

# HAKuL-modellen för rehabilitering

1. Alla som varit sjukskrivna 28 dagar kontaktas och rapporteras av arbetsledaren till både företagshälsovården och HAKuL-projektet. Rapportering kan också ske av personer som bedöms ligga i riskzonen för sjukskrivning.
2. Företagssköterska tar telefonkontakt med den sjukskrivne för att efterhöra behovet av utredning och rehabilitering. De som anses ha behov av detta (de flesta) kallas för en teambedömning på företagshälsovården inom en vecka.
3. Utredning och bedömning sker med hjälp av teamet på företagshälsovården (läkare, beteendevetare, sjukgymnast/ergonom, sköterska) för att lokalisera arbetshindret och ge förslag till rehab-åtgärder.
4. Samrådsmöte med den sjukskrivne i centrum och övriga aktörer företagshälsovård, arbetsledare, försäkringskassa, ev. facklig representant medverkande fastställer en rehabiliteringsplan för återgång till arbete. Aktiviteter och tidsplaner fastställs.
5. Uppföljning av rehabiliteringsresultatet sker efter sex månader i samma forum som ovan.
6. Arbetsledare och representant från företagshälsovården har kontinuerlig kontakt med den sjukskrivne under sjukskrivnings- och rehabiliteringsperioden.

## ***Bakgrund***

Målet för arbetsmarknadspolitiken i Sverige var att så många som möjligt i arbetsför ålder skall kunna försörja sig genom eget arbete. Av olika skäl bl.a. sjukdom och ohälsa går inte detta alltid att uppfylla. Antalet sjukskrivningsfall har minskat under 90-talet fram till 1998. Det finns flera orsaker till detta t.ex. ett hårdnande ekonomiskt klimat och en ökade arbetslöshet. Flera studier har visat att det är personer med någon form av ohälsa som först slås ut då arbetslösheten ökar och som har svårast att ånyo få ett arbete.

Kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspension hade ökat lavinartat. För 2001 beräknades dessa vara ca 120 miljarder. Detta innebar en *ökningstakt* på 25 miljoner per dag. Kostnaderna gick också på

löpande räkning och detta inverkade på hela samhällets trygghetssystem.

Forskningen på området arbetslivsinriktad rehabilitering är mycket begränsad. I hela landet finns enbart en professur på området t.ex. Även forskning vad gäller sjukfrånvaro är eftersatt och på detta område fanns då ingen professur. Det var uppenbart att de förhållanden som avgör hur sjukskrivningen utvecklas och hur lyckad rehabiliteringen blir är komplexa och dess interaktioner okända. Mycket forskning krävs för att ge samhället underlag för meningsfulla åtgärder.

Enligt tidigare tradition har företagshälsovården haft ett ansvar att vara utredande och rådgivande instans till företagen vad gäller arbetslivsinriktad rehabilitering. Den nedrustning av företags-hälsovården som förekommit under det senaste decenniet har äventyrat denna kompetens. Vår uppfattning är dock att företags-hälsovården bör byggas upp igen och att företagshälsovården skall kunna ta ett samlat grepp om rehabiliteringsprocessen med sin kompetens inom medicin och beteendevetenskap och med sin kunskap om arbetsplatsens möjligheter och krav. Denna uppfattning stärks och bekräftas av utredningen "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" SOU 2002:5.

### ***Syften***

HAKuL projektet startades under 1999. Ett av huvudsyftena med rehabiliteringsdelen i detta projekt var att pröva de metoder som beskrivits i HUR-projektet i större skala.

Ett annat viktigt syfte var att undersöka hur olika arbetsförhållanden av fysisk och psykosocial karaktär påverkar sjukligheten och möjligheten att behålla eller återfå en god arbetshälsa.

Andra syften var att se om olika diagnoser har olika goda rehabiliteringsresultat, hur den bakomliggande sociala och personliga situationen påverkar möjligheten att återgå i arbete. Smärtintensitet och funktionsnivå liksom uppfattningen om den egna hälsan och förmågan att utföra ett arbete kan också ha betydelse för rehabiliteringsresultatet och kommer att följas.

## **Genomförande**

### *Studiepersoner*

Alla anställda i en kommun eller ett landsting som blev sjukskrivna 28 dagar eller mer ingår som studiepersoner. Ansvar för att identifiera studiepersonerna låg hos arbetsgivaren som också remitterade dessa för hjälp i rehabiliteringen till FHV och rapporterade till projektledningen på Karolinska Institutet. Om det inte redan förehöll sig på detta sätt så borde arbetsgivaren inhandla lämpliga FHV-tjänster. Undantagna att utredas av FHV var personer med uppenbart övergående tillstånd som graviditetskomplikationer, benbrott o dyl. Samma sak gäller för mycket allvarligt sjuka personer t.ex. svårt cancersjuka eller svårt psykiskt sjuka.

FHV tog via telefonkontakt med den sjukskrivne som sedan vid behov kallades till en utredning och bedömning av arbetshindrets art så snart som möjligt, dock inte längre än en vecka, från det att remissen har kommit. Även om den sjukskrivne hade en annan sjukskrivande läkare borde företagshälsovården hålla i rehabiliteringsutredningen men naturligtvis kommunicera med behandlande instanser.

Efter utredningen skedde ett samråd med den sjukskrivne, företagshälsovård, arbetsledare, försäkringskassa och ev facklig representant. Vid detta tillfälle fastställdes fortsatt rehabiliteringsplan.

HAKuL-projektet var en praktisk fortsättning av HUR-projektet och de diagnoser vi hade möjlighet att mer aktivt stödja rehabiliteringen av var:

- astma/KOL
- hjärtsjukdom
- sjukdomar i rörelseorganen.

Till denna diagnoslista har även lagts stressrelaterade diagnoser. Samarbete skedde här med ett forskningsprogram om rehabilitering vid utbrändhet som även fanns vid samma sektion som HAKuL-projektet vid Karolinska Institutet.

## ***Rehabiliteringsinsatser***

Rehabilitering av astma/KOL och hjärtpatienter skulle ske vid lämplig landstingsklinik eller vid Åre- respektive Föllingeklinikerna.

Vad gäller rörelseorganens sjukdomar var diagnoserna oftast diffusa och kunde gömma åtskilliga funktionsnedsättningar och förklaringar till desamma. Att hitta vari arbetshindret bestod kunde vara ett svårt och delikat åtagande.

I denna del av HAKuL-projektet kom främst tre former för att underlätta arbetsåtergång att prövas och implementeras nämligen

Kognitiv beteendeterapi (ett sätt att psykologiskt lära patienter handskas med sina smärtupplevelser och på så sätt minska de negativa konsekvenserna)

Rygginstitutsprogram eller liknande (ett multidisciplinärt program som syftar till att stärka individen som helhet men oftast med fokus på fysiska behandlingsformer)

Ortopedmedicinsk behandling (en strategi som går ut på att behandla dysfunktioner i led- och muskelapparaten)

Urvalet till de olika formerna bestämdes efter det samrådsförfarande som beskrivits tidigare.

## ***Uppföljning***

Via kontakt med FHV och rehabansvarig hos arbetsgivaren följdes den sjukskrivna. Uppföljning främst med hjälp av enkät av resultatet, främst i form av arbetsåtergång och livskvalitet skedde efter 6, 18 och 36 månader. Aidentifierade beskrivningar av typfall kunde också användas.

Sjukskrivningar, sjukbidrag och förtidspensioner följdes också i AFA:s databas. Hur läget såg ut 1999 hade vi också ganska bra kontroll över genom vår egen undersökning av långtidssjukskrivna.

## ***Ekonomi***

FHV:s tjänster betalades av arbetsgivaren, då detta ingick i arbetsgivarens åtagande för att göra den lagstadgade rehabutredningen.

Rehabiliteringen var ett åtagande för arbetsgivaren och försäkringskassan. I trängda lägen fanns möjlighet till en viss finansiering via garantisummor från AFA.