

---

# ATT SKAPA RUTINER FÖR REHABILITERINGSARBETET FÖR ANSTÄLLDA I TIERPS KOMMUN

Vanja Ekstedt, LänsHälsan, Uppsala

Handledare:  
Docent Eva Vingård  
Sektionen för Personskadeprevention  
Karolinska Institutet

## SAMMANFATTNING

### Inledning och syfte

Projektet "att skapa rutiner för rehabiliteringsarbetet för anställda i Tierps kommun" drivs i samarbete mellan Tierps kommun, Företagshälsovården (LänsHälsan) och Försäkringskassan. Syftet med projektet är att åstadkomma ett mer strukturerat rehabiliteringsarbete för sjukskrivna. Förhoppningen är att kunna bryta den trend med accelererande sjukskrivningar som man sett inom förvaltningarna i Tierps kommun de senaste åren. De sjukskrivna eller de som riskerar att bli sjukskrivna skall komma i kontakt med arbetsgivaren tidigare, funktionshindren skall identifieras och en rehabiliteringsplan skall upprättas. Härigenom skall återgång till arbete underlättas, alternativt skall hjälp till annat arbete eller utbildning ges. En bra planering bör också, förhoppningsvis, minska risken för nya sjukskrivningsperioder. Kontakten mellan arbetsgivare och arbetstagare skall underlättas. Dessutom skall projektet ge ökad kunskap om vad som utmärker en bra respektive en dålig arbetsplats.

### Metod

Arbetsgivaren informerade de anställda genom samverkansgrupper, personalmöten, lokalpress m.m. om att rehabiliteringsinsatser nu skulle påbörjas enligt "HAKuL-modellen" (Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Landsting). Informationen spreds och togs emot på ett positivt sätt. Rutinerna har gått bra att introducera och börja arbeta efter. Målsättningen att erbjuda alla som varit sjukskrivna 28 dagar kontakt med Företagshälsovården har emellertid inte helt uppnåtts under den korta uppföljningstiden.

### Den undersökta gruppen

För att testa modellen har ett delprojekt startats. Projektet omfattar sjukskrivna personer, personer med risk att bli sjukskrivna eller personer med frekvent korttidsfrånvaro anställda i Tierps kommun. Dessa personer fick kontakt med LänsHälsan fr.o.m. februari t.o.m. juni 2002. Arbetet gjordes inom ramen för befintligt avtal mellan kommunen och LänsHälsan, men en viss utökning av tid krävdes emellertid då fler personer aktualiserades. Personerna som ingår i projektet hänvisades dels från personalavdelningens listor för sjukskrivna där cheferna gjorde prioriteringar, dels via remisser från husläkare, och dels efter önskemål från försäkringskassehandläggare. Några personer sökte även själva. Sammanlagt ingick 63 personer i projektet.

Vid första läkarbesöket var 57 personer sjukskrivna. Vid uppföljningstillfället 1 september 2002 hade 23 personer minskad sjukskrivningsgrad, 11 personer hade blivit friskskrivna, och 32 personer hade oförändrad sjukskrivningsgrad. Av dessa skall fem personer ha sjukbidrag, medan tre personer skall ha sjukpension. Två personer hade fått ökad sjukskrivningsgrad.

Sex personer var inte sjukskrivna vid första läkarkontakten, men två av dem blev sjukskrivna till 100 procent. Övriga fyra behövde ej sjukskrivas, men remitterades för medicinska utredningar eller fick samtalsstöd/chefsstöd via LänsHälsan. 23 personer har haft eller har pågående arbetsträning. Totalt minskade sjukskrivningstiden med 11,5 tjänster korregerat till 100 procent tjänstgöring.

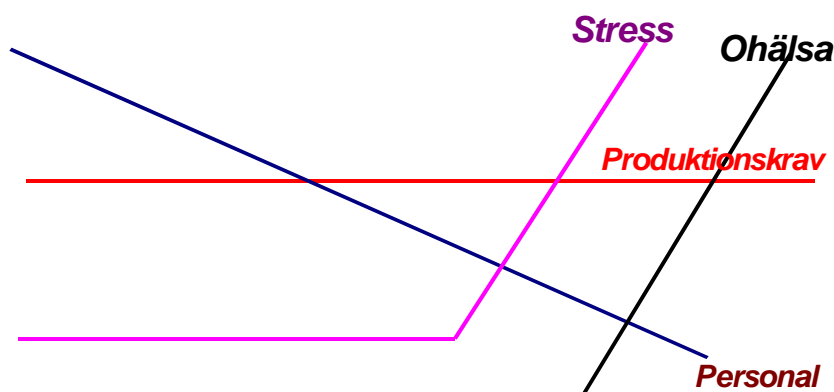
Uppföljande möten har hållits vid tre tillfällen. Alla parter har upplevt att det är lättare att komma igång med rehabiliteringsarbetet när det finns rutiner för det. Faktorer som är riskfaktorer för ohälsa inom organisationerna synliggörs, och det finns även möjlighet att vidta åtgärder för att förebygga ytterligare sjukskrivningar. Kommunen har nu skrivit ett PM om hur rehabiliteringsarbetet skall förbättras ytterligare. En projektledare skall också anställas under 6 månader för att driva dessa idéer.

## Bakgrund

Den ökande sjukfrånvaron och de accelererande sjukskrivningskostnaderna har diskuterats, utretts och väckt mycket debatt i massmedia under de senaste åren. Enligt Riksförsäkringsverket erhöll 326 000 personer ersättning från sjukförsäkringen i form av sjukpenning, rehabiliterings- eller arbetsskadeersättning under september 2002. Detta är 15 000 personer fler än under september 2001. Utgifterna för sjukpenning under perioden januari 2002 till september 2002 var 30,7 miljarder kronor och för förtidspension/sjukbidrag 33,1 miljarder kronor. Jämfört med motsvarande period året innan ökade utgifterna för sjukpenning med 14 procent och för förtidspension/sjukbidrag med 8,5 procent. Under den nämnda perioden 2002 nybeviljades 48 400 förtidspensioner/sjukbidrag vilket är en ökning med 24 procent jämfört med motsvarande tidsperiod året innan.

Någon entydig och enkel förklaring till denna utveckling kan inte ges. Inte sällan kopplas den emellertid samman med den omfattande strukturomvandlingen som ägt rum i svenskt näringsliv och offentlig sektor. Nya "magrare" organisationer med kraftiga nedskärningar av antalet anställda, inte minst inom offentlig sektor, har blivit kännbara för många människor. Prestations- och kompetenskraven på de anställda har ökat. I och med att en allt större del av näringslivets verksamhet blivit projektorganiserad ökar också ansvaret för många människor. Allt detta skulle kunna leda till stress och ohälsa. Ett problem med den här typen av förklaringar är att strukturförändringar är långsiktiga och successiva samt var minst lika snabba i början av 90-talet som under den ovan nämnda perioden. Detta skulle emellertid kunna förklaras med att det är en tidsförskjutning mellan förändrade arbetsförhållanden och upplevelse av stress och ohälsa. Se figur 1.

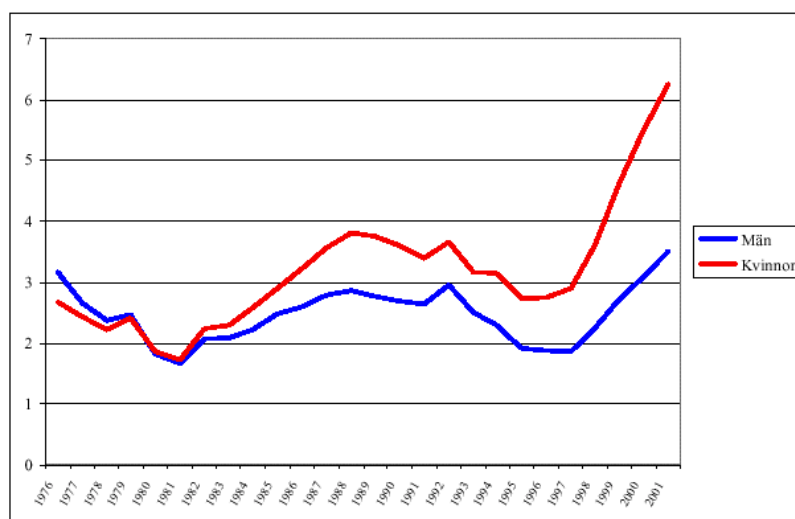
**Figur 1: Tänkt relation - stress och ohälsa.**



Efter till exempel perioder av uppsägningar med personalneddragningar, orkar kvarvarande personal bibehålla produktionsnivån en tid. Det kan också ha skapats en ny gemenskapskänsla i samband med förändringen. Efter en tids arbete under press och frustration börjar symtom på stress och ohälsa öka och påverka produktionen. Ofta görs också en hel del insatser för gruppen i samband med förändringen, men efter en tid saknas system för att följa upp förändringar i arbetsmiljön. Det kan också ha skapats en frustration på grund av "inläsningseffekten". De som hade möjlighet att söka annat arbete försvann och de som var kvar saknar möjlighet att välja annat arbete.

Men det tycks också finnas relationer mellan kortsiktiga förändringar av ekonomisk aktivitet, d.v.s. konjunktursvängningar, och sjuklighet. Högkonjunktursens låga arbetslöshet tycks paradoxalt nog sammanfalla med höga sjukskrivningstal, samtidigt som sjukskrivningstalen sjunker vid lågkonjunktur och hög arbetslöshet. Diagram 1 illustrerar denna relation i landet under perioden 1976 till 2001.

*Diagram 1: Antal kvinnor och män som har varit sjukskrivna längre än 30 dagar 1976–2001 i relation till befolkningen 16–64 år (%).*



*Källa: RFV, SCB, bilaga 2*

Ovanstående utveckling och problematik har diskuterats i flera olika sammanhang. T.ex. Ingvar Lundberg ser samma relation i Stockholms läns landsting. Vid perioderna av lågkonjunktur kring 1991 och 1996 minskade sjukskrivningstalen (Lundberg, 2001). Han menar att inget tydde på att minskningen berodde på förbättrade arbetsvillkor utan att den skulle kunna bero på att arbetsgivarna i hög grad avskedade de med hög sjukbenägenhet och därmed behöll personal med låg frånvaro. Vid högkonjunktursperioderna ökar däremot antalet sjukskrivna. Lundberg menar att en förklaring till detta skulle kunna vara att äldre personer och personer med hög sjukbenägenhet kommit in i arbetsmarknaden när efterfrågan på arbetskraft varit stor.

År 2000 kom Gerhard Larssons rehabiliteringsutredning. I den läggs tyngdpunkten på förebyggande arbete. Rehabilitering skall ses som en investering och inte som en kostnad för olika sektorer i samhället. Dagens problem med olika "kassakistor" med delvis olika mål med sin verksamhet, medför att rehabiliteringsåtgärderna ofta stannar upp.

En pågående utredning är **Analys av Hälsa och Arbete (AHA)**. Den leds av Anna Hedborg vid Riksförsäkringsverket. Ett delbetänkande lades nyligen fram. Där konstateras att folkhälsan inte blivit sämre. Bland de äldre sjukskrivna är det kvinnorna som blivit sjukare medan männen faktiskt blivit friskare. Den vanligaste diagnosen är fortfarande problem i rörelseorganen, medan de snabbast växande diagnoserna är psykiska diagnoser och då främst lättare psykiska diagnoser och depressioner.

Förklaringarna till utvecklingen hittar utredaren bland annat i arbetsmiljön. Effektiviseringar och rationaliseringar börjar märkas. Inom industrin hade man 10 procent överanställning på 70- och 80-talen. Inom offentlig sektor hade man haft ständiga vikarier - ett slags intern personalpool. Efter neddragningarna måste personalen täcka upp för arbetskamrater som var borta på grund av sjukskrivning, utbildning m.m. Detta blir dock ohållbart i längden. Många arbetar med hög anspänning på grund av låg personalbemanning kombinerat med höga krav, medan det egna inflytandet är lågt.

Utredningen menar också att ersättningsnivåerna påverkar sjukskrivningarna.

En av slutsatserna är att sjukskrivning har blivit ett allt mer accepterat sätt att hantera den press och de påfrestningar som drabbar människor i deras livssituation. Anna Hedborg påpekar dock att detta inte är samma sak som att arbetsmoralen blivit sämre och att någon sjukskriver sig med lätt hjärta. När utredningen vägt samman möjliga förklaringar kommer de fram till att demografin spelar störst roll för sjukskrivningarna. Det är den åldrande arbetskraften och det större inslaget av kvinnor på arbetsmarknaden man tänker på.

**Handlingsplan för Ökad Hälsa i Arbetslivet (HPH)** är det officiella namnet på Jan Rydhs enmansutredning. Det är den utredning som mest låtit tala om sig och som väckt mest debatt under den tid den pågått. Flera delbetänkanden har publicerats och slutbetänkandet lämnades till socialminister Ingela Thalén i januari 2002. Det ursprungliga uppdraget var att se över sjukförsäkringens finansiering, men det utvidgades till att gälla ett helhetsgrepp på arbetslivets ohälsa och har därför blivit mycket omfattande. Den innehåller ett 40-tal punkter som bland annat gäller samhällsklimat, arbetsplatsen/individen, sjukvården, sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken. Utredningen förespråkar en mängd olika insatser för att komma till rätta med problemen.

Några insatser påverkar Företagshälsovården på ett högst konkret sätt. Förslaget att regeringen skall sätta upp mål för "antalet människor i arbete" kommer sannolikt att öka behovet av rehabiliteringsarbete. Det blir nödvändigt med aktiv rehabilitering för att visioner och övergripande mål skall nås.

Förslaget som handlar om "obligatorisk företagshälsovård, inklusive de som är arbetslösa" ställer direkta och långtgående krav på Företagshälsovården. Den ges ett mycket större ansvar och skall uppfattas som en resurs för företagen. Samtidigt föreslås att certifiering skall bli obligatorisk på sikt för de institutioner som driver företagshälsovård. Därmed krävs ett förtydligande, genom vårdavtal, av vad som är Företagshälsovårdens roll och landstingets vårdande roll.

Det preciseras också hur den obligatoriska Företagshälsovården skall agera. Efter 28 dagar skall den sjukskrivnes möjligheter att återgå i arbete på den egna arbetsplatsen bedömas. Efter senast 60 dagar skall ett rehabiliteringsunderlag skickas till Försäkringskassan med uppgift om arbetsförmåga m.m. Försäkringskassan fattar sedan ett rehabiliteringsbeslut och upprättar en plan. Den sjukskrivne får en personlig koordinator hos Försäkringskassan. Försäkringskassans skyldigheter skall förstärkas och dess beslut måste räknas som myndighetsbeslut. Därför skall den bli en statlig myndighet.

Andra förslag är tänkta att påverka hälsoproblemen i arbetslivet i stort och kan på ett indirekt sätt påverka Företagshälsovården. Bland annat föreslås att arbetsgivarens sjuklöneperiod förlängs från 14 till 60 dagar och att sjuklönen höjs från 15:e dagen till 90 procent av lönen. Detta finansieras genom att arbetsgivaravgifterna sänks i förhållande till hur kostnaderna ökar. Ett annat förslag är att sjukfrånvaron måste framgå av företagets årsredovisning. Ett hälsobokslut skall således upprättas. Vidare föreslås att småföretag får ett högkostnadsskydd mot ökade sjuklönekostnader och att företag med många sjukfrånvarande måste anmäla detta till Arbetsmiljöverket. Det föreslås också att sjuklön ges i högst 1 år och att den höjs från 7,5 till 10 basbelopp.

Regeringen har ännu inte, i november 2002, konkret tagit ställning till åtgärder för att sänka sjukfrånvaron men lovat att den skall halveras till år 2008. En speciell ministerpost med huvuduppgift att ansvara för arbetsmarknadsfrågor och sjukfrånvaro inrättades i den nyligen tillträdde regeringen.

Somliga av de intentioner som finns i den "Rydskas" utredningen finns redan konkretiserade som aktiviteter i projektet **Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Landsting**, HAKuL-projektet (bilaga 1). Det är ett nationellt rehabiliteringsprojekt som startades 1999 och omfattar 9 000 anställda inom vissa kommuner och landsting. Projektet stöds av arbetsgivare, arbetstagarer, Försäkringskassan och AFA. Projektet leds från Sektionen för Personskadeprevention vid Karolinska Institutet och finansieras av AFA.

Syftet med projektet är i korthet:

- Att följa hälsoläget hos anställda inom vissa kommuner och landsting.
- Att undersöka om det finns ett samband mellan arbetsmiljö/arbetsorganisation och hälsa.

Men projektet har även en handlingsorienterad del. Man skall med olika insatser bidra till förbättrad hälsa och arbetstillfredsställelse. Personer som blir långtidssjukskrivna under projektets gång skall rehabiliteras. Detta sker i praktiken genom att erbjuda den sjukskrivne kontakt med företagshälsovård (och teambedömning) efter 28 dagars sjukskrivning. Utformningen av det projekt som kommer att beskrivas i det följande, har inspirerats av HAKuL-projektet.

## **ATT SKAPA RUTINER FÖR REHABILITERINGSARBETET FÖR ANSTÄLLDA I TIERPS KOMMUN**

### **INLEDNING**

Tierps kommun är en landsortskommun i Nord-Uppland med knappt 20 000 invånare. Nivån har varit densamma de senaste 10 åren. Största tätorten är Tierp med 4 000 invånare. 8 660 personer är förvärvsarbetande. Största arbetsgivare är kommunen med 1 600 anställda. Andra viktiga arbetsgivare är Karlit AB (tillverkning av träfiberbaserade skivmaterial till möbler mm) med 210 anställda, Atlas Copco Tools AB (tillverkning av el- och tryckluftsdrevna handhållna industriverktyg) med 440 anställda samt Munters Europe AB (tillverkning av utrustning för fuktreglering av luft) med 170 anställda.

Många arbetar utanför kommunen och pendlar till i första hand Uppsala, Gävle och Stockholm. 1999 pendlade 2 370 personer till arbete på annan ort medan 1 119 personer pendlade till arbete i Tierps kommun. Av inpendlare är många lärare och tjänstemän i kommunen. Av de boende i kommunen har endast 14 procent eftergymnasial utbildning, i länet är siffran 36 procent och i riket 28 procent (Bilaga 2. Fakta om Tierps kommun 2002.).

Landstingets företagshälsovård, före detta LandstingsHälsan blev egen resultatenheter 1994 och har från den tidpunkten också haft externa kunder. Namnet ändrades samma år till LänsHälsan. Lokaler finns i Uppsala, Tierp, Enköping, Bålsta och Östhammar. Drygt 15 000 personer är anslutna. Akademiska sjukhuset, Primärvården, Enköpings lasarett och Folk tandvården utgör drygt hälften av dessa. De största externa kunderna är Polisen i Uppsala län (600 anställda), Bålsta kommun (1 300 anställda), Försäkringskassan (440 anställda) och Tierps kommun (1 600 anställda). Tierps kommun har haft avtal med LänsHälsan sedan 1999.

LänsHälsans personal består av 4 företagsläkare, 4 företagssköterskor, 3 sjukgymnaster/ergonomer, 7 beteendevetare/psykologer, 1 arbetsmiljöingenjör på deltid, 1 ekonom på deltid samt 4 personer som arbetar med administration (Bilaga 3. LänsHälsans organisationsplan.).

### **BAKGRUND**

I Tierps kommun har antalet sjukskrivna ökat liksom i landet i övrigt. Behovet att strukturera rehabiliteringsarbetet har därför accentuerats och rutiner för detta efterlystes av arbetsgivaren.

För de 2 största förvaltningarna Barn, Utbildning och Kultur (808 anställda) samt Vård och Omsorg (791 anställda) hade sjukskrivningar längre än 180 dagar ökat från 2,0 till 7,2 procent respektive från 3,9 till 9,2 procent från år 1998 till år 2001. Detta var även högt jämfört med den genomsnittliga ökningen för övriga kommuner i landet. Tierp var den kommun i länet som hade ökat mest (Bilaga 4. Sjukskrivningsstatistik för Tierps kommun 1998-2001.).

## SYFTE

Projektets syfte är att skapa rutiner för rehabiliteringsarbetet för anställda i Tierps kommun som är sjukskrivna, riskerar att bli sjukskrivna eller har frekvent korttidsfrånvaro. Med bättre rutiner och kontakt efter 28 dagars sjukskrivning är förhoppningen att kunna förkorta sjukskrivningstiden, underlätta återgång till arbete och att vid behov hjälpa till att hitta annat arbete eller utbildning.

I denna redovisning av projektet beskrivs hur projektet utvecklats fr.o.m. starten 1 februari 2002 t.o.m. 1 september 2002 och hur den undersökta gruppen ser ut.

## METOD

Förebilden för projektet i Tierp är Primärvårdens rehabiliteringsprojekt ”Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Landsting” (HAKuL-projektet). Intrycken kommer närmast från Uppsala läns landsting som ingår i det landsomfattande projekt vilket totalt omfattar c:a 9 000 personer anställda inom kommuner och landsting (beskrivs i bilaga). HAKuL-projektets rehabiliteringsdel kan i korthet beskrivas på följande sätt:

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. Företagssköterskan tar telefonkontakt med den sjukskrivne för att undersöka behovet av utredning och rehabilitering. De som anses ha behov av detta (de flesta) kallas till teambedömning på Företagshälsovården inom 1 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 rehabiliteringsåtgärder.
4. Samrådsmöte med den sjukskrivne i centrum och övriga aktörer: företagshälsovård, arbetsledare, försäkringskassa, samt eventuellt facklig representant. De medverkande fastställer en rehabiliteringsplan för återgång till arbete. Aktiviteter och tidsplaner fastställs.
5. Uppföljning av rehabiliteringsresultatet sker efter 6 månader i samma forum som ovan.
6. Arbetsledare och representant från Företagshälsovården har kontinuerlig kontakt med den sjukskrivne under sjukskrivnings- och rehabiliteringsperioden.

Upplägget i Tierp är något förenklat i jämförelse med HAKuL-modellen. Tyngdpunkten ligger på att skapa rutiner för rehabiliteringsarbetet, det är alltså koncentrerat till aktionsdelen. De nya rutinerna är tänkta att testas på de personer som kom till LänsHälsan på nybesök mellan 1 februari 2002 och 30 juni 2002. Ingen kontrollgrupp används. Cheferna prioriterar vilka som skall ingå i projektet bland de sjukskrivna, bland de som är i riskzonen för att bli sjukskrivna eller bland de som har frekvent korttidsfrånvaro. Personer skall också kunna inkluderas i projektet efter remiss från husläkare eller via handläggare på Försäkringskassan.



Personalavdelningen informerar personalen om de nya rutinerna. Företagssköterskan, som har sin arbetsplats i Tierp, tar kontakt och bokar tider för de aktuella personerna hos företagsläkaren som kommer till Tierp 1-2 dagar i veckan. Prioritering sker utifrån personalavdelningens sjukskrivningslistor (kommer 2 gånger i månaden), från inkomna remisser eller efter försäkringskassehandläggares önskemål.

Vid behov rekvirerar företagssköterskan journalkopior, laboratoriesvar, röntgenutlåtande, sjukgymnastutlåtande etc. (efter patientens tillåtelse) om det behövs för att underlätta funktionsbedömningen vid första läkarbesöket.

Vid första läkarbesöket görs en medicinsk bedömning och bedömning av arbetsförmågan i relation till aktuell arbetsplats. Interna remisser inom LänsHälsan, remisser för ytterligare utredningar eller behandlingar till andra instanser skrivs efter behov. Beroende på situationen beslutas om lämplig tidpunkt för återbesök hos företagsläkaren eller om rehabiliteringsmöte.

Varje tisdag eftermiddag reserveras rutinmässigt för rehabiliteringsmöten, vilket chefer och försäkringskassehandläggare är medvetna om.

## DEN UNDERSÖKTA GRUPPEN

### Fördelning per förvaltning

Projektet kom att omfatta 63 personer. Av dessa var 57 kvinnor. Flertalet tillhörde de två största förvaltningarna Barn, Utbildning och Kultur med 33 personer, samt Vård och Omsorg med 26 personer. De övriga fördelade sig på Teknik med 2 personer, samt 1 person vardera inom Individ och Familj samt Räddningstjänst.

### Åldersfördelning

Det stora flertalet av de som ingår i projektet var äldre än 45 år. Noteras dock att 9 personer är mellan 31 och 35 år. Åldersfördelningen redovisas i nedanstående figur:

#### **Figur 3: Åldersfördelning.**

Åldersfördelning

Ålder	26-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år	46-50 år	51-55 år	56-60 år	61-65 år
Antal	2	9	4	7	17	9	12	3

### Sjukskrivningsgrad

Sjukskrivningsgraden vid första besöket varierade. De flesta, hela 41, personer var sjukskrivna till 100 procent. 10 personer var sjukskrivna till 50 procent och 4 stycken till 75 procent. 2 personer hade 25-procentig sjukskrivning och som redan nämnts var 6 personer inte sjukskrivna alls.

## Sjukskrivningstid vid första läkarbesöket

Den sammanlagda sjukskrivningstiden för de 63 personerna var 598 månader. Tidsfördelningen kan ses i följande figur.

**Figur 4: Sjukskrivningstidens längd i månader vid första läkarbesöket på LänsHälsan.**

Månader	0	0,5-3	3-6	6-9	9-12	12-15	15-18	18-21	21-24	24-50
Antal	6	20	10	3	3	2	7	3	4	5

## Diagnosfördelning

De aktuella diagnoserna delades in i de större grupperna psykiska, somatiska och psykosomatiska sjukdomar. Den minsta gruppen var de med rent somatiska symtom, 5 personer. 33 personer hade psykiska symtom varav de vanligaste diagnoserna var utmattningsdepression, depression och stressymtom. 25 personer hade psykosomatiska symtom med belastningsrelaterad muskel- och ledvärk samt depression eller utmattningssymtom som vanligaste kombination.

## ÅTGÄRDER

Den stora andelen psykiska diagnoser medför att behovet av stödsamtal är stort. 30 personer har fått kontakt med beteendevetare eller psykolog på LänsHälsan. 9 personer har eller har haft kontakt med kurator i öppenvård eller psykolog vid öppenvårdsmottagning i Psykiatri. Alltså har totalt 39 personer haft samtalskontakt.

Många har också behov av sjukgymnastik, kroppskännedomskurs eller ergonomisk rådgivning. 8 personer har fått kontakt med sjukgymnast/ergonom på LänsHälsan. Dessutom hade 22 personer redan pågående sjukgymnastikbehandling via andra vårdgivare.

Sammanlagt har 23 personer arbetstränat. Detta har vanligen skett på ordinarie arbetsplats. I vissa fall har träningen flyttats till annan arbetsplats och ibland till annan arbetsgivare.

## RESULTAT

De nya rutinerna för rehabiliteringsarbetet har snabbt anammats. Vid 3 uppföljningsmöten med LänsHälsan, kommunen och Försäkringskassan har de nya rutinerna för rehabiliteringsarbetet diskuterats.

Kostnaderna för företagshälsovård har ökat jämfört med föregående år. Andelen läkartid har ökat från 14,1 till 25 procent under januari till september jämfört med samma period 2001. Beräknat i timmar motsvarar det en ökning från 204 till 528 timmar.

Arbetsgivarrepresentanter, försäkringskassehandläggare och arbetstagare har alla uttryckt sig positivt om de nya rutinerna och efterfrågan ökar. Sjukskrivningslistorna tenderar att varje månad innehålla fler personer med högre prioritet än tidigare. Remisserna från husläkarna ökar också när rutinerna blir mer kända.

Även om projektet endast varade i 7 månader kan man se vissa förändringar i sjukskrivningsmönstren.

Alla nedanstående siffror är beräknade som om tjänstgöringsgraderna vore 100 procent. Vid första läkarbesöket motsvarade sjukskrivningarna 23,75 tjänster för Barn, Utbildning och Kultur, 23 tjänster för Vård och Omsorg, 1,25 för Teknik, 1,0 för Räddningstjänst och 1,0 för Individ och Familj. Vid uppföljningen 1 september motsvarade sjukskrivningarna 19,25 tjänster för Barn, Utbildning och Kultur, samt 16,5 för Vård och Omsorg. Sjukskrivningsgraden var oförändrad för övriga förvaltningar. Totalt motsvarade den minskade sjukskrivningen 11,5 tjänster (vid korrigering för tjänstgöringsgrad motsvarar det 1,5 tjänst mindre).

För 9 personer är det planerat med sjukbidrag/sjukpension på hel- eller deltid. Dessa ingår i den grupp på 20 personer som vid uppföljning är klara ur företagsläkarsynpunkt. I genomsnitt hade dessa träffat företagsläkare vid 2 läkarbesök, varav 0,6 var i form av rehabiliteringsmöte. För alla inkluderade, 63 personer, var motsvarande siffror 2,4 respektive 0,8.

Av de 6 personer som ej var sjukskrivna vid första besöket blev 2 sjukskrivna då. De övriga 4 sjukskrevs ej men remitterades för somatisk utredning, samtalsstöd eller till chefshandledning.

Återgången till arbetslivet sker ofta successivt, via arbetsträning på deltid och/eller deltidsarbete. 23 personer har eller har haft arbetsträning. Hur sjukskrivningsgraderna har reducerats, framgår av nedanstående figur.

**Figur 5: Förändring av sjukskrivningsgrad för den undersökta gruppen.**

Förändring av sjukskrivningsgrad		
SS-grad %	Besök 1	020901
100	41	26
75	4	10
50	10	10
25	2	2
0	6	15

## DISKUSSION

Vid uppföljande möten har kommunen, Företagshälsovården och Försäkringskassan diskuterat och planerat fortsatt samarbete. Alla parter har uttryckt sig positivt om de införda rehabiliteringsrutinerna.

Cheferna tycker att det är lättare att ha kontakt med de sjukskrivna när rutiner finns. I rehabiliteringsdiskussionerna framkommer också mer generella synpunkter som förhoppningsvis kan minska/förebygga ytterligare sjukskrivningar av samma orsaker.

En viktig förutsättning som har underlättat arbetet anser jag vara att arbetsgivaren informerade och förankrade arbetssättet via många olika kanaler. I personalmöten, under planeringsdagar för personal, i samverkansgruppen, i personaltidning och i dagspress informerades på ett positivt sätt om initieringen av de nya rehabiliteringsrutinerna. Därigenom kände sig de sjukskrivna utvalda och inte utpekade att delta.

Att en speciell tid redan från början är reserverad för rehabiliteringsmöten är av stor betydelse, eftersom så många olika personer är berörda och det annars kan vara mycket svårt och tidsödande att ordna möten.

En handläggare på Försäkringskassan har haft hand om de anställda inom kommunen. Detta medför att hon kan "arbetskulturen" samt bidrar med kontinuitet.

Ekonomisk uppföljning av kostnaderna för Företagshälsovården har även skett vid mötena. Naturligtvis ökar kostnaderna jämfört med tidigare år när aktiviteten ökar, men det kan ju förklaras av de nya rutinerna. Rehabiliteringsarbetet blir läkarintensivt. Men eftersom stress, depression och utmattningssymtom är så vanliga sjukskrivningsorsaker medför det också ett stort behov av samtalsstöd. Då många har psykiska och fysiska spänningssymtom är dessutom behovet av fysikalisk behandling, kroppskännedomskunskap och information om avslappningstekniker stort.

Vid uppföljningsmöten har det också framkommit och tydliggjorts mer allmänna problem som bidragit till sjukskrivningar. Förebyggande insatser har påbörjats för att förhindra ytterligare sjukfrånvaro. Exempel på detta är klargörande av chefsroller och chefsstöd till vissa grupper, översyn av arbetssituationen för förskollärare som arbetar både på fritidshem och i förskolan. Arbetsmiljöutbildning planeras också.

Att sjukskrivningarna kunnat minska under uppföljningstiden relateras till att vi så lätt kunnat ha rehabiliteringsmöten (tack vare fasta tider) och Försäkringskassans aktiva medverkan. I samband med rehabiliteringsmötena kunde vi lättare identifiera orsakerna till funktionsnedsättningen, bedöma arbetsförmågan och gemensamt planera för realistisk återgång i arbete. I snitt är vart tredje läkarbesök ett rehabiliteringsmöte.

Att sjukskrivningstiderna vid första läkarbesöket var relativt långa kan nog delvis tillskrivas att rutiner för rehabiliteringsarbetet tidigare saknats. Med så långa sjukskrivningstider som förekom i gruppen följer att behovet att återgå via arbetsträning var stort. Svårigheter att ordna arbetsträningsplatser blir ibland en faktor som försenar återgången till arbete. 23 personer har eller har haft arbetsträning. Detta har skett på ordinarie arbetsplats, men även på annan arbetsplats hos ordinarie arbetsgivare eller hos annan arbetsgivare.

Att endast 5 personer hade rent somatiska symtom ter sig lågt. Om man ser på sjukskrivningsorsaker på riksnivå så är fortfarande 60 procent av sjukskrivningsdiagnoserna relaterade till rörelseapparaten. Många av de sjukskrivna hade sedan tidigare muskuloskeletala symtom och även fibromyalgi-diagnos, men upplevde att de hade lärt sig hantera symtomen. De uppgav att det var kombinationen stress och hög arbetsbelastning som var orsak till funktionsnedsättningen och även om värkproblematiken samtidigt ökat upplevde de inte detta som huvudorsak.

## KONKLUSION

De nya rutinerna för rehabiliteringsarbetet känns redan nu förankrade i organisationen och har av alla inblandade tagits emot på ett positivt sätt. Som ett bevis på detta har kommunens personalchef i augusti sammanställt ett PM med förslag till nya arbetsformer som skall utgöra ett underlag för ett projekt med syfte att effektivisera arbetet med rehabilitering av långtids-sjukskrivna (bilaga A). Förslaget är i linje med de här presenterade rehabiliteringsrutinerna. PM:et är nu presenterat i samverkansgruppen och 1 projektledare skall anställas under 6 månader (bilaga A).

Företagshälsovården, chefer inom kommunen och försäkringskassehandläggare kommer att fortsätta träffas 3-4 gånger per år för uppföljning av sjukskrivningstalen och för att försöka minska och förebygga ohälsa. Vi vill också försöka hitta "mätetal" för att kunna utvärdera insatserna. Inte minst med tanke på förslaget om hälsobokslut blir detta intressant. Det arbetssätt som påbörjats ligger väl i linje med de tankegångar som framkommit i Jan Ryds utredning.

Samarbetet med Försäkringskassan har stärkts under den här tiden. Deras arbetssätt är i linje med utredningens förslag om personlig koordinator för den sjukskrivne. Målsättningen att de sjukskrivna skall få kontakt med Företagshälsovården senast efter 28 dagars sjukskrivning kommer förhoppningsvis att uppnås inom en snar framtid. LänsHälsan är certifierad vilket också var en av utredningens mål för företagshälsovård.

27 november skall våra intryck och resultat av det rehabiliteringsarbete vi uträttat efter 1 februari diskuteras i Tierps kommuns centrala samverkansgrupp. Då skall sjukskrivningssituationen för den undersökta gruppen t.o.m. 1 november 2002 redovisas.

Rehabiliteringsarbetet kommer troligen att intensifieras efter det att kommunens projektledare tillträtt. Det är då viktigt att LänsHälsans och Försäkringskassans resurser är dimensionerade för att klara detta.

## KÄLLOR OCH LITTERATUR

### Källor

Företagshälsovårdens journaler för den undersökta gruppen i Tierps kommun år 2002.

### Litteratur

Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet – Del 1: Slutbetänkande och Del 2: Bilagor (SOU 2002:5). Fritzes Förlag, Stockholm.

Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting (HA-KuL-projektet). Lägesrapport mars 2001. Vingård, Eva et al. Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet.

Kunskapsläge i sjukförsäkringen. Delbetänkande från utredningen om Analys av Hälsa och Arbete (AHA-utredningen) (SOU 2002 : 62). Fritzes Förlag, Stockholm.

Lundberg, Ingvar. Arbetshälsan och arbetsmarknaden. I Svensk Rehabilitering 2001/4.

Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum. (SOU 2002:78). Fritzes Förlag, Stockholm.

## BILAGA A

### PM-REHABILITERING AV LÅNGTIDSSJUKSKRIVNA

#### Förslag till arbetsformer

Följande förslag till nya arbetsformer föreslås utgöra ett underlag för ett projekt med syfte att effektivisera arbetet med rehabilitering av långtidssjukskrivna:

- Ansvaret för rehabilitering ligger hos närmaste chef/arbetsledare. Det är enligt min mening helt rätt. Dock skall vi vara medvetna om att chefer och arbetsledare i en ofta pressad arbets-situation inte i tillräcklig utsträckning prioriterar arbetet med rehabilitering av långtidssjuk-skrivna. Det är vidare svårt för chefer och arbetsledare att själva ha de kunskaper och kontakter som ofta behövs för att göra en bra insats i rehabiliteringsarbetet. Därför föreslås inrättandet av en tjänst för att stödja chefer och arbetsledare i detta arbete.
- Det är i dag mycket svårt att granska hur chefer och arbetsledare sköter arbetet med rehabilitering av långtidssjukskrivna. Det är faktiskt så att många behöver lite stöd för att komma i gång. Ofta brister dokumentationen i de åtgärder som görs. Jag föreslår därför att ett elektroniskt rapportsystem byggs upp (d.v.s. en skyddad databas där rehabiliterings-utredningar hamnar efter medgivande från den sjukskrivne).
- Ovan föreslagna åtgärder möjliggör att förvaltningschefen engageras mer än idag. Jag talar då inte om att förvaltningscheferna vid våra stora förvaltningar måste delta i alla operativa uppgifter. Jag menar att skall man höja statusen på dessa arbetsuppgifter så bör det som är gjort och det som inte är gjort följas upp och rapporteras av på regelbundna möten där förvaltningschefen deltar.
- Samarbetet med LänsHälsan fungerar enligt min mening utmärkt. Det arbete som startats enligt den s.k. HAKuL-metodiken bör intensifieras.
- Det är inte alltid som återgång till arbete i Tierps kommun är lösningen. Med över 160 långtidssjukskrivna är det klart att framtiden för en del ligger i nya yrken i andra branscher. Ur samhällsekonomisk synpunkt är det mycket olyckligt med den tröghet som finns på arbetsmarknaden. Kommunen måste bli djärvare både när det gäller att bidra till omskolning samt med rena uppsägningar sedan andra möjligheter uttömts.
- Mycket händer på detta område. Nya utredningar och rapporter kommer regelbundet. Försäkringskassans regelverk förändras. Helt klart behöver chefer och arbetsledare regelbunden fortbildning. Jag föreslår därför att alla chefer och arbetsledare efter avslutat projekt skall ges minst en dags fortbildning.
- Med hänsyn till den dramatiska ökningen av långtidssjukskrivningar samt kommunens relativa svårighet att rekrytera personal måste det till en förändrad attityd. Det måste bli accepterat att arbeta även när man inte presterar maximalt. Jag menar att vi måste betänka att sjukskrivning är en behandlingsform med svåra biverkningar.

- På vissa orter har man med framgång samverkat för att hitta lösningar, s.k. arbetsgivarringar. Det företag som tar emot en medarbetare från ett annat företag för arbetsträning får möjlighet att låta en av sina medarbetare arbetsträna hos en annan arbetsgivare. Tierps kommun bör undersöka intresset för bildandet av en arbetsgivarring i Tierp.

Rekommendation till beslut är att ett projekt med syfte att effektivisera arbetet med rehabilitering av långtidssjukskrivna startas. Förslag enligt ovan skall utredas i projektet. En projektledare skall visstidsanställas. Ledningsgruppen skall vara styrgrupp. En arbetsgrupp skall utses. Centrala samverkansgruppen skall vara referensgrupp. Projektet skall vara avslutat sex månader efter start.