

Arbetsförmågebedömning som led i rehabiliteringsarbetet

Projektarbete Carsten Köneke maj - december 2008

Handledare Eigil Kjeldsen

PhD, MD Institut of Human Genetics, University of Aarhus

INNEHÅLL

Sammanfattning	3
1 Inledning.....	4
1.1 Bakgrund, Litteraturstudier.....	4
1.2 Syfte	5
1.3 Projektområde – grupper.....	5
2 Metod.....	6
2.1 Metod.....	6
2.2 Inklusion- exklusionskriterier.....	6
2.3 Genomförande.....	6
3 Resultat.....	7
3.1 Gruppsammansättning.....	8
3.2 Preliminär redovisning.....	9
3.3 Diskussion och konklusion.....	10
Referenser.....	12
4 Tillägg	13

Sammanfattning

Från slutet av 80 talet och fram till början av 2000-talet ökade utgifterna för sjukfrånvaro och sjukersättning markant i Sverige. Trots avsaknad är en klar definition av "arbetsförmåga" hade vid utgången av 2007 över 500 000 människor inte dess mindre fått konstaterat ha en permanent nedsättning av sin arbetsförmåga. Under åren som gått och speciellt efter 2002 har Lagstiftaren försökt hejda utvecklingen, och som senaste led i denna process infördes 2008-07-01 en helt ny lagstiftning med tydliga tidsmässiga avgränsningar för nödvändiga rehabiliteringsinsatser och konsekvenser för såväl arbetsgivare som arbetstagare om dessa överskreds. Med bakgrund i vissa i 2008 kända premisser från denna lagstiftning avtalades mellan Företagshälsovården och F-kommun om ett pilotprojekt i ett försök att effektivisera rehabiliteringen. Detta skedde genom en relativ tidig intervention (ca tre månaders sjukskrivning) i en pågående sjukskrivningsperiod, där prognosen var oklar. Projektet avtalades skulle löpa under minst ett år (vilket medför att resultatet kommenteras i termer av indikation på effektivitet) Som metod valdes arbetsförmågebedömning enligt gängse principer och med dokumentation i enlighet med SLU (Särskilt LäkareUtlåtande) en etablerad metodik inom försäkringsmedicin, som därtill i olika utredningar har nämnts skulle bli den officiellt rekommenderade metoden för denna kategori av utredningar.

I projektet jämfördes en interventionsgrupp, som genomgick arbetsförmågebedömning med en kontrollgrupp (om vardera 10 personer); Grupperna var sinsemellan jämförbara vad angår diagnoser, ålder och sjukskrivningstid. Resultaten är preliminära men *indekerar* att metoden kan vara effektiv och ge såväl arbetstagare som arbetsgivare förutsättningar för en optimal rehabilitering.

I projektet kan konkluderas, att metoden med användandet av SLU är lämplig och kan rekommenderas vid arbetsförmågebedömning. Resultatet av intervention genom arbetsförmågebedömning ger preliminärt *indikatorer* på att denna metodik med framgång kan utnyttjas i samband rehabilitering för personer med pågående sjukskrivning upp till ca 3 månader och oklar prognos. Sannolikt kan och bör metoden komma till användning även tidigare i ett förlopp således någonstans mellan en till två månader, om inte det omedelbart går att uppfatta en prognos: Rehabiliteringspotentialen har visats vara bättre inom detta intervall; Tröghet i systemet med sjukvårdande/-andras rehabiliterande insatser och eventuella fackrättsliga aktiviteter medför att effektiviteten borde öka vid en tidigare intervention än nämnde 3 månaderna.

1 Inledning

Vid projektets planering (maj 2008) diskuterades om ett nytt och radikalt ändrat regelverk omkring Sjukförsäkringen. Bland det som i förväg framkom i förslaget fanns bland annat strikte tidsmässiga gränser för sjukskrivning [1]. Jämfört det befintliga systemet, som tillät relativt långvariga sjukskrivningar för medicinsk-/yrkesinriktad rehabilitering skulle således ske en avsevärd uppstramning, vilket för Arbetsgivarna (AG) ville medföra högre krav på deltagande i den yrkesinriktade rehabilitering.

AG kunde därför i ett sjukskrivningsförlopp och i ett tidigt skede behöva hjälp med en medicinsk bedömning av förutsättningarna för den sjukskrivna: Möjlighet för återgång i det ordinarie arbetet/ordinära tid alternativt behov för översyn av arbetsförmågan generellt respektive eventuella behov för yrkesmässiga rehabiliteringsinsatser. Det blev därför sannolikt att AG för vissa sjukskrivna skulle behöva en allmän översyn av den sjukskrivnas arbetsförmåga och att detta krav måste tillgodoses oavsett det ännu inte från myndighetshåll har framkommit praktisk definition av arbets(o)förmåga [2] respektive utarbetade riktlinjer och instrument för sådana bedömningar. Redan innan denna tidpunkt skett en ändring av fokus i samband med sjukskrivning – från sjukdom/sjukdomar till konsekvenser för funktions-/aktivitetsförmåga och inskränkning till följd av dessa av arbetsförmågan exemplifierad genom Försäkringskassans ”Att vara sjuk är inte alltid det samma som att inte kunna arbeta. Det är din förmåga att arbeta som avgör om du har rätt att få sjuklön eller sjukpenning, inte sjukdomen eller symptomen” [kommer från en slogankampanj TV- affischering – tidningar, referensmöjlighet saknas] Det var därtill utmärkande för involverade utredare/myndigheter att arbetet med bedömning av arbetsförmåga uppfattades vara ett naturligt led i arbetsuppgifter inom Företagshälsovården (FHV) och det resonerades även i utvidgade åtaganden för FHV[3]

1.1 Bakgrund och litteraturstudier

Vid genomgång av litteraturen för konkretisering av ovanstående problemställning fanns relativt få upplysningar från tidigare år. Det har främst varit utredningar och sammanställningar från 2000-talet som med modernare inriktning beskrivit såväl problem som lösningar:

Bakgrunden till förslaget för en ändrad lagstiftning var inte minst en sedan 90-talet kraftigt ökande sjukfrånvaro/tilldelning av långvariga förmåner från Försäkringen och Regeringens önskemål om att fler skulle kunna försörja sig genom eget arbete, dels för den enskilda personens eget välbefinnande, dels för att bibehålla välfärden. Det blev därför med nämnda önskemål en ökad koncentration på begreppet arbetsförmåga.

Även om en vändpunkt i såväl sjukskrivningar som tilldelning av långvariga förmåner för Försäkringen vände neråt åren från ca 2002 och efteråt är det fortsatt många, som via förmåner är försatt i utanförskap – vid utgången av 2006 >550 000 personer med sjuk- eller aktivitetsersättning.[4] Förutom dessa fakta framgick att tidigare aktiviteter för att främja rehabiliteringen via olika stödinsatser inte haft den förväntade effekten – således var utvecklingen inom Försäkringen negativ trots exempelvis ”Dagmarpengar” som infördes på 80-talet och var använda fram till början av 2000-talet.

Debatten omkring orsakerna till den ökade sjukfrånvaro kretsade bland annat omkring möjligheten ”ett slentrianmässigt förfarande och ogenomtänkta åtgärder” vid sjukskrivningar vilket medförde ökad fokusering på utfärdandet av det medicinska underlaget ~ sjukskrivningsprocessen och januari 2004 tillkom från Försäkringskassan ett nytt dokument SLU (Särskilt LäkarUtlåtande), som var mera ändamålsenligt för att bedöma en sjukskrivnings förmågor re-

spektive oförmågor. Syftet med detta intyg var bland annat att styra intygsskrivande läkarens tankar bort från själva sjukdom/symtom till en koncentration på de praktiska konsekvenserna av denna/dessa på förmåga/oförmåga för funktion och aktivitet och därigenom arbetsförmåga [5]. I intyget introducerades också ICF kodningen [6]. Den försäkringsmässiga hanteringen av sjukskrivning och förmånsbedömning var också utsatt för granskning, och som resultat blev tidigare organisationen av flera egna Försäkringskassor ändrat till sammanslagning av dessa till en stor myndighet Försäkringskassan (FK) – detta bland annat för att säkra en mera enhetlig och likriktning av den försäkringsmedicinska och –tekniska hanteringen av ärendena. Innan aktuella har olika medicinska enheter och metoder använts för bedömning av arbetsförmåga – således initialt Riksförsäkringsverkets sjukhus (5 till antalet) men sedermera även andra enheter alla med rehabiliteringsinriktning och olika metoder för bedömningarna. Olika metoder har under året använts men sammanfattande har det inte funnits någon enhetlig inriktning på vare sig utredning eller instrument för bedömning av arbetsförmåga.

I samband med översyn av metoder för nämnda fann utredningen i Sverige samstämmigt att det inte finns några väldefinierade metoder för arbetsförmågebedömning men samtidigt uppfattades SLU vara en genuin bra metodik med dock eventuellt behov för förfining genom olika instrument för en mera enhetlig värdering av arbetsförmågan. Sådana kan dock än så länge inte redovisas [7]. Förnyelse med under 2008 ny blankettförfarande vid SLU ger ICF en bredare betydelse och potential vid denna kategori av bedömningar. ICF ger inte endast fakta för nedsättning/begränsningar i funktions-/aktivitetsförmåga men även fakta för bedömning av en faktiskt kvarvarande förmåga av dessa förmågor vid en given sjukdom. Detta synsätt förstärks indirekt i nya blanketten däri ingår krav om bedömning av förmågor trots hinder och begränsningar. Om än det inte är direkt påkrävt användning av ICF kommer rubriken omedelbart efter ICF-bedömningarna och det är i sammanhangen tydligt att denna anses kunna ligga till grund även för bedömning av förmågor.

1.2 Syftet med projektet

Projektets syfte var att belysa om FHV i F-kommun genom arbetsförmågebedömning kunde ha en positiv inverkan på rehabiliteringsprocessen av en sjukskriven (kundanställd, KA) och därigenom hjälpa kunden (AG) till ett bättre handläggande av densamma. Syftet var slutligen att värdera om förfarande kunde vara positivt ekonomiskt för kunden.

1.3 Presentation av projektområde och grupper

Projektet gjordes i samarbete med F-kommuns rehabiliteringsteam. F-kommun är en kommun drygt 40 000 innevånare (utgången av 2007, 40 194), där kommunen sysselsätter 4 290 personer (3 086 tillsvidare anställda och 1 204 visstids- eller timanställda).

Två stora förvaltningar – Barn och Utbildningsförvaltningen (BUF) med 1 545 personer och Socialförvaltningen (SOC) med 1 550 personer – drog av naturliga grunder till sig uppmärksamheten inför aktuella projekt: På grund av sina storlekar och sannolikt även grundet innehållet i arbetet och åldersstrukturen inom förvaltningarna var majoriteten av KA med förmåner och/eller sjukskrivning inom Kommunen att finna inom dessa förvaltningar (åldersfördelningen inom F-kommunen som helhet är 46 år - upplysningar om åldersfördelningen inom de två förvaltningar finns inte tillgängliga [8])

Som i många andra kommuner samt generellt för landet fanns diagnoserna för de nämnda förvaltningarna främst vara inom ICD10's F- och M-grupper dvs psykisk sjukdom och sjukdomar inom rörelseapparaten och sammantagit var det naturligt att välja dessa förvaltningar

till grund för projektets genomförande. Det valdes att jämföra två grupper med varandra i ett pilotprojekt- således att jämföra en grupp för kontroll med en interventionsgrupp om vardera 10 KA från BUF och SOC -personalen.

2 Metod

Projektet avtalades skulle löpa under minst ett år (och således utanför utbildningsprojektets tidsperspektiv!)

Det skulle vara ett samarbete mellan rehabiliteringsmedarbetarna inom F-kommun och FHV-enheten.

Vissa parametrar skulle undersökas men endast vara till användning för rubricerade medarbetarna.

2.1 Inklusions- exklusionskriterier

- Som framgick av förslagen för nya lagstiftningen skulle sjukskrivningstiden tre och sex månader ställa krav till ställningstagande om fortsatt sjukskrivning där även "allmänna arbetsmarknaden" skulle tas med i bedömningen om inte det kunde säkerställas, att den sjukskrivna kunde återgå till sin tidigare arbetsgivare. En i sammanhangen nödvändig arbetsförmågebedömning borde således vara aktuell åtminstone omkring en sjukskrivningstid om tre månader. För projektet inkluderades endast personer som hade en sjukskrivningstid på tre månader \pm två veckor vilket också medförde att de två grupper blev mera homogena vad denna faktor angick
- Ett inte ovanligt svårt kapitel för en AG är KA med frekventa sjukskrivningsperioder och därför inkluderades även KA som under senaste halva året hade uppnått en period motsvarande tre månader \pm två veckor
- KA fick inte vara sjukskriven via FHV-enheten
- Det var det ett krav, att det inte förelåg någon rehabiliteringsplanering
- KA med cancer eller annan somatisk sjukdom som krävde specialistvård samt svåra psykiska sjukdomar med krav till specialistvård exkluderades.

2.2 Genomförande

- Medarbetarna inom F-kommun fann med ovanstående kriterier 20 KA, som kunde inkluderas i projektet. De 20 KA slumpades till två grupper och gavs fortlöpande patientnummer. Det säkerställdas, att grupperna sinsemellan var jämförbara vad angick sjukskrivningstid.
- I kontrollgruppen uppgavs personnummer till FHV-enheten men i övrigt inga andra fakta knutna till dessa. Diagnoserna i de två grupperna kontrollerades och lämnades för bedömning av de två grupper jämförbarhet.
- Interventionsgruppen blev närmast undersökt genom en enkel arbetsförmågebedömning genom FHV-enhetens läkare och sjuksköterska och genomfördes enligt följande:

Sjuksköterskan hämtade fakta från sjukskrivningsperioden (oftast journalkopia) och gjorde en bedömning med SASSAM [9] och gjorde därtill en allmän social anamnes. Företagsläkaren gjorde en ytterligare genomgång av anamnes samt status och använde vid dokumentationen underlaget för SLU med användandet av ICF. Muntlig och i förekommande fall även skriftlig förklaring lämnades vid ett gemensamt rehabiliteringsmöte med deltagande av KA, arbetsledaren och läkaren; Endast vid önskemål här- om från KA *och* arbetsledaren fick FK tillgång till utlåtandet, men FK deltog inte i själva mötet. Förklaring till KA och arbetsledaren var enligt ”kokboksprincipen” så- des steg för steg hur det praktisk skulle bli möjligt för KA att återgå i sitt arbete om detta var möjligt – respektive annan hantering om detta inte ansågs möjligt. Även rent medicinsk rådgivning lämnades, där sådan behövdes

- Med respekt med KA´s fria vårdval överlämnades resultatet av FHV-s utredning till KA själv således att utredningen, om KA så önskade, kunde ligga till grund för KA´s vidare samarbete med den ordinära/sjukskrivande läkaren.
- Medarbetarna följde sen upp såväl KA från interventionsgruppen som kontrollgruppen och redovisade sjukskrivning – ja/nej respektive grad för de enstaka anställda tre och sex månader efter insatsen. Därtill kommer att ske en avslutande granskning av samma 12 månader efter insatsen således att eventuella återfall och andra faktorer kan vägas in i helheten (detta förfarande har valts för att undgå bias om AG skulle behöva FHV´s hjälp för bedömning av en KA inom kontrollgruppen. Således kommer få eller inga fakta från uppföljningen av kontrollgruppen föreligga innan ett år har gått!).

3 Resultat

Resultatet skulle bedömas enligt de tre frågeställningarna

1. Kunde FHV's insats anses vara till nytta i rehabiliteringsprocessen?
2. Hjälpte det kunden i den uppkomna situationen?
3. Var det ekonomiskt gynnsamt för kunden?

I projektet blev det emellertid inte möjligt att svara strikt på frågorna – på grund av projektets tidsram visavi pågående utbildningen kan jämförande undersökning mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen inte redovisas om än *indikatorer* föreligger vid nuvarande skrivning. Av samma grund blev det därtill möjligt att klarlägga kostnad ~ nytta för kunden.

3.1 Gruppernas sammansättning

Tabell 1 Sammanställning av patienter avseende ålder kön och diagnoser i interventionsgruppen

Interventionsgruppen Patient	Ålder (avrundad)	Kön	Huvud- diagnosgrupp	Sekundär diagnosgrupp
1	50	♀	F	
2	47	♀	F	M
3	46	♀	M	M
4	45	♀	M	
5	45	♀	M	G F
6	56	♀	M	A M F
7	37	♂	M	
8	53	♀	F	M
9	52	♀	F	M
10	39	♀	M	
Median-/medelålder (beräknad på decimaler)	46,9/48,1			

Tabell 2 Sammanställning av patienter avseende ålder kön och diagnoser kontrollgruppen

Kontrollgruppen Patient	Ålder (avrundad)	Kön	Huvud- diagnosgrupp	Sekundär diagnosgrupp
11	51	♂	F	
12	41	♂	F	M
13	61	♀	I	M
14	58	♀	M	
15	34	♀	M	F
16	56	♀	F	
17	42	♀	F	M
18	49	♀	M	
19	45	♀	M	
20	46	♀	M	F
Median-/medelålder (beräknad på decimaler)	47,1/48,3			

Som framgår av tabellerna 1 och 2 ovan var grupperna väl jämförbara vad angår åldersgenomsnittet och även vad angår kön och diagnoser.

Inom huvuddiagnosgrupperna var diagnoserna – Myalgi; Fibromyalgi; Diskbråck i ländryggen; Diskbråck i nacken; Cervikobrachiellt syndrom; Utmattningsyndrom; Depression. Alla diagnoserna framgick i både grupperna utan skillnad.

I sekundärdiagnoserna framgick förutom Myalgi, Fibromyalgi, Depression, Ischemisk hjärtsjukdom, Opreciserat nervskada och Lyme Disease (men av Borelliainfektion).

3.2 Preliminär redovisning

Tabell 3 Resultat, sjukskrivningarna i interventionsgruppen

Interventionsgruppen Patientnummer	Sjukskrivning % Vid utredning	Sjukskrivning % Efter 3 mndr	Sjukskrivning % Efter 6 mndr	Sjukskrivning % Efter 12 mndr
1	100	0	0	-
2	100	0	25	-
3	100	0	0	-
4	100	0	0	-
5	100	0	50	-
6	100	100	50	-
7	75	50	0	-
8	100	50	0	-
9	100	0	0	-
10	100	100	0	-
		Om samma diagnos(er)	Om samma diagnos(er)	Om återfall dvs samma diagnos(er)

Tabell 4 Resultat, sjukskrivningarna i kontrollgruppen

Kontrollgruppen Patient nummer	Sjukskrivning % Vid utredning	Sjukskrivning % Efter 3 mndr	Sjukskrivning % Efter 6 mndr	Sjukskrivning % Efter 12 mndr
11	100	75	75	-
12	100	-	-	-
13	100	-	50	-
14	100	-	-	-
15	100	-	-	-
16	100	-	-	-
17	100	-	-	-
18	100	100	50	-
19	100	0	-	-
20	100	100	25	-
		Om samma diagnos(er)	Om samma diagnos(er)	Om återfall dvs samma diagnos(er)

Från tabell 3 vid 3-månaderskontrollen framgår att 6 utav 10 patienter efter insatsen från FHV återställde sin arbetsförmåga till 100 %. Två patienter hade samma nedsättning av sin arbetsförmåga och ytterligare två hade minskat sin sjukskrivning med 25 %-enheter respektive 50 %-enheter. Vid 6-månaderskontrollen hade 7 av 10 patienter återgått fullt ut i arbete – en (patient nr 2) hade återinsjuknad och var sjukskriven 25 % och två (patienterna 5 och 6) hade sjukskrivning om 50 % - av dessa två sistnämnda hade en minskat sin sjukskrivning med 50 %-enheter och den andra hade återinsjuknad med en 50 %'s sjukfrånvaro.

Vad angår patienterna 5 och 6 framgick redan vid primära bedömningen, att deras arbete inte var lämpliga med de medicinska besvären som förelåg. Det kunna redan vid denna tidpunkt konstateras om tveksamhet allmänt om återgång till de ursprungliga yrkesområdena; Men också att en full arbetsförmåga förelåg i mera lämpliga arbetsmoment. Arbetsledare och KA rekommenderades att arbeta mot en ändrad yrkesinriktning. Ingen av de två patienter insåg problematiken initialt men vid 6-månaderskontrollen hade yrkesmässig anpassning skett i viss mån om än både efter egna önskemål arbetade kvar inom de ursprungliga arbetsområdena (omvårdnadssektorn). Under dessa betingelser kunde anpassningen inte omfatta heltidstjänster, varför sjukskrivning mot ordinära arbetet blev om 50 % i väntan på den fackrättsliga hanteringen (uppsägning) och den försäkringsmässiga hanteringen från FK

Patient nummer 2 hade fått återfall av en långvarig känt sjukdom men räknades kunna återgå till heltidstjänst.

Från kontrollgruppen framgick vid uppföljningen tre och sex månader efter projektet början få eller inga upplysningar. De fakta, som presenteras, uppkom efter kontakter mellan KA och FHV i andra anledningar (lagstadgade undersökningar), där i alla fall sjukskrivningsförhållandena framgick. Patient nummer 13 har fysiska besvär som medför behov för/ansökan om en deltidssjukersättning om 50 %. I övrigt finns inga fakta att tillgå.

Det går i övrigt inte att ytterligare kommentera eller dra för stora konsekvenser av de nu presenterade siffrorna.

3.3 Diskussion och konklusion

När projektet påbörjades uppkom ett etiskt resonemang – Kunde det vara etiskt försvarbart att låta FHV göra en arbetsförmågebedömning på andra läkares patienter; Men eftersom projektet genomfördes uppkom omvända förhållandet – var det etiskt försvarbart att inte göra det. Enligt regelverket har AG ansvaret för nödvändig rehabilitering och med facit i hand framgick att det var i praktiken ingen av husläkarna för KA, som hade gjort en rehabiliteringsplanering vilket därigenom medförde problem för AG. Som en biprodukt av interventionen från FHV bytte två av patienterna husläkare – de uppfattade en passivitet från husläkarna som potentiell riskfylld för jobb och ekonomisk ersättning från Försäkringen

Vad angår kostnad ~ nytta kommer denna beräkning helt att föregå inom Kommunen då utlämning av diverse ekonomiska fakta för de anställda och inte kan anses vara lege artis.

Med de i nya lagstiftningen tänkte förändringarna ställs ännu högre krav till såväl vården som arbetsgivarna om snabbare aktiviteter för återställning av hälsa och arbetsförmåga. Från myndighetshåll – FK – kommer därtill att fokuseras på återgång i arbetet med skarpa tidsmässiga avgränsningar vilket gör det tvingande för alla involverade att konkretisera inte endast på sjukdom men även "arbetsförmåga".

Som framgick inför projektet var det viktigt få undersökt om en arbetsförmågebedömning skulle kunna vara ett hjälpmedel i rehabiliteringsprocessen – genom att relativt snart i ett sjukfall få konkretiserat om egentliga medicinska problematiken, arbetsförmåga med potentiella

möjligheter för återgång i arbete – det ordinära eller annat och behövliga insatser - medicinska eller yrkesmässiga.

I projektet valdes 3-månadersgränsen, som vid tidpunkten för inledningen av projektet (maj 2008) uppfattades vara första tidsgräns i nya ”rehabiliteringsstegen”. Som regelverket sedermera kom till att se ut med skarpa gränser vid tre och sex månader blir det i högre grad viktigt med inventering av ovanstående frågeställning mycket tidigare än tre månader – sannolikt redan mellan en och två månader.

Det var anmärkningsvärd att alla sjukskrivna i projektet överhuvudtaget inte hade varit aktuella för praktiska rehabiliteringsmässiga aktiviteter och att det inte förelåg en enda planering för återgång i arbete. Detta kommer dock med nya regelverket att ändras då FK kommer att få ansvaret för utarbetande av rehabiliteringsplaner vid gränsen 3-månaders sjukskrivning och således ställa större krav på vården och AG

Sammanfattande finns med nu genomförde projekt ännu få konklusiva fakta att framhäva men dock följande:

- Arbetsförmågebedömning kan vara effektiv genom att avtäckas medicinska faktorer som medför behov för omorientering yrkesmässigt även i tidig fas av en sjukfrånvaro.
- Vid bedömningen kan med fördel användas SLU-konceptet som på ett naturligt sätt sammanställer KA's uppfattning med kliniska fakta och andra data och uttrycker dessa i en internationell erkänd klassifikation. Dels kommer detta koncept sannolikt från myndighetshåll att bli det rekommenderade instrumentet, dels kan det användas både i samarbetet med AG och i förekommande fall FK och således ligga till grund för försäkringsmedicinska hanteringen också
- Arbetsförmågebedömningen som utfördes i projektet kan vara till hjälp både för medicinsk behandling och för arbetsledningens insatser för återgång i arbete.
- Resultaten *indikerar* att återgång i arbete effektivt kan nås genom arbetsförmågebedömning.
- Resultaten *indikerar* att arbetsförmågebedömning bör bli aktuell långt tidigare än tre månader: Det finns en inbyggd tröghet i såväl den praktiska hanteringen inom vården som hos arbetsgivare/myndigheter, och därtill visar nyare data om bättre resultat om rehabiliteringsinsatser påbörjas inom 2-månadersgränsen. Sannolikt bör således vid risk för långvarig sjukskrivning – oklara fall göras en arbetsförmågebedömning inom 1-2 månader efter påbörjat sjukskrivning.
- Det går inte att konkludera om kostnad ~ nytta med tillgängliga upplysningarna; Ansvaret för denna beräkning låg på medarbetare inom Kommunen och från ansvariga har meddelats, att dessa upplysningar inte kommer bli offentliga; men endast kommer bli aktuella för ”intern ekonomisk redovisning”.
Redan att AG om en KA kan få upplysningar om olämpliga arbetsmoment, behov för omstrukturering av arbetsuppgifter och i värste fall även fackrättsliga aktiviteter för uppsägning har dock ett uppenbart värde och medför i bäste fall att tid (och pengar) kan sparas in i rehabiliteringsprocessen, vilket var ett av målen med nya regelverket.

Referenser

- [1] Regeringens Proposition 2007/08:136
- [2] SOU 2008:66 S 14-18
- [3] Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting; S2008/5369/SF;
S 2 tredje stycket
- [4] Regeringens Proposition 2007/08:136; Kap 5 och 5.1; S 33-35
- [5] Särskilt Läkarutlåtande; Försäkringskassans Metodundersökning 2004
- [6] Socialstyrelsen; Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa; ISBN91-7201-755-4
- [7] SOU 2008:66; Kap 5, S 84 Slutsatser och förslag
- [8] Årsredovisning 2007; Personal och hälsobokslut för F-kommun; S 4-5
- [9] SASSAM; <http://intern.sfa.sfanet.se/metod/> eller <http://www.sassam.net>

Tillägg

Efter projekttiden för utbildningen i Uppsala har framkommit, att ”man” från F-kommun av olika anledningar inte önskar att fullfölja projektet; ”Man” är nöjd och som följd av projektet kommer det utarbetas nya rutiner vid sjukskrivning, när det finns oklarheter och/eller saknas rehabiliteringsplanering. Redan har Kommunen beställt ”arbetsförmågeutredningar” för ett avsevärt stort belopp (6-siffrigt).

Detta ligger således till grund för att det inte har varit möjligt att fullföra projektets alla tankar:

- Omedelbart innan ”examinationsveckan” maj 2009 framkom att beräkningar för kostnad ~ nytta endast skulle bli för ”intern redovisning”.
- Vid uppföljningen 6 månader efter projektstart uppfattades i kontrollgruppen brister i handläggningen från ordinarie läkarna, vilket skulle kunna ifrågasätta deras hantering samt ”vårdsystemet” inkluderande ”rehabiliteringssysystemet” inom F-kommuns Landsting – Det har medfört att data för kontrollgruppen inte blivit tillgängliga vid avslutningen av projektet (dvs. vid inlämningen mars i år).
- Efter telefoniskt resonemang med högsta ansvarig 2009-05-04 har lämnats tillstånd till detta tillägg (samma som visades vid examinationen 2009-05-06) Men det under förutsättning att det endast får visas vid examinationen och för Kursdeltagare och -ledning” och således även kan läggas på hemsidan med inloggning till samma grupp.
- Ny kontakt till högste ansvarig inom Kommunen 2009-05-10 medför dock att det är inte blir tillåtet att offentliggöra projektet i övrigt inte heller efter ”anonymisering”. Projektarbetet får INTE sedermera läggas ut på internet!!
- Med nyare data framgår att kontrollgruppens personer stort sett alla var sjukskrivna som vid begynnelsen av perioden och att det inte hade skett någon rehabilitering med synliga resultat
- Vid april har 5 personer (tills vidare) kommunicerats från Försäkringskassan och en har fått en 50 % 's pension (den person som hade en ischemisk hjärtsjukdom). Internt i Kommunen arbetar man mellan fack och personalavdelning på att rätta till nämnda problem och har redan beställt arbetsförmågebedömning via FHV. Med största sannolikhet kommer dessa att belasta Kommunen genom dennas ekonomiska ansvar enligt kollektivavtalet dvs. med krav om löneersättning upp till 180 dagar och därtill fackliga förhandlingar med risk för tvister inkluderande anmälan till Arbetsdomstol
- Konklusionen som kvarstår att konstatera i detta tillägg måste således vara, att alla tre syften i projektet har visat sig vara visade: Arbetsförmågebedömning som led i rehabiliteringen har visat sig effektiv för såväl arbetstagare som arbetsgivare och därtill varit lönsam för arbetsgivaren.

Efter tillkomst av nyare data från kontrollgruppen följande tabeller:

Tabell 3 Resultat, sjukskrivningarna i interventionsgruppen

Interventionsgruppen Patientnummer	Sjukskriv- ning % Vid utredning	Sjukskriv- ning % Efter 3 mndr	Sjukskriv- ning % Efter 6 mndr	Sjukskriv- ning % Efter 12 mndr
1	100	0	0	-
2	100	0	25	-
3	100	0	0	-
4	100	0	0	-
5	100	0	50	-
6	100	100	50	-
7	75	50	0	-
8	100	50	0	-
9	100	0	0	-
10	100	100	0	-
		Om samma diagnos(er)	Om samma diagnos(er)	Om återfall dvs samma diagnos(er)

Tabell 4 Resultat, sjukskrivningarna i kontrollgruppen

Kontrollgruppen Patient nummer	Sjukskriv- ning % Vid utredning	Sjukskriv- ning % Efter 3 mndr	Sjukskriv- ning % Efter 6 mndr	Sjukskriv- ning % Efter 12 mndr
11	100	75	75	-
12	100	100	100	-
13	100	50	50	-
14	100	100	100	-
15	100	100	100	-
16	100	75	100	-
17	100	100	100	-
18	100	100	50	-
19	100	0	0	-
20	100	100	25	-
		Om samma diagnos(er)	Om samma diagnos(er)	Om återfall dvs samma diagnos(er)