars sjukfrånvaro göra en rehabiliteringsutredning. Efter att arbetsledaren tagit del av team-bedömning och åtgärdsplaneringen torde det vara lätt att även fylla i rehabiliteringsutredningen till Försäkringskassan.

Arbetsgivaren har enligt 1992 års rehabiliteringsreform ansvar både för att förebygga, anpassa och rehabilitera. Försäkringskassan kan efter längre sjukskrivning bevilja rehabiliteringsersättning vid arbetsprövning oavsett vilken arbetsplats eller arbetsgivare det gäller. Försäkringskassan kan också bekosta yrkesinriktade studier under maximalt ett år. Om den sjukskrivne behöver mer behandling/rehabilitering innan arbetsprövning kan komma till stånd, kan Försäkringskassan ensam eller tillsammans med arbetsgivaren, köpa rehabiliterings-tjänster till den sjukskrivne.

Skulle det visa sig att den sjukskrivne inte kan återvända till det gamla arbetet och arbetsgivaren inte kan hitta någon lämplig omplacering, kan uppsägning på grund av arbetsbrist bli aktuellt. Den sjukskrivne får då i stället tillgång till Arbetsförmedlingens resurser med bland annat utbildningar, prövningar, lönebidrag, hjälp med att starta eget företag m m. Arbetslivstjänster eller annan liknande organisation kan då användas för att få en allsidig kartläggning och vägledning inför fortsatt planering.

Teambedömningen på Företagshälsovården är i HAKuL-modellen tänkt att bli starten på en rehabiliteringsprocess, där alla involverade parter är delaktiga. Den viktigaste parten är den sjukskrivne och vi vill påminna om begreppet "patient empowerment". Det innebär att den sjukskrivne är bemyndigad att själv fatta beslut om sitt liv. Utveckling av patient empowerment är också en process med syfte att öka förmåga och motivation att effektivt ta ansvar för sitt liv och sin hälsa samt utveckla strategier för att kunna bemästra omvärlden [5,6]. Tillgång till information, förmåga att göra val, självförtroende och säkerhet är komponenter i patient empowerment-begreppet.

Resultat från HAKuL-rehab?

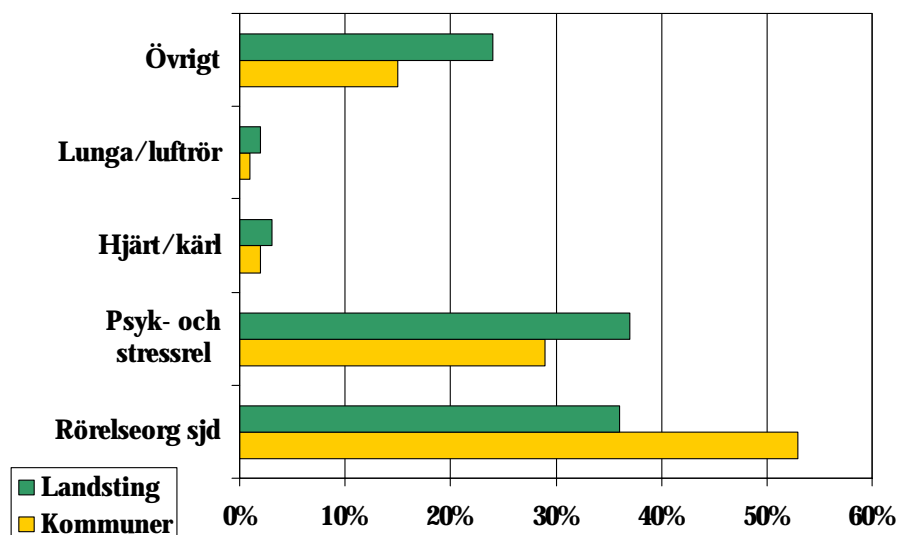
Diagnoserna i HAKuL-rehab

Fokus för rehabiliteringsarbetet i HAKuL ligger på personer med sjukdomar i rörelseorganen, hjärt-kärlbesvär, rökrelaterade sjukdomar i lungor och luftrör samt astma. För dessa sjukdomsgrupper finns välbeprövad rehabilitering som visat goda resultat i HUR-studien [7]. Även personer med psykiska/stressrelaterade diagnoser, ofta i samband med smärta, erbjuds rehabilitering.

Sjukdomspanoramat ser en aning olika ut i kommuner och landsting. Drygt hälften av sjukskrivningsperioderna med en varaktighet på minst 28 dagar orsakas i kommunerna av besvär från rörelseapparaten medan psykiska/stressrelaterade besvär utgör en tredjedel av fallen.

Bland de landstingsanställda i studien är besvär från rörelseorganen och psykiska/stressrelaterade besvär ungefär lika vanliga (figur 2:1).

Diagnosgrupper inom kommuner och landsting



Figur 2:1. Diagnoser för 28-dagarsfallen i HAKuL-projektet uppdelat på kommuner och landsting

Rehabiliteringsprocessen

I oktober 2002 hade 1 253 perioder med minst 28 dagars sammanhängande sjukskrivning rapporterats till HAKuL-projektet i de fem ovanstående diagnosgrupperna, sjukdomar i rörelseorganen, hjärt-kärlbesvär, rökrelaterade sjukdomar i lungor och lufrör samt astma. I övriga diagnoser hade 541 perioder med minst 28 dagars sammanhängande sjukskrivning rapporterats. 13 procent av de sjukskrivna hade mer än en 28-dagarsperiod.

Målsättningen i HAKuL-projektet har varit att alla 28-dagarssjukskrivna som inte direkt går tillbaka till arbetet efter denna period skall få en bedömning och vid behov en adekvat åtgärd. Att deltagande kommuner och landsting arbetar efter HAKuL-modellen blir allt vanligare men fortfarande är det många som inte får tillgång till den utredning och de rehabiliteringsmöjligheter som står till buds. I genomsnitt har drygt hälften fått tillgång till Företagshälsovårdens resurser och 40 procent har bedömts behöva en mer avancerad rehabiliteringsinsats, s.k. HAKuL-rehab, vilket innebär en eller flera av följande insatser - extern rehabilitering på utvald rehabiliteringsenhet, samtalsterapi, arbetsprövning/omplacering eller utbildning. Stora lokala skillnader har funnits i hur rehabiliteringsarbetet har fortgått.

Hur resurserna har utnyttjats i hela projektet i de fyra stora diagnosgrupperna framgår av tabell 2:1.

Tabell 2:1. Rehabiliteringsåtgärder i procent för rapporterade 28-dagsperioder i de fyra diagnosgrupperna, sjukdomar i rörelseorganen, psykiska/stessrelaterade besvär, hjärt-kärlbesvär, rökrelaterade sjukdomar i lungor och lufttrör samt astma.

	Samtliga rapporterade 28-dagars-perioder i de fyra ovan angivna diagnosgrupperna
	n=1 253
Anmäld till FHV	57 procent
Har team-bedömts	33 procent
Fått någon åtgärd	45 procent
Samtalsbehandling	12 procent
Extern multidisciplinär rehabilitering	10 procent
Arbetsprövning	14 procent
Utbildning/omplacering	7 procent
"HAKuL-rehab"	40 procent
Helt friskskrivna	52 procent
Partiellt friskskrivna	11 procent
Helt eller partiellt friska	63 procent

Det tar i genomsnitt 111 dagar (3,7 månader) från första sjukskrivningsdagen innan personerna blir teambedömda hos Företagshälsovården. Väntetiderna kan på grund av snåla resurser ibland vara ett år för bedömning hos Företagshälsovården (sic). 14 procent av de sjukskrivna får tillgång till en samlad multidisciplinär rehabilitering på någon extern rehabiliteringsenhet. Det tar i genomsnitt 258 dagar (8,6 månader) från första sjukskrivningsdagen till dess att rehabiliteringen påbörjas.

Hinder för modellens genomförande

Arbetsgivarna har haft förvånansvärt svårt att få fram listor på nysjukskrivna med sjukskrivningstid på 28 dagar eller längre. Alla kommuner och landsting har personaladministrativa system men systemen ser olika ut. Många har bytt system eller bytt handhavare. Alla har varit utsatta för omorganisationer i större eller mindre grad. HAKuL-projektet har dock satt fokus på dessa svårigheter vilket på några orter lett till genomgång av de personaladministrativa systemen och förändrade uttagsrutiner.

Arbetsledaren anmäler ej 28-dagarsfallen

Arbetsledaren skall anmäla nya 28-dagarsfall till Företagshälsovården. I själva verket anmäls endast hälften av fallen. Vi kan endast spekulera i orsakerna till denna "tröghet". Några sjukskrivna är efter 28 dagar så pass återställda att de inom kort skall börja arbeta igen och behöver ingen team-bedömning. I andra fall kan det röra sig om motstånd från den sjukskrivne som inte ser fördelarna med teambedömningen eller kanske är rädda för eventuella förändringar. Arbetsledaren kan ha svårt att ta sig tid och försöka motivera sina sjukskrivna till team-bedömning. Några sjukskrivna går på sjukhusets specialistkliniker och vill inte gärna blanda in fler personer. Team-bedömningen kan också uppfattas som ett misstroende från arbetsgivaren gentemot den enskilde, som en kontroll på att sjukdom verkligen föreligger.

Företagshälsovården ofta underdimensionerad

Företagshälsovården har under de senaste drygt 10 åren tvingats till omstrukturering av arbetet och ibland även personalnedskärningar. Rehabiliteringsmodellen i HAKuL innebär ett stort åtagande från Företagshälsovårdens sida genom att göra team-bedömningar, kalla till rehabiliteringsmöten, se till att åtgärdsplaner formas och dokumenteras samt göra uppföljningar. För att få till stånd de medicinska bedömningarna har HAKuL ibland tvingats gå in med ekonomiskt stöd till Företagshälsovården.

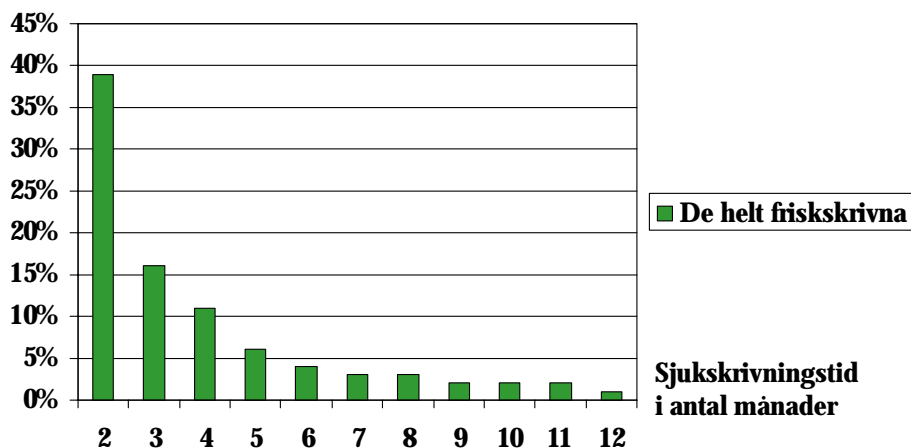
Brist på kompetent personal, framför allt läkare, har gjort att det som var tänkt som multidisciplinära team-bedömningar ibland blir bedömningar av en eller två yrkeskompetenser.

På många håll råder det oklarheter i vad som egentligen ingår i avtalen mellan arbetsgivare och Företagshälsovård. På orter där dessa frågor aktualiserats har HAKuL påtalat vikten av tydliga avtal och att arbetsgivaren köper relevanta tjänster. Vi anser det exempelvis bättre att satsa på rehabilitering och samverkan än att göra tidsödande screeningsundersökningar med tveksamt medicinskt och preventivt värde.

De helt friskskrivna

Bland de helt friskskrivna, återgick drygt en tredjedel i arbete inom 60 dagar och mer än hälften inom 90 dagar. Härefter skedde arbetsåtergången i långsammare takt utdraget under lång tid (figur 2:2).

Hel friskskrivning i förhållande till sjukskrivningstidens längd



Figur 2.2. Bilden visar sjukskrivningstidens längd i månader vid tiden för hel friskskrivning under ett år.

En grupp på 10 procent återgick till arbetslivet först efter mer än ett års sjukskrivning. Det är lång tid men ändå positivt att det går att helt och hållet komma tillbaka till heltidsarbete även efter mycket lång sjukfrånvaro.

HAKUL-MODELLEN FÖR ETT STRUKTURERAT ARBETE MED SJUKFRÅNVARON

Som ett led i att bättre strukturera arbetet med sjukfrånvaron har ett förslag till en modell tagits fram till hjälp för arbetsledningen. Modellens personalmått bör uppdateras månatligen.

- Definiera varje arbetsgrupp på en arbetsplats och vem som är dess chef.
- Hur många sjukdagar finns i respektive arbetsgrupp/månad?
- Hur många är sjukskrivna?
- Hur länge har de varit sjukskrivna?
- Hur många har upprepade korttidssjukfrånvaro?
- Hur många har gått över 28-dagarsgränsen?
- Tag in dessa 28-dagarsfall i rehabutredningen enligt HAKuL:s rehabmodell (se sidan 3-ff) oavsett hur och varför de är sjukskrivna (undantagna graviditetskomplikationer och svårt cancersjuka).
- Skapa rutiner som verkligen fungerar, för kontakt mellan arbetsplats och sjukskriven under sjukskrivning och vid återgång i arbete.
- Öppna enkla kontaktvägar mellan rehabansvariga på personalsidan och lönekontoret för statistikrapportering.
- Involvera högre chefer.
- Skapa tydliga rapportvägar.

SAMMANFATTNING

Sjukfrånvaron bland svenskar i arbetsför ålder har stadigt ökat sedan 1997 och ökningen är störst bland kvinnor i offentlig sektor.

Besvär från rörelseapparaten är fortfarande den vanligaste sjukskrivningsorsaken för anställda i kommunerna medan det för landstingsanställda är det lika vanligt att vara sjukskriven för psykiska/stressrelaterade besvär som för besvär från rörelseorganen.

Modellen för rehabilitering i HAKuL-projektet innebär en tidig och bred teambedömning på Företagshälsovården, där alla involverade parter är delaktiga och där den sjukskrivne är den viktigaste deltagaren.

Drygt hälften av 28-dagarsperioderna har lett till teambedömning och 40 procent av perioderna har lett till avancerade rehabiliteeringsinsatser och/eller yrkesinriktad rehabilitering. I vårt material har 60 procent av sjukskrivningsperioderna lett till hel eller partiell friskskrivning. Svårigheter för modellens genomförande är, att arbetsgivarna saknar system för att enkelt identifiera sina nya 28-dagarsfall, att 28-dagarsfallen inte anmäls till Företagshälsovården, underdimensionerad Företagshälsovård och brister i uppföljningen. HAKuL har tagit fram en modell för ett kontinuerligt strukturerat arbete med sjukfrånvaron.

REFERENSER

1. Rehabilitering till arbete. Slutbetänkande av Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen. SOU 2000:78.
2. Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete. En jämförelse mellan 2000 och 2001. Riksförsäkringsverket redovisar 2002:3.
3. Svårt komma tillbaka till arbete: Allt fler blir sjukskrivna under lång tid. Pressmeddelande 2002-05-17 från RFV.
4. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. SOU 2002:5.
5. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services* 1997;48:1042-1047.
6. Gammon J, Mulholland CW. Effects of preparatory information prior to elective total hip replacement on post-operative physical coping outcomes. *Int J Nurs Stud* 1996;33(6):589-604.
7. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering. Enheten för Personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet. www.personskadeprevention.nu/HUR.

FÖRFATTARE TILL RAPPORTEN

HAKuL-GRUPPEN, SEKTIONEN FÖR PERSONSKADE- PREVENTION, KAROLINSKA INSTITUTET

Eva Vingård, Projektledare, Docent, Leg läkare

Malin Josephson, Med Dr, Beteendevetare

Bodil Heijbel, Rehabiliteringsläkare

Layout och redigering

Tove Kongsvold, Projektassistent