

Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2005/06

– elva utvalda examensrapporter

Peter Westerholm (red)

ARBETSLIVSRAPPORT NR 2006:45

ISSN 1401-2928

Enheten för arbetshälsa

Enhetschef: Ewa Wigaeus Tornqvist



Förord

Denna utgåva av Arbetslivsinstitutets skriftserie "Arbetslivsrapport" utgör en antologi bestående av elva utvalda examensarbeten framlagda som rapporter av de handledda projekt som ingår som obligatorisk del av institutets utbildning av företagsläkare. Rapporterna som ingår i skriften har redovisats vid den examensvecka som anordnades i maj år 2006 för den kurs som inleddes i januari år 2005.

Bakgrunden är den att kursdeltagarna i ett tidigt skede av utbildningen väljer ut ett ämne för projektarbetet som sedan diskuteras och preciseras avseende frågeställning, urval av undersökt(a) grupp(er), val av metod(er) inledningsvis med kursledningen och därefter tillsammans med en eller två utsedda handledare. Ämnesvalet påverkas vanligen av aktuell arbetssituation i företagshälsovården och av den allmänna samhällsdebatten om arbete, arbetsmiljö och hälsa.

De examinerade arbetena spänner över ett brett spektrum av aktuella ämnen och problemområden som förekommer och engagerar företagsläkare och företagshälsovård i verksamhetens vardag. Urvalet av ämnen har säkerligen påverkats av den uppmuntran vi från institutets sida gett kursdeltagarna om att i sökandet efter ämnen tillämpa principen "Gräv där Du står". Dessa omständigheter bidrar till att uppsatserna avhandlar frågeställningar med god aktualitet.

Antologin innehåller följande arbeten:

De tre inledande arbetena - framlagda av Anita Holmgren, Björn Sjösteen respektive Karin Granberg - inriktas mot frågor om metoder för arbetsinriktad rehabilitering. De gäller arbetsmetoder, identifiering av rehabiliteringshinder av olika slag, sammanhang mellan olika rehabaktörers bedömningar och uppfattningar om problemen, förutsättningarna för samverkan mellan berörda aktörer, möjligheter att effektivisera rehabiliteringsprocessen m.m. I respektive rapport redovisas även detaljerat de metoder författarna använt i datainsamling och kontakter med dem som genomgått en rehabilitering och andra viktiga intressenter.

Christer Sjöberg har granskat hur en försäkringsmedicinsk undersökning, utförd enligt gällande regler och i Försäkringskassan tillämpad praxis kan användas i bedömning av arbetsförmåga och även diskuterat de anslutande etiska frågor som aktualiseras i sådana undersökningar.

Elisabet Adolph har undersökt ett problemområde som ligger nära rehabiliteringsfrågorna - frågor om kunders och kundgruppers kunskaper om sjukförsäkringsregler och attityder till sjukskrivning.

I Martin Flygars arbete har utförts en uppföljning av en grupp kommunalanställda där rehabprocessen avslutats med ett avbrytande av anställningsförhållandet som ett sista steg i tillämpning av en av kommunen fastställd rehabiliteringsplan.

Ola Konradsson redovisar i sitt arbete erfarenheter från en ansats att förbättra omhändertagandet av långtidssjukskrivna anställda genom att etablera ett systematiskt samarbete mellan ett industriföretag (rehabiliteringssamordnare, arbetsledare och skyddsombud), försäkringskassan och företagshälsovård (företagsläkare och företagssköterska).

Gabriel Mörner har i sitt examensarbete studerat en utvald kategori av högre chefer, arbetsledare och personer med personalansvar vid ett industriföretag karakteriserad av låg sjukfrånvaro (< 3 år) under en tvåårsperiod - s.k. "långtidsfriska". Ansatsen var att söka identifiera sociala förhållanden eller arbetsförhållanden som kunde tänkas bidra till ett hälsobeteende av det slag som här betecknats som "långtidsfrisk".

Björn Franzon har gjort en kartläggning av arbetsmiljön och upplevelser av arbetsförhållanden och arbetsbelastning vid ett teknikföretag där antalet 1:a linjens chefer minskat med 50% under de senaste åren och den anställda personalen med 20% under samma tid.

Merja Helenius Aronsson har gjort en tre års uppföljning av upp en grupp personer som undersökts, bedömts och fått behandling under diagnosen "Utmattningsyndrom" vid en specialiserad stressbehandlingsenhet.

Michael McKeogh har undersökt behandling av lateral humerusepicondylit (s.k. "tennisarmbåge") i en rigoröst upplagd randomiserad studie med jämförelse av behandlingsresultatet vid lokal injektion av corticosteroider i kombination med lokalbedövningsmedel.

Examensarbetena avhandlar ämnen och frågeställningar som återfinns inom företagshälsovårdens breda arbetsfält. De är samtliga av hög aktualitet och god kvalitet. I slutet av skriften återfinns en förteckning över författarna med uppgifter om kontaktadresser för läsare som känner behov av ytterligare information eller för att diskutera rapporternas innehåll. I innehållsförteckningen och i anslutning till kapitlen anges handledarnas namn.

Författarna svarar själva för sina rapporters innehåll. Examensarbetena ingår i detta samlade dokument som självständiga kapitel. Arbetslivsrapporten görs även tillgänglig via INTERNET på Arbetslivsinstitutets hemsida: <www.arbetslivsinstitutet.se>.

Vi tackar författarna och deras handledare för att vi på detta sätt kan ge spridning åt dessa examensarbeten som avhandlar aktuella frågor i företag och organisationer där FHV verkar. Vi hoppas att de skall utgöra inspirerande läsning för alla som intresserar sig för och aktivt verkar för ett sunt och hållbart arbetsliv för alla. Vårt tack riktas även till Gun Carlsson, kursadministratör för utbildningen av företagsläkare vid arbetslivsinstitutet, och Monica Söderholm, epidemiologiassistent vid arbetslivsinstitutets arbetshälsoenhet, för hjälp i sammanställning och redigering av rapportmaterialet.

Arbetslivsinstitutet i oktober 2006

Peter Westerholm
Examinator och redaktör

Ingvar Lundberg
Examinator

Margareta Torgén
Examinator

Innehållsförteckning

Förbättrad metod för rehabiliteringsutredning? <i>Anita Holmgren (Handledare: Verksamhetschef, Odont. Dr. Bengt Larsson, Sjukstugan, Malå)</i>	1
Tidig rehabilitering. Resultat av ett förändrat förhållningssätt till rehabilitering i modern verkstadsindustri <i>Björn Siösteen (Handledare: Docent Birgitta Meding, Arbetslivsinstitutet, Stockholm)</i>	29
Möjligheter och hinder i rehabiliteringsprocessen ”Samsyn och/eller mångsyn i Gällivare” <i>Karin Granberg (Handledare: Med. Dr. Åke Thörn, FoU-enheten, Norrbottens Läns Landsting)</i>	39
Arbetsförmågebedömning - ett års uppföljning av prognostiserad arbetsförmåga med hjälp av FörsäkringsMedicinskUtredning (FMU) <i>Christer Sjöberg (Handledare: Professor Lennart Hovelius, Högskolan i Gävle, Belastningsskadecentrum Umeå)</i>	57
Kunskaper om och attityder till sjukskrivningsfrågor bland kunder på Avestahälsan <i>Elisabet Adolph (Handledare: Med. Dr. Lars Englund, Centrum för Klinisk forskning, Falun)</i>	77
Avslut av anställning som rehabiliteringsåtgärd - Vad händer sedan? <i>Martin Flygar (Handledare: Fil. Dr., forskningsledare Annika Almqvist, X-Fokus, FoU-enheten Gävleborgs kommuner och Landsting)</i>	93
Systematisk samverkan kring långtidssjukskrivning <i>Ola Konradson (Handledare: Docent, överläkare Tohr Nilsson, Arbets- och Miljömedicin, Sundsvalls sjukhus)</i>	109
Långtidsfriskas arbetsvillkor. En Internetbaserad enkät avseende chefers och arbetsledares psykosociala arbetsmiljö vid Akzo Nobel Stockviksverken <i>Gabriel Mörner (Handledare: Docent, överläkare Tohr Nilsson, Arbets- och Miljömedicin, Sundsvalls sjukhus)</i>	117
Kartläggning av arbetsmiljön för 1:a linjens chefer vid ett elektronikföretag <i>Björn Franzon (Handledare: Professor em. Peter Westerholm, Arbetslivsinstitutet, Stockholm)</i>	135
Diagnos utmattning - uppföljning efter 3 år <i>Merja Helenius Aronsson (Handledare: Docent Aleksander Perski, Docent, Institutet för Psykosocial Miljömedicin, Karolinska Institutet, Stockholm)</i>	165
Påverkar injektionsteknik utfall i lokal injektionsbehandling av lateral epikondylit? <i>Michael McKeogh (Handledare: Docent Hans-Erik Norbeck, Previa, Stockholm)</i>	173

Författaradresser

Elisabet Adolph, Lilla Dicka 14, 774 97 Fors. Tel 0226-300 75

Email: eladolph@telia.com

Martin Flygar, Myråsvägen 32 D, 818 33 Valbo. Tel 026-13 38 84

Email: martin.flygar@gavle.se

Björn Franzon, Box 4, 830 43 Ås. Tel 063-303 19

Karin Granberg, Nygatan 41, 931 31 Skellefteå.

Email: karin.granberg@skelleftea.se

Merja Helenius Aronsson, Karlsbergsvägen 11, 179 98 Färentuna. Tel 08-56 04 29 25

Email: aronssonhelenius@kund.hemmanet.nu

Anita Holmgren, Rengatan 9, 930 70 Malå. Tel 0953-102 95

Email: anita.holmgren@holmgren-hogel.se

Ola Konradson, Flintlåsvägen 8, 192 59 Sollentuna. Tel 08-623 09 87

Email: ola.konradson@elixir-fhv.se

Michael McKeogh, Östermalmsgatan 61, 591 60 Motala. Tel 0141-21 32 59

Email: michael.mckeogh@previa.se

Gabriel Mörner, Forellvägen 3, 862 40 Njurunda. Tel 060-51 53 28

Email: gm@morner.nu

Christer Sjöberg, Lexevägen 20, 806 27 Gävle. Tel 026-12 34 42

Email: christer.sjoberg@halsoinvesthogbo.se

Björn Sjösteen, Björsund 312, 645 92 Stängnäs. Tel 0155-200 70

Email: sjosteen@spray.se

Förbättrad metod för rehabiliteringsutredning?

Författare: Anita Holmgren

Handledare: Bengt Larsson, Med. .Dr., Verksamhetschef vid
Sjukstugan i Malå och Vårdcentralen i Norsjö

Projektarbete vid Arbetstlivsinstitutets företagsläkarutbildning 2005/06

Sammanfattning

Malå kommun är en mindre inlandskommun i södra lappland med cirka 3 500 invånare, merparten av dessa sysselsatta inom träindustrin, georelaterad verksamhet, verkstadsindustrin, transportnäring och den kommunala sektorn.

Hög sjukfrånvaro var en bakomliggande orsak till riktad undersökning mot just Malå kommun och dess omsorgsavdelning, för att utvärdera en ny arbetsmetod med syfte att underlätta och driva rehabiliteringsprocessen. För att uppnå detta syfte besvarades följande frågeställningar:

- Förbättras rehabiliteringsarbetet i kvalitet med införande av en ny arbetsmetod?
- Kan man identifiera eventuella rehabiliteringshinder och snabbare kunna åtgärda dessa med nämnda metoder?
- Hur påverkas antalet sjukskrivna i mängd och/eller omfattning med en ny metod?
- Uppfattas det så kallade Planeringsreceptet som ett bra instrument i rehabiliteringsprocessen?

Med stöd av en kvalitativ intervju/enkät kartlades kvalitetsskillnader mellan den gamla och nya metoden, men även en identifiering av vad kvalitet i utredningarna kan bestå av. Då kvalitetsparametrar inte finns beskrivna i litteraturen och då en av frågeställningarna i denna undersökning var att jämföra kvalitén, ombads arbetsledarna ange vilka frågor i utredningen de ansåg var viktiga för kvalitén. Om det fanns en hög samstämmighet skulle dessa vara liktydiga med kvalitetsparametrar och användas i jämförelse mellan metoderna.

I sista delen av enkäten utvärderas rehabiliteringsprocessen och identifieras eventuella rehabiliteringshinder. Nästa steg innebar utförande enligt nya metoden med stöd av ordinarie blankett för rehabiliteringsutredning tillsammans med det s.k.

”Planeringsreceptet” som var ett stöd i den fortsatta processen. Därefter gjordes en jämförelse i skillnader mellan gamla och nya metoden i de framtagna kvalitetsmåten samt identifierade rehabiliteringshindren. Resultatet visade att rehabiliteringsarbetet förbättrades i kvalitet vid införandet av en ny metod. Alla arbetsledare som genomfört utredningen med båda metoderna ansåg att innehållet blivit bättre samt ansåg att vikten av att genomföra utredningen hade ökat från inte/mindre viktig till mycket viktig.

Under intervjuerna framkom tre saker som ansågs visa på god kvalitet. Det var *orsak till arbetsoförmåga, rehabiliteringsåtgärder* samt *uppföljning*. I den genomgångna litteraturen finns inga kvalitetsmått framtagna, varför dessa tre användes vid utvärdering av metoderna.

De identifierade rehabiliteringshindren från arbetsgivareperspektiv ansågs vara *väntetider i vården* tillsammans med *anpassnings- och omplaceringssvårigheter*.

Antalet sjukskrivna minskade under projektet med mer än 70 % (omräknat från 7,5 heltider vid projektets start till 2 heltider vid slutet).

Planeringsreceptet uppfattades också som ett bra instrument i rehabiliteringsprocessen. Från enkäten framkom att arbetsledarna, försäkringskassans handläggare samt företagssköterskan ansåg att instrumentet underlättade planeringen, förtydligade ansvarsfördelningen. Övervägande delen (88,8 %) ansåg att graden av engagemang genom delaktighet med egenansvar ökade för den enskilde i samband med införandet av Planeringsreceptet, medan knappt hälften (44,4 %) upplevde ett ökat eget engagemang.

Slutsatsen av undersökningen blev att kvalitén i rehabiliteringsarbetet förbättrades med en ny arbetsmetod och ”Planeringsreceptet” uppfattades som ett bra instrument i rehabiliteringsprocessen.

Inledning

I mitt arbete som företagsläkare delar jag en åsikt och upplevelse av svårigheter och tröghet runt rehabiliteringsarbetet och där erfarenheter visar att möjligheterna till ett lyckat resultat av rehabiliteringen ökar ju tidigare rehabiliteringen påbörjas (1). Svårigheter med rehabiliteringsarbetet upplevs starkt förknippad med tiden, att nästan alltid komma in sent i rehabiliteringsprocessen. Väl inne i rehabiliteringsprocessen är problemet sedan ofta att hitta verktyg som underlättar och påskyndar själva processen på ett fruktbart sätt med en hög kvalitet. Dessa upplevda svårigheter var ett grundläggande motiv till mitt ämnesval. Projektarbetet ingår i företagsläkarutbildningen 05/06.

Trots minskningen i sjukfrånvaro är det fortfarande ett stort problem både ur samhällsekonomisk aspekt likväl som ur den enskilda individens perspektiv. För att ytterligare minska sjukskrivningarna och kanske ännu viktigare få tillbaka de sjukskrivna i arbete är de flesta bedömare överens om att tidig rehabilitering är avgörande (2). I de flesta undersökningar framhålls arbetsledaren som den viktigaste ”agenten” att hejda utslagningen och initiera rehabiliteringen. Om de tidiga signalerna på rehabiliteringsbehov försummas kan sjukskrivningen leda till utslagning. Denna utslagningsprocess sätter igång så snart den anställde varit borta från arbetet några veckor (2).

En annan viktig aktör för rehabilitering är företagshälsovården (FHV). I frågan om FHV möjligheter att påverka sjukfrånvaron i svenskt arbetsliv konfronteras man med problemet att det endast finns ett fåtal publicerade studier i ämnet (3). Detsamma gäller eventuella samband mellan arbetsledningens/arbetsorganisationens betydelse för sjukfrånvaro eller för den delen arbetsnärvaro (3).

En stor del av uppgifterna på företagshälsovården är att arbeta med rehabilitering, även om det enligt 22 kap.3§ AFL ”...är det arbetsgivaren som i samråd med den försäkrade ska svara för att hennes eller hans behov av rehabilitering klarläggs och att de åtgärder som vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering”. Ett av problemen är att FHV ofta kommer in sent i arbetet vilket inte sällan förlänger både förlopp, sjukskrivningstiden samt medför betydande ekonomiska konsekvenser för den enskilde

En av de största svårigheterna i rehabilitering är att rehabiliterarna saknar samband med varandra och ofta inte vet varandras resurser, kontakten går långsamt och omständligheten blir ofta tydlig och mycket irriterande för alla inblandade (2,4). Resultatet blir oftast en försenad och dålig utredning trots framtagna metodikstöd, ”Rehabiliteringsguide för arbetsgivare” (4).

Redan 1990 var det ett känt faktum att nyckelbegreppet i all rehabilitering var ”nu” och att väntan var det allra största rehabiliteringshindret (2).

Ett sätt att försöka eliminera dessa problem kan vara att försöka identifiera förseningsfaktorerna. Ett annat är att försöka hitta en metod eller ett arbetssätt som utan hänsyn till varför försening uppstår snabbt komma igång med rehabiliteringsprocessen. Det bör därför vara av stor vikt att hitta en enkel metod för planering av rehabiliteringen.

En annan viktig fråga i sammanhanget är innehållet i rehabiliteringsutredningen. Finns det delar som är viktigare än andra, något som skulle kunna kallas kvalitetsmått?

I Vägledningen finns inga "minimikrav" eller framtagna kvalitetsmått utan man säger "bör innehålla" vissa uppgifter (5,6). Samtidigt sägs att utredningen "bör vara av den kvaliteten" att den kan bli ett stöd för en framtida effektiv rehabilitering (7).

Med andra ord finns det en uppenbar otydlighet kring innehåll och kvalitet. Det enda som egentligen sägs är när utredningen skall göras. För att tidigt uppmärksamma signaler skall, enligt 22 kap. 3§ AFL, arbetsgivaren ovillkorligen påbörja en rehabiliteringsutredning när den anställda pga. sjukdom varit borta helt eller delvis 4 veckor eller mer, upprepad korttidsfrånvaro eller på den anställdes begäran.

Syfte och frågeställning

Det övergripande syftet med denna undersökning är att testa en metod för att underlätta och driva på rehabiliteringsprocessen.

Projektet avser att besvara följande frågeställningar;

- Förbättras rehabiliteringsarbetet i kvalitet med införande av en ny arbetsmetod?
- Kan man identifiera eventuella rehabiliteringshinder och snabbare kunna åtgärda dessa med nämnda metoder?
- Hur påverkas antalet sjukskrivna i mängd och/eller omfattning med en ny metod?
- Uppfattas det så kallade Planeringsreceptet som ett bra instrument i rehabiliteringsprocessen?

Undersökta grupper

Projektet pågick från 1/2 2005 till 31/12 2005. De personer som studerats är alla anställda inom Malå kommuns omsorgsavdelning, den avdelning inom kommunen som har högst andel sjukskrivna och där de undersökta grupperna är arbetsledare samt övriga anställda inom omsorgen.

Antalet arbetsledare är 7 stycken, samtliga ingick i studien. Det är enbart kvinnor med en medelålder på 44,4 år (27-60 år). Alla har gymnasial utbildning och fyra har dessutom högskoleutbildningar. Anställningstiden varierar mellan 40 år i tjänst till en som är nyanställd sedan 2 månader.

En arbetsledare av sju (pga. kort anställningstid) har inte genomfört någon rehabiliteringsutredning vare sig med nya eller gamla metoden. Ytterligare en hann aldrig genomföra med den nya metoden pga. att hon slutade som arbetsledare.

Omsorgsavdelningen hade 31/12 2004, 222 anställda, varav 142 av dessa var tillsvidareanställda. Fördelningen är 5 män och 137 kvinnor (3,5 % män).

80 personer är visstidsanställda, med fördelningen 11 män och 69 kvinnor, där männen utgör 13,75% av de anställda. Samtliga är anställda som vårdbiträden, undersköterskor och personliga assistenter.

Sjukfrånvaron inom omsorgsavdelningen ligger högre än inom övriga delar av den kommunala förvaltningen. Detta faktum är den bakomliggande orsaken till att just omsorgsavdelningen valdes ut för att ingå i projektet.

Förutom arbetsledarna ingick två personer från försäkringskassan (handläggare från samordnad rehabilitering, s.k. SAM) samt företagssköterskan i Malå företagshälsovård i utvärderingen av det s.k. Planeringsreceptet, se bilaga 1. En av de sju arbetsledarna som ingick i undersökningen exkluderades i sistnämnda utvärdering då hon pga. kort

anställningstid inte hunnit vara med i rehabiliteringsträff och därmed inte träffat på Planeringsreceptet.

Metod

Del 1: I den första delen kartlades kvalitetsskillnader mellan den gamla och nya metoden för rehabiliteringsutredning. Det gjordes genom en kvalitativ intervju med ett formulär (bilaga 2) framtaget med stöd av kapitlet "Kvalitativ intervju" för såväl manual som själva intervjusituationen (8) men även från ALI "Att ställa frågor om arbetsmiljön" där anvisningar och råd finns för såväl formulärets utseende som ordningen mellan frågorna i formuläret, typ av frågor och inte minst frågeformuleringen samt svarsskalor och svarsalternativ (9).

QPSNordic-34+ har bidragit till utformningen av mina frågor, frågeställningar liksom svarsalternativen med dess uppdelning.

Intervjumallen/enkäten är uppdelad i tre delar där första delen gav basfakta om den intervjuade arbetsledaren och dennes anställda. Den andra delen samlade information om eventuella skillnader mellan gamla och nya metoden. Enkätens andra del användes även för att identifiera vad kvalitet i utredningarna kan bestå av. Kvalitetsparametrar finns inte beskrivna i litteraturen och då en av frågeställningarna i denna undersökning var att jämföra kvalitén, ombads arbetsledarna ange vilka frågor i utredningen de ansåg vara viktiga för kvalitén. Om det fanns en hög samstämmighet skulle dessa svar vara liktydiga med kvalitetsparametrar och användas i jämförelsen mellan metoderna.

I de flesta frågorna gavs utrymme för såväl egna kommentarer som gradering i skattningsskala - detta för att enklare kunna göra en jämförelse och utvärdering.

I tredje delen utvärderas rehabiliteringsprocessen och identifieras eventuella rehabiliteringshinder. Rehabiliteringshindren delades in i följande faktorer: medicinska, arbetsplats/miljörelaterade, psykosociala och övriga.

Formuläret skickas ut i förväg till de sju arbetsledarna för att ge möjlighet till reflektion och eftertanke innan själva intervjun som var enskild och tog cirka 2 timmar i anspråk.

Del 2: I den andra delen genomfördes rehabiliteringsutredningar med den nya metoden. Den nya metoden för rehabiliteringsutredning går ut på att den genomförs med arbetstagaren, arbetsledare (arbetsgivarrepresentant) och företagsläkaren (i denna undersökning var det försöksledaren) närvarande till skillnad från den gamla metoden då arbetsgivare och arbetstagare deltog. Samma blankett för rehabiliteringsutredning, framtagen av Försäkringskassan ("Rehabiliteringsutredning - plan för återgång till arbete") används vid både den gamla och nya metoden. I den nya metoden användes även ett stöd för den fortsatta uppföljningen med tydlig planering och inte minst ansvarsfördelning av den ordinerade och lagda planen. Arbetsnamnet Planeringsrecept, är i sig ett sätt att ge tyngd åt dokumentet, dvs. att det är en ordination, inte en rekommendation.

Planeringsreceptet är en blankett (bilaga 2) där det förutom namn, medverkande personer vid aktuell träff, behov av anpassning och/eller omplacering även framkommer vad som fortsatt ska göras i rehabiliteringen. Dvs. vad ska göras, av vem och när det ska ske.

Underlaget skrivs under av samtliga medverkande parter. Det kopieras också så att alla får ett exemplar. En beskrivning av de ingående deltagarna finns i tabell 1.

En jämförelse mellan dessa utredningar, gjorda enligt den nya metoden och föregående års utredningar, gjordes sedan utifrån framtagna kvalitetsparametrar samt identifierade rehabiliteringshinder, se del 1 ovan.

Utvärdering av Planeringsreceptet gjordes med hjälp av en enkät, se bilaga 1. Enkäten skickades till samtliga inblandade i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen, dvs. arbetsledare (6 st), företagssköterska (1 st) och försäkringskassans handläggare från SAM (2 st) som medverkat vid rehabiliteringsträffarna/avstämningsmöten.

Resultat

Basfakta om personerna som ingick i studien finns presenterade i tabell 1. Resultaten presenteras i två delar på liknande sätt som metoderna för studien presenterats under Metoddelen ovan.

Del 1

Jämförelse mellan gamla och nya metoden

Alla arbetsledare som genomfört utredningar enligt båda metoderna (5 av 7) ansåg att innehållet i rehabiliteringsutredningen blivit bättre med den nya metoden jämfört med den gamla. Två av sju kunde inte svara då man inte hade genomfört utredning med den nya metoden. Alla som genomfört utredningen enligt båda metoderna ansåg också att vikten av att genomföra en rehabiliteringsutredning ökat från *inte/mindre viktig* till *mycket viktig*.

Identifierade kvalitetsparametrar

I litteraturen saknas kvalitetsmått för rehabiliteringsutredningar. Arbetsledarna angav följande parametrar som viktiga punkter i utredningarna:

- Orsak till arbetsoförmåga
- Rehabiliteringsåtgärder
- Uppföljning

Av den anledningen valdes dessa som kvalitetsparametrar.

Rehabiliteringshinder

De rehabiliteringshinder som uppgavs var främst medicinska, t.ex. väntetid på röntgen och utredning samt arbetsplats/miljörelaterade, t.ex. omplacerings- och anpassningssvårigheter.

Del 2

Påverkan på antalet sjukskrivna

Antalet sjukskrivningar omräknat i heltid var vid starten av projektet (050201) 7,5 heltider och vid slutet (051231) 2 heltider totalt.

En jämförelse av hur sjuk- och aktivitetsersättning, tidigare benämnt sjukbidrag/sjukpension (=S/A) förändrades i antal visade att antalet sjukersättningar räknat på heltid ökade från 5,75 till 6,25. Antalet sjukersättningar som minskade i omfattning alternativt resulterade i friskskrivningar var 6 stycken. Omvänt blev 4 stycken sjukskrivningar omvandlat till sjukersättningar medan sjukersättningsgraden var oförändrade i 7 av fallen, 3 ökade i sin omfattning. 2 sjukskrivningar var helt oförändrade i sin omfattning.

I tabell 1 sammanfattas resultaten av jämförelsen mellan den gamla och den nya metoden.

Utvärdering av Planeringsreceptet

- Alla (n=9) ansåg att Planeringsreceptet underlättar planeringen.
- Alla (n=9) ansåg att Planeringsreceptet medförde förtydligande av ansvarsfördelningen.
- 6 av 9 (66,6 %) ansåg att Planeringsreceptet har ett högt värde som pådrivande i rehabiliteringsprocessen.
- 8 av 9 (88,8 %) ansåg att graden av engagemang, delaktighet med egenansvar ökat för den enskilde i samband med införandet av Planeringsreceptet.
- 4 av 9 (44,4 %) upplevde ett eget ökat engagemang/delaktighet i rehabiliteringsprocessen.

Tabell 1. Jämförelse mellan den gamla och nya metoden för rehabiliteringsutredningar

	Rehabiliterings- utredningar 2000-2004	Rehabiliterings- utredningar 0502-0512
Antal kvinnor	14	20
Antal män	1	1
Medelålder	46 år	49 år
Tidigare S/A (heltid)	5,75	6,25
Sjukskrivning omräknat till heltid	7,5	2
Antal Uppfyllda kvalitetsparametrar/ antal möjliga	1/14	21/21
S/A=> minskad S/A alt. frisk	*)	6
Sjukskrivning=>S/A	*)	4
Minskad sjukskrivningsgrad	*)	4
Ökad/oförändrad sjukskrivningsgrad alt (S/A)	*)	2 (10)

*) Information/uppgifter saknas om hur det förändrat sig över tid mellan 2000-2004.

Diskussion

Den aktuella studien genomfördes i Malå, en liten glesbygdskommun i södra Lappland. Deltagare var arbetsledare och sjukskrivna vid omsorgsavdelningen inom kommunen. Orsaken till att omsorgsavdelningen valdes var att andelen sjukskrivna var högre här än på andra håll i kommunen och eftersom sjukfrånvaron generellt sett är högre i Norra Norrland än på de flesta andra områden i Sverige kan man med fog gissa att den aktuella platsen har bland de högsta sjukskrivningstalen i Sverige(10).

Rehabilitering i alla dess former är en oerhört komplicerad process där fler med mig försökt hitta i första hand receptet till "Bra rehabilitering" och därefter ingredienserna till hur det skall se ut. Vad krävs? Vilka verktyg används? Vilka insatser krävs av vem, i vilken omfattning och när? Frågorna är som synes många. Intentionerna med detta projekt har varit att svara på några av de många frågeställningar i denna ytterst komplicerade och viktiga process som tyvärr allt för få verkar ha studerat. De flesta bedömare är överens om att möjligheterna till ett lyckat resultat av rehabiliteringen ökar ju tidigare rehabiliteringen påbörjas(1).

Trots detta saknas det egentliga utvärderingar av kvalitén i rehabiliteringsprocessen och även dess första del, dvs. rehabiliteringsutredningen. I den här studien testas därför en ny metod för utredning där den ordinarie blanketten för rehabiliteringsutredningar, utformad av Försäkringskassan används. Skillnaden mellan den gamla och nya metoden är främst att i den nya deltar företagsläkaren vid utredningen. I den nya används även ett särskilt protokoll, här kallat Planeringsreceptet. Planeringsreceptet innehåller förutom namn, medverkande personer vid aktuell träff, behov av anpassning och/eller omplacering även framkommer vad som fortsatt ska göras i rehabiliteringen. Dvs. vad ska göras, av vem och när det ska ske. Det skrivs sedan under av samtliga medverkande parter. Det kopieras också så att alla får ett exemplar.

Resultaten visar att den nya metoden för rehabiliteringsutredningar var bättre än den gamla trots att det inte var några stora skillnader avseende genomförande. Det så kallade Planeringsreceptet upplevdes också som ett positivt instrument för att driva på rehabiliteringsprocessen.

Eftersom kvalitetsmått saknas i litteraturen ombads arbetsledarna identifiera vad de ansåg vara viktigt för god kvalitet i rehabiliteringsutredningen. Deras svar visade inte på några större skillnader, men med den nya metoden hade de lättare att identifiera kvalitetsparametrar. De uppgav också att de med den nya metoden fick bättre stöd i utredningen och att den kändes viktigt för den egna verksamheten - från att ha varit försäkringskassans utredning till att det blev ett värdefullt dokument. Alla arbetsledare som genomfört utredningar enligt båda metoderna ansåg också att innehållet i rehabiliteringsutredningen blivit bättre med den nya metoden jämfört med den gamla. Alla som genomfört utredningen enligt båda metoderna ansåg också att vikten av att genomföra en rehabiliteringsutredning ökat från *inte/mindre viktig* till *mycket viktig*.

I undersökningen uppgav arbetsledarna några rehabiliteringshinder. Det rörde sig främst om att väntetiderna i vården är långa, samt anpassnings- och omplaceringssvårigheter. Det sistnämnda är också det som vanligtvis lyfts fram i andra sammanhang och där förslag på bl.a. tydliga och tidiga arbetsgivarinsatser ofta läggs fram (11).

Då det gäller väntetiderna i vården vet vi att situationen är pressad varför arbetsledarnas svar kanske inte är förvånande. Förhoppningen är att genom införandet av vårdgarantier för att minska på väntetiderna kan förbättra situationen. I undersökningen tillfrågades aldrig arbetstagarna om deras synpunkter på rehabiliteringshinder. Det skulle naturligtvis ha varit intressant att få veta vad de svarat på samma fråga, men tyvärr ställdes den aldrig till dem.

Resultaten visar också att antalet sjukskrivna, omräknat i heltider, minskade mer än 70 % vilket kan ha sin förklaring i ett bra rehabiliteringsarbete, men där bidragande orsaker till slutresultatet är flera. Malå kommun genomför ett inre arbete beträffande arbetsmiljön och sjukskrivningar där det viktigaste är införande av tre olika arbetstidsmodeller/förkortningar. Ytterligare en faktor som måste vägas in är försäkringskassans striktare applicering av regelverket angående rätten till sjukpenning (12).

En annan närliggande och inte ovanlig förklaring är ökat antal sjukersättningar som under projektets gång ökat från 5,75 till 6,25 heltider, och fyra sjukskrivningar övergick till sjukersättning. Sist men inte minst som förklaringsmodell finns naturalförloppet, dvs. eget tillfrisknande som skulle ha inträffat oavsett typ av insatser.

Noteras bör att alla inte har fått sin sjukersättning beviljad ännu utan väntar på besked från socialförsäkringsnämnden vilket ju naturligtvis kan påverka siffrorna en del.

Eftersom författaren jobbar som försäkringsläkare så finns en hel del inblick i hur besluten ofta faller, speciellt vid omprövningar. En kvalificerad gissning är därför att ytterligare 2 stycken inte kommer att få förlängd sjukersättning vilket skulle innebära att sjukersättningarna istället skulle ha minskat till 5,5 heltider trots att 4 nya tillkommit under givna period. Det så kallade Planeringsreceptets utformning har sin bakgrund i det som beskrivits som en otydlighet, en osäkerhet i ansvarsfördelning (13) hos alla deltagande parter, men även en bristande insikt i vilket ansvar parterna egentligen har. Alltför ofta glömmer man bort vad som överenskommits under rehabiliteringsutredningen och vem som har ansvar för att det utförs.

Utvärderingen av Planeringsreceptet visar att alla som använt det var positiva. En bidragande orsak till det kan vara att receptet ger en större tyngd åt utredningen inte minst genom att deltagarna får var sitt "kvitto" på vad som ska ske. Det ökar legitimiteten inte minst då alla känner en större delaktighet.

Sammanfattningsvis kan även några kommentarer redovisas som gavs i enkäternas öppna frågor och som understryker det positiva i utvärderingen av Planeringsreceptet.

Arbetsledare tyckte att Planeringsreceptet gav tydligare eget ansvar för den enskilde och att om en rehabilitering ska lyckas måste den enskilde själv engagera sig, se möjligheter och inte passivt avvakta vad andra tycker.

Arbetsledarna tyckte också att det var lättare att se en process i det hela.

Avslutningsvis vill jag påpeka att det inte går att dra några långtgående slutsatser i ett begränsat material med många starkt påverkande omvärldsfaktorer. Däremot är resultaten så lovande att studien bör genomföras i större undersökningsgrupper och där någon annan än försöksledaren och "uppfinnaren" av Planeringsreceptet deltar.

Slutsats

Frågeställningarna besvarades på följande sätt:

1. Rehabiliteringsarbetet förbättras i kvalitet vid införande av den nya metoden. I genomgången litteratur finns inga kvalitetsmått framtagna. I intervjun framkom i huvudsak tre kvalitetsmått:
 - a. *orsak till arbetsförmåga*
 - b. *rehabiliteringsåtgärder*
 - c. *uppföljning.*
2. Identifierade rehabiliteringshinder från arbetsgivarens perspektiv ansågs vara *väntetider i vården samt anpassnings- och omplaceringssvårigheter.*
3. Antalet sjukskrivna minskade med mer än 70 %. Omräknat i heltider från 7,5 till 2 heltider.
4. Planeringsreceptet uppfattades som ett bra instrument i rehabiliteringsprocessen.

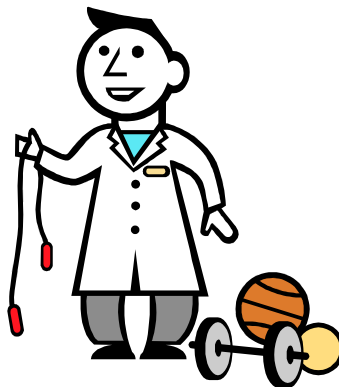
Referenser

1. RFV, Vägledning Riksförsäkringsverket 2004:2 (2004)117-122.
2. Löwgren M. Rehabilitering i arbete Arbetsmiljöfonden (1990)
3. Westerholm P och Bostedt G. Kan företagshälsovården lösa sjukskrivningskrisen? Statens Folkhälsoinstitut (2004)
4. Boman K. Rapport, PROHÄLSA 2002-02-26– Arbetsgivarens medverkan (2002) Försäkringskassan, 13-14
5. Krister Skoglund, Rehabiliteringsguiden, Prevent, (2005)28
6. RFV, Vägledningen 2004:2 (<http://www.rfv.se/publi/vgl/index.htm>) (2004)121
7. Bahjat Khaledi, RFV Analyserar 2005:17 Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete, (2005) 20
8. Holme IM, Solvang BK. Forskningsmetodik, om kvalitativa och kvantitativa metoder Arbets- och Miljömedicin Göteborg (1997), 18
9. Kjellberg A. Att ställa frågor om arbetsmiljön En kort handledning i konstruktion av frågeformulär. Arbetslivsinstitutet och författaren (2003)
10. Dutrieux J. RFV Analyserar 2003:12 Regionala skillnader i sjukskrivning-hur ser de ut och vad beror de på? (2003) 7
11. Ekelöf M och Dellve L (red). Rapport från Arbets- och miljömedicin nr 109 Rådslag om sjukfrånvaron: Vilka kan göra något åt det och hur? Redovisar 2005:6 www.forsakringskassan.se (2005)
12. Bergendorff S och Hanna Larsheden H. RFV Analyserar 2003:16, Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro – erfarenheter från fyra länder. Riksförsäkringsverket (2003)
13. Boman K (Projektledare).Slutrapport Prohälsa Delprojekt 2, Arbetsgivarens medverkan, Försäkringskassan (2002) 7-13

Acknowledgement

Vill rikta ett varmt tack till min handledare, Bengt Larsson, som gett ovärderligt stöd, kunskap, råd och haft en stor portion tålamod med mig i mitt projektarbete. Ett lika stort tack till alla Er med som medverkat i intervjuerna/enkäterna, rehabiliteringsutredningarna tillika företagssköterskan Maja Nilsson och som gjort mitt projekt möjligt!

(Informationstext och enkätformulär till arbetsledare om tidigare tillämpad respektive reviderad uppläggning av planeringen i arbetsinriktad rehabilitering)



Projektarbete ingående i Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2005-2006

Bakgrund

Ett projekt för att försöka förbättra arbetet med rehabilitering av sjukskrivna pågår i Malå kommuns omsorgsavdelning. Målet är att sjukskrivna snabbare ska komma tillbaka i arbete. För att åstadkomma det testas en ny metod där företagshälsovården (FHV) har en mer aktiv roll.

Den nya metoden innebär att rehabiliteringsutredningen genomförs på FHV tillsammans med läkare, arbetsledare samt den anställde. För att få en uppfattning om den nya metoden ger någon förbättring ska den jämföras med den gamla metoden där arbetsledaren och den anställde gjorde utredningen. Poängteras bör att blanketten för rehabiliteringsutredning är den samma för båda metoderna.

Jämförelsen mellan metoderna är också det som ligger till grund för det aktuella projektarbetet ingående i Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning.

Tidigt insatt rehabilitering anses idag av de flesta bedömare ha en avgörande betydelse för att sjukskrivningstiden ska bli så kort som möjlig. Idag saknas till stor del utvärderade metoder och instrument som kan snabba upp processen så att fler kan komma tillbaka till arbetsmarknaden snabbare. Målet med den nya metoden är därför att kunna komma igång med rehabiliteringen så snabbt som möjligt, samt att processen drivs framåt och inte blir stillastående. Detta ska möjliggöras genom en aktivare insats från företagshälsovården genom att de:

- bistår i rehabiliteringsutredningen
- hjälper till att stödja, planera och driva rehabiliteringsprocessen.

Tanken är att den nya metoden, ska vara en metod för såväl sjukersättning, heltids-/deltidssjukskriven som vid upprepad korttidsfrånvaro. Som stöd i arbetet finns ett speciellt så kallat "Planeringsrecept" utformat (Bilaga 2). Planeringsreceptet ska ge tydlig information om vad som ska göras, vem som är ansvarig för respektive punkt, samt när det ska vara genomfört.

Frågeställningarna för projektet är;

- förbättras rehabiliteringsarbetet i kvalitet med införandet av en ny arbetsmetod?
- minskar antalet sjukskrivna i mängd och/eller omfattning med en ny metod?
- uppfattas Planeringsreceptet som ett bra instrument i rehabiliteringen?
- kan man identifiera eventuella rehabiliteringshinder och snabbare kunna åtgärda dessa med nämnda metoder?

Syfte

Syftet med undersökningen är:

- att testa och utvärdera en enkel arbetsmetod för att snabbare komma igång med rehabiliteringsprocessen
- att testa och utvärdera ett instrument för planering och uppföljning av rehabiliteringsprocessen, det så kallade Planeringsrecept.

Metod

De personer som ska studeras är alla anställda inom Malå kommuns omsorgsavdelning. Avdelningen är den enhet inom Malå Kommun som har högst andel sjukskrivna. I januari 2005 var andelen sjukdagar (= % av anställningsdagar) 13,3 %.

I undersökningen ska personer som tidigare genomgått rehabiliteringsutredningar jämföras med dem som handläggs enligt den nya metoden. Antalet nuvarande/pågående fall beräknas vara ca 20 st. De ska jämföras med ca 20 gamla fall. De gamla fallen ska väljas så att de så långt möjligt matchar de nya fallen avseende kön, ålder och sjukskrivningsorsak.

I jämförelsen mellan arbetssätten ska ingå:

- en kvalitativ undersökning av förbättringar/försämringar i rehabiliteringsarbetet. (med i förväg bestämda kvalitetsvariabler)
- objektiv mätning av skillnader i antalet sjukskrivna i mängd och/eller omfattning
- utvärdering av Planeringsreceptet via enkät och/eller intervju
- en identifiering av rehabiliteringshinder i tidigare metoder

Undersökningen genomförs genom att arbetsledarna på omsorgsavdelningen får besvara ett frågeformulär (Bilaga 1). Formuläret kompletteras även med en muntlig intervju.

Frågorna på sid. 1-4 syftar till att ge en bild av sjukskrivningsläget, idag och tidigare.

Avsnittet "Rehabiliteringsutredning" ska belysa eventuella skillnader mellan den gamla och den nya metoden.

Sista avsnittet, "Rehabiliteringsprocessen" har ett antal frågor och påståenden som ska belysa eventuella svårigheter samt försöka identifiera eventuella rehabiliteringshinder.

Planeringsreceptet kommer att utvärderas separat med en enklare enkät. Den kommer att rikta sig både till arbetsledarna och till de berörda handläggare på försäkringskassan.

Nedan följer de anvisningar som skickas till arbetsledarna.

Anvisningar

För att du som arbetsledare ska hinna förbereda dig inför intervjun skickas frågeformuläret enligt bilaga 1 ut före själva intervjun som bokas när du har tid och beräknas ta ca 2 timmar i anspråk. Frågeformulärets frågor besvaras i samband med att vi träffas. På så sätt kan vi både diskutera, men även rätta ut eventuella frågetecken/oklarheter.

Allmänna uppgifter

Namn:	Ålder:
Anställd sedan:	Tjänstgöringsgrad:

Utbildningar:

Fortbildningar:

Yrkeserfarenhet (andra anställningar än nuvarande):

Arbetsbeskrivning/uppgifter:

Ansvarsområden/befogenheter:

Handledning:

Kartläggning

Antal anställda:	varav män:	varav kvinnor:
------------------	------------	----------------

Anställningsgrad (fördelning på tjänstgöringsgrader):

Antal sjukskrivna och tidsbegränsad S/A:

Totalt februari 2005	S/A	varav män:	varav kvinnor:
Totalt februari 2004	S/A	varav män:	varav kvinnor:
Totalt februari 2003	S/A	varav män:	varav kvinnor:

Ange längden på sjukskrivningen S/A:

Upp till 1 månad:
Mellan 1 – 3 månader:
Mellan 3 – 6 månader:
Mellan 6 – 12 månader:
Över 1 år:

Ålder (ange faktisk ålder):

Heltid:
Deltid:
S/A:

Diagnoser:

Psykosocialt:
Muskeloskeletalt:
Övrigt:

Rehabiliteringsutredning

Rehabiliteringsutredningen görs i vanliga fall av dig som arbetsledare tillsammans med den anställde (gamla metoden).

Följande frågor ska försöka belysa eventuella skillnader mellan gamla och nya metoden (som genomförs tillsammans med den anställde, dig som arbetsledare samt FHV) och vad dessa består av, samt hitta kvalitetsparametrar.

På en del av frågorna finns utrymme för egna kommentarer.

1. Vad anser du är syftet/syftena med utredningen?

Nämn minst 3, den viktigaste som nummer 1 osv.:

a) Den gamla metoden:

1)
2)
3)
4)

b) Den nya metoden:

1)
2)
3)
4)

2. Rehabiliteringsutredningen innehåller ett antal punkter som ska fyllas i, vilken är den viktigaste punkten för dig och har den förändrats i och med den nya metoden?

a) Den gamla metoden

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Motivering:

b) Den nya metoden

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

Motivering:

3. Uppskatta hur du upplevde att göra en rehabiliteringsutredning:

a. med den gamla metoden:

MYCKET ENKELT MYCKET SVÅRT

5 4 3 2 1 0

Motivering:

b. med nya metoden:

MYCKET ENKLT MYCKET SVÅRT

5 4 3 2 1 0

Motivering
:

4. Hur upplever du att innehållet som fylls i under rehabiliteringsutredningen vid rehabiliteringsträffen, har förändrat sig med den nya metoden?

- a. Mycket bättre än förut
- b. Ganska mycket bättre än förut
- c. Ungefär som förut
- d. Ganska mycket sämre än förut
- e. Mycket sämre än förut

5. Hur skulle Du gradera vikten av att göra en rehabiliteringsutredning med:

- a. med den gamla metoden:

MYCKET VIKTIG						INTE VIKTIG
5	4	3	2	1	0	

- b. med nya metoden:

MYCKET VIKTIG						INTE VIKTIG
5	4	3	2	1	0	

6. Finns det någon eller några punkter som Du tycker saknas i rehabiliteringsutredningen (blanketten) oaktat den nya/gamla metoden?

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

7. Ange de 3 minst viktiga punkterna i rehabiliteringsutredningen:

1)	
2)	
3)	

8. Vilka punkter som finns i blanketten utgör kvalité och ger bästa/viktigaste informationen i rehabiliteringsutredningen:

- a. nämn minst 3 punkter och ange i fallande betydelse (gäller både med gamla och nya metoden)

Den gamla metoden:

1)
2)
3)
4)

Den nya metoden:

1)
2)
3)
4)

- b. Upplever du att din inställning till vilka punkter som är viktig har ändrat sig i och med den nya arbetsmetoden?

NEJ

JA - I så fall vilka?

1)
2)
3)
4)
5)
6)

Rehabiliteringsprocessen

En del av rehabiliteringsprocessen är att göra en rehabiliteringsutredning tillsammans med den anställde. Andra åtgärder kan vara att genomföra en rehabiliteringsträff, vidta åtgärder via företagshälsovården m.m. Följande frågor ska belysa svårigheter och identifiera eventuella rehabiliteringshinder.

1. Vilka huvudsakliga uppgifter har FHV (nämna minst 3):

1)
2)
3)

2. För vilka områden anlitar du som arbetsledare FHV resurser:

- a. Enbart arbetsrelaterat
- b. Enbart medicinska problem
- c. Både medicinskt och arbetsrelaterat

3. Vilka av följande påståenden stämmer/vilka faktorer utgör rehabiliteringshinder?

	Aldrig eller mycket sällan	Ganska sällan	Ibland	Ganska ofta	Alltid eller mycket ofta
	1	2	3	4	5
<u>Medicinska hinder</u>					
a. väntetider för utredning					
b. väntetider för röntgen					
c. väntetider för behandling					
d. väntan på remissvar					

	Aldrig eller mycket sällan	Ganska sällan	Ibland	Ganska ofta	Alltid eller mycket ofta
	1	2	3	4	5
<u>Arbetsplats/miljörelaterade</u>					
a. bristande förebyggande arbete					
b. otydlig arbetsbeskrivning					
c. begränsat rehabiliteringsutbud					
d. oklart rehabiliteringsansvar					
e. Svårigheter anpassning					
f. Omplaceringssvårigheter					
g. Begränsad ekonomi för rehabilitering					
h. Underbemanning					
i. Hög korttidsfrånvaro					
j. Hög personalomsättning					
k. Otrivsel, konflikter, dålig sammanhållning					
l. Kompetens för arbetsuppgifterna					
<u>Psykosociala faktorer:</u>					
a. Avstånd hem/arbete					
b. Obenägenhet till förändring					
c. Familjesituation					
d. Missbruksproblem					

	Aldrig eller mycket sällan	Ganska sällan	Ibland	Ganska ofta	Alltid eller mycket ofta
	1	2	3	4	5
Övrigt:					
a. Väntetid vid kontakt med försäkringskassan (Fk)					
b. Väntetid vid kontakt med företagshälsovården					
c. Oklar ansvarsfördelning Fk - arbetsgivare					
d. Otydlig arbetsledarroll					
e. Otydliga rehabiliteringsmål					
f. Bristande kompetensutveckling vid rehabilitering					

4. Har du upplevt andra hinder som inte nämns ovan, i så fall vilka?

Planeringsrecept

	Datum:
Namn:	Födelsedata:
Arbetsgivare/arbetsledare:	Yrke:
Sysselsättningsgrad:	Sjukskrivningsgrad:
Medverkande:	

Anpassningsbehov

JA
NEJ

Omplaceringsbehov

JA
NEJ

Nr	Planering	Ansvarig	Klart senast
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Anställd

Företagsläkare

Arbetsledare

Handläggare Fk

ENKÄT PLANERINGSRECEPT

Bakgrund

Bakgrunden till denna enkät är det projekt som pågår riktat mot omsorgsavdelningen inom Malå kommun och som presenterades för arbetsledarna inom omsorgsavdelningen först gemensamt och därefter enskilt i samband med den intervju som genomfördes under hösten 2005.

Nästa steg är att värdera betydelsen av ”Planeringsreceptet”, dvs. det formulär som innehåller den gemensamt lagda planeringen med arbets- och ansvarsfördelningen, och som arbetsledaren, den anställda samt försäkringskassans representant får var sin kopia av. I händelse av att du som arbetsledare eller handläggare på försäkringskassan inte varit med i alla delar av projektet, ber jag dig svara så gott det går och gärna kommentera varför du inte kan svara eller varför du svarar som du gör även om erfarenheten saknas.

Metod

Hänvisar till tidigare utskick med bifogad enkät som skickades ut inför föregående intervju.

Anvisningar

De flesta frågorna är kryssfrågor graderade från 1-5 där siffran 1 står för Lågt-Inget alla och siffran 5 står för Högt-Mycket. Det finns även möjlighet att kryssa i en ruta märkt Oförändrat.

På samtliga frågor finns utrymme för egna kommentarer och reflektioner.

Vid eventuella tveksamheter eller oklarheter är du välkommen att höra av dig till mej.

1) Tycker Du att planeringsreceptet underlättar planeringen?

Inte alls ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Mycket ☐ 5 ☐
Oförändrat

Kommentar _____

2) Innebär planeringsreceptet ett förtydligande av vem som har ansvar för vad i planeringen?

Inte alls ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Absolut ☐ 5 ☐
Oförändrat

Kommentar _____

3) Gradera värdet av planeringsreceptet som ”motor/pådrivande” för dig i rehabiliteringsprocessen?

Lågt ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Högt ☐ 5 ☐
Oförändrat

Motivering/kommentar _____

4) Planeringsreceptet har ökat mitt engagemang och min delaktighet i rehabiliteringsprocessen?

Inte alls ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Mycket ☐ 5 ☐
Oförändrat

Kommentar _____

5) Graden av engagemang, delaktighet med egenansvar har ökat för den enskilde i samband med införandet av Planeringsreceptet?

Inte alls ☐ Mycket ☐

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Oförändrat

Kommentar _____

6) Saknas viktiga delar för dig som arbetsledare?

Nämn 3 saker i fallande ordning med den viktigaste överst.
(Om fler saker upplevs saknas, skriv ner det. Saknas inget skriv det!)

1) _____

2) _____

3) _____

7) Vad anser Du ska finnas i ett planeringsdokument?

Nämn 3 saker i fallande ordning med den viktigaste överst.

1) _____

2) _____

3) _____

Tidig rehabilitering. Resultat av ett förändrat förhållningssätt till rehabilitering i modern verkstadsindustri

Författare: Björn Siösteen

Handledare: Birgitta Meding, Docent, Arbetslivsinstitutet, Stockholm

Sammanfattning

I studien har jag undersökt hur antalet sjukskrivna i en större tillverkningsindustri förändrats, före respektive efter en förändring av företagets handläggning av de sjukskrivna.

Undersökt grupp: I gruppen ingår samtliga anställda, undantagna individer med tidsbegränsad sjukersättning, vid Getrag AB, totalt 1067 individer (2005-04-01). Motsvarande antal 2006-02-03 var 1115 individer.

Resultat: Under studerad dag före förändringen var antalet sjukskrivna 108, och under studerad dag efter genomförd förändring var antalet sjukskrivna 84. Sänkningen uppgick till ca 22 %. Efter kompensation för att antalet anställda ökat vid den senare tidpunkten uppgår sänkningen till 26 % för båda könen. Minskningen var störst bland män, från 68% till 56%, och bland tjänstemän, vars andel av sjukskrivningen sjönk från 10% till 6%. Antalet deltidssjukskrivningar ökade från 17% till 29 % och mest ökade halvtidssjukskrivningarna som ökade från 9% till 20 %. Andelen sjukskrivna av Företagshälsovården ökade från 13% till 22 %.

Förändringarna speglar en allmänt vikande trend i samhället med minskande sjuktal. Den tämligen uttalade sänkningen av antalet sjukskrivna, liksom ökningen av deltidssjukskrivning, anser jag även kunna förklaras som följer av en mer aktiv hållning från produktionsledare vid Getrag AB när det gäller att initiera rehabilitering; en positiv effekt av genomförda förändringar.

Inledning

Arbetsmiljölagen (1) anger att arbetsgivaren skall se till att det finns en lämpligt anpassad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet, så att lagen om allmän försäkring, (2) kap 22 uppfylls. Under de senaste knappa tio åren har sjuktagen ökat kraftigt i Sverige, efter att 1997 ha varit på sin lägsta nivå. Ett flertal faktorer har angivits som förklaring till detta, däribland förändringar i arbetslivet, på arbetsmarknaden, graden av egenföretagandet etc (3).

Sjukskrivning kan inte ses som en parameter som är en direkt funktion av sjukdom utan snarare beroende av omgivningsfaktorer likväl som individens uppfattning om hälsa och förmåga till arbete. Tydliga kopplingar till ersättningsnivåer styr också sjukskrivningsnivåerna (4). Till detta kommer sannolikt ett ändrat förhållningssätt inom vården gentemot sjukskrivningsfrågan. I de sk ASYR I och II-undersökningarna påvisades att sjukskrivningstiden ökade med 122 % för fotledsfrakturer under perioden mellan 1990-1993 respektive 2001-2002 (5). Även oförmåga inom sjukförsäkringssystemet har pekats ut som en förklaring till de ökande sjuktagen, dvs att Försäkringskassan inte längre förmår att byta ut sjukskrivning mot andra ersättningsformer som t ex sjukersättning (6)

Under 2000-talets första år ökade det totala antalet sjukskrivningarna i såväl antal som i längd (7) och så har även skett inom industrin. Sjukfrånvaron för tjänstemän och arbetare inom industrin ökade från sin lägsta punkt 1996, då den låg på 3,22 till sin högsta nivå 5,53 år 2003 (Branschstatistik Teknikföretagen).

Sjukfrånvaron genererar stora kostnader för företagen, såväl direkta som indirekta, vilket visats av bl a P Liukkonen (8), och även små förändringar i sjukfrånvaron kan ge stora besparingar för företagen. Detta faktum har blivit än mer tydligt efter det att den sk medfinansieringen (9) genomfördes 1:a januari 2005. Medfinansieringen innebär att arbetsgivaren från 15:e sjukskrivningsdagen bidrar till finansieringen av sjukpenningen med 15%, om den sjukskrivne ej är partiellt sjukskriven eller uppbär rehabiliteringsersättning med anledning av att arbetslivsinriktad rehabilitering pågår.

Beräkningar vid Atlas Copco, med ca 2700 anställda i Sverige, visar att en minskning av korttidsfrånvaron med 10 % (från 2,4 till 2,2) ger en ren besparing på 1,6 M kr. Detta utgör bakgrunden till det förändringsarbete som genomförts vid Getrag AB. Effekten av detta arbete har studerats av Alviva, den företagshälsa som företaget är knutet till.

Syfte och frågeställning

Undersökningen har haft som målsättning att värdera effekterna av ett förändrat förhållningssätt till rehabilitering i en större verkstadsindustri.

Undersökningen syftar till att besvara följande frågeställningar:

- Medför den nya rehabiliteringsmodellen att antalet sjukskrivna minskar inom företaget?
- Förändras graden av sjukskrivning?
- Har andelen sjukskrivna som sjukskrivs av företagshälsan ökat?
- Kan man se skillnader mellan personalkategorierna vad gäller effekten av vidtagna förändringar?

Metod

Den aktuella verksamheten, Getrag AB, är en modern industri som tillverkar drivaxlar till fordonsindustrin. Fabriken ligger i Köping och var tidigare en del av Volvo AB. Företaget har ca 1100 anställda varav knappt 1050 är tillsvidareanställda. Företagshälsan Alviva har tidigare varit en förhållandevis passiv part i rehabiliteringsarbetet av sjukskrivna, främst beroende på att ansvarsfördelningen för rehabiliteringsarbetet varit oklar, och då det saknats ett system för uppmärksammande av sjukskrivna anställda.

I kommunen finns en förhållandevis välfungerande primärvård och utöver denna även några privatläkare. Då de anställda dessutom inte sällan har bostadsort utanför Köpings kommun, till exempel i Västerås, innebär det att sjukskrivning kan administreras av ett stort antal läkare i ett geografiskt tämligen utspritt område.

Rehabiliteringsarbetet har, före projektets inledning, varit strukturerat på det sätt att företagshälsan haft återkommande träffar med Försäkringskassan, där aktuella sjukskrivna anställda diskuterats. Vid dessa sammankomster träffades företagshälsans läkare, sjuksköterska och sjukgymnast tillsammans med den handläggaren från Försäkringskassan som administrerade de sjukskrivningar som rörde de anställda vid Getrag. Alvivas personal saknade ofta utförlig information om de aktuella sjukfallen, eftersom informationen i normalfallet ”filtrerades” via Försäkringskassan. Detta innebar en betydande nackdel när det gällde möjligheten till aktiva rehabiliteringsåtgärder.

Under hösten 2004 inträffade två händelser som gav möjlighet till förändring. Den tidigare företagsläkaren avslutade sin tjänstgöring på Alviva, och Försäkringskassans handläggare blev allvarligt sjuk, och kunde inte fortsätta sitt arbete. Denna handläggare hade haft ett mångårigt ansvar för rehabiliteringen från Försäkringskassans sida, och bar därigenom på stor intern kunskap om såväl de olika sjukfallen, som vägar inom Getrag för att initiera rehabilitering. I ett slag gick stor kunskap förlorad, och ett förtydligande av formerna för rehabiliteringsarbetets ansvarsfördelning blev än mer aktuellt.

Den nya modellen för rehabilitering presenterades för, och fastställdes av, företagsledningen vintern 2005 och för företagets chefer våren 2005.

I och med den otillfredsställande situationen med både höga sjuktal bland de anställda, och en oförmåga inom Alviva att identifiera de personer som vore hjälpta av en tidig rehabilitering, beslutades om en förändring avseende rapportvägar inom företaget.

Arbetsgivaren har en skyldighet att inkomma med en rehabiliteringsutredning till Försäkringskassan inom åtta veckor efter påbörjad sjukskrivning. Då aktuell chef sällan eller aldrig får någon återkoppling från Försäkringskassan ser denne oftast inte det meningsfulla syftet med rehabiliteringsutredningen. Utredningen betraktas som regel endast som något ”som måste göras” vilket leder till att den fylls i ofullständigt och som regel väldigt sent.

Alvivas första åtgärd blev att införa en rekommendation om att rehabiliteringsutredningen skall genomföras omgående, om sjukfallet ser ut att bli längre än 2 veckor, samt att skicka en kopia av utredningen till företagshälsan. Syftet var dubbelt, dels för att få tidig kännedom om sjukskrivningar, dels att förmå cheferna att fundera på frågeställningar kring åtgärder som de själva kan genomföra för att underlätta den anställdes återgång i arbete.

De inkomna rehabiliteringsutredningarna ligger till grund för de veckovis återkommande rehabiliteringsgruppsmöten som sker på företagshälsan. I dessa grupper diskuteras sjukfallet internt i en grupp bestående av företagsläkare, företagssköterska och företagssjukgymnast. Diskussionen utmynnar i beslut om åtgärder, till exempel sjukgymnastiskbedömning, läkarundersökning, kontakt med chef för diskussion om eventuell arbetsplatsanpassning. Många av dessa fall motiverar en läarkontakt varvid en rekommendation till den enskilde ges om att överföra sjukskrivningsproceduren till företagsläkaren och i förekommande fall låta den medicinska utredningen fortgå vid den medicinska enheten; vårdcentral, sjukhusklinik, privatläkare osv.

Rehabiliteringsarbetet sker i nära samarbete med berörd chef och rehabiliteringsansvarig på företaget. Förhoppningen har varit att man med denna förändring skall fånga upp alla anställda med sjukskrivning överstigande två-tre veckor för att snabbare initiera en process innefattande arbetsanpassning och, vid behov, tidig återgång i deltidsarbete. Företagets grundinställning har ändrats till att man vid all sjukskrivning erbjuder deltidsarbete om 25 % oavsett vad individen kan prestera. Den sk medfinansieringen innebär att försäkringskassan debiterar arbetsgivaren 15 % av sjuklönen vid hel sjukskrivning varför arbetsgivaren betalar en summa för individen, oavsett om individen är hemma eller på arbetet. Budskapet har varit att all rehabilitering börjar med att personen är på arbetsplatsen.

Förändringarna kan sammanfattas i följande punkter:

- Muntlig information till samtliga chefer om sjukförsäkringssystemets uppbyggnad, sjukskrivningens grundläggande principer, läkarens och Försäkringskassans roll, sjukintygets juridiska status, sjukskrivningsmönster och förändringar över tid etc.
- Ny policy från företaget om att alla sjukskrivna skall erbjudas deltidssjukskrivning. Oavsett arbetshinder skall arbetsuppgifter finnas för alla på minst 25%.
- Rehabiliteringsutredningar genomförs omgående vid sjukskrivningstid överstigande två veckor. En kopia av utredningen lämnas till Alviva.
- Rehabiliteringsteam inrättas och regelbundna möten genomförs för teambedömning av sjukskrivna.
- Regelbundna träffar med Försäkringskassans handläggare.
- Ökade möjligheter till arbetsträning på ordinarie eller annan avdelning.

Utöver dessa förändringar fastställdes en tidsplan för en normalt genomförd rehabilitering. Denna kan schematiskt presenteras på detta sätt:

- 2-4 veckor: Rehabiliteringsutredning genomförs och sänds till företagshälsan. Möjlighet för personen att påbörja deltidssjukskrivning tas i beaktande.
- >2 v: Diskussion i företagshälsans rehabiliteringsgrupp
- >2 v: Möte med den anställde på företagshälsan. Kartläggning av rehabiliteringsbehov. Deltidssjukskrivning diskuteras.
- <12 v Avstämningsmöte tillsammans med Försäkringskassan vid behov. Initiera arbetsträning och planera för successiv upptrappning av arbetsträningstid alternativt partiell arbetstid.
- 26 v: Avstämning.
- 52 v: Avstämning. Fortsatt rehabilitering inom eller utom företaget tas i beaktande.

För att kartlägga om denna förändring medför att sjukskrivningstiderna förkortas och om graden av deltidssjukskrivning ökar, genomförs två granskningar av alla sjukskrivningar 1 april 2005 respektive 3 februari 2006. Följande parametrar bedöms:

- antalet sjukskrivna
- kön
- gruppstillhörighet (arbetare/tjänsteman)
- sjukskrivningsgrad
- andelen sjukskrivna sjukskrivna av företagshälsans läkare.

Utdrag av Getrag ABs löneregistrering för aktuella datum (fredagen den 1 april 2005 och fredagen den 3 februari 2006) beställdes, varefter individer med tidsbegränsad sjuksättning exkluderades. Antalet sjukskrivna anges som del av totalantalet anställda, uttryckt i procent. Deltidssjukskrivningarna jämförs som del gentemot helheten för 25%, 50% och 75% sjukskrivning. Tillhörigheten som arbetare eller tjänsteman identifieras genom anställningsnummer. Anställningsdatum är också angivet. Alvivas journalsystem kontrolleras för att se om individen är känd/sjukskriven via företagshälsan.

Undersökt grupp

I gruppen inkluderas alla med tillsvidare eller tidsbegränsad anställning vid Getrag AB och som anmäler sjukfrånvaro till företagets lönekontor 2005-04-01 respektive 2006-02-01. Uppgifter om dessa hämtas från Volvo-IT vilka administrerar företagets löner. Antalet anställda som uppfyllde dessa kriterier framgår av tabell 1.

Tabell 1. Antalet anställda vid respektive mättillfälle, fördelat på kön.

Antal	2005-04-01	2006-02-03
Män	818	845
Kvinnor	249	270
Summa	1067	1115

Resultat

Antalet individer och den procentuella fördelningen av sjukskrivna 2005-04-01 respektive 2006-02-03, fördelningen avseende män/kvinnor och arbetare/tjänstemän framgår av tabell 2. Antal respektive procentuell fördelning av deltidssjukskrivna i olika omfattning och heltidssjukskrivning framgår av tabell 3. Antalet och procentuell fördelning av individer sjukskrivna av Alviva/ej sjukskrivna av Alviva framgår av tabell 4.

Tabell 2. Antalet och procentuell fördelning av män/kvinnor och arbetare/tjänstemän vid de olika mättillfällena.

	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Arbetare	Tj-män	Arbetare	Tj-män
	Antal	Antal	Procent	Procent	Antal	Antal	Procent	Procent
2005-04-01	73	35	67,6	32,4	97	11	89,8	10,2
Summa		108		100		108		100
2006-02-03	56	28	66,6	33,3	79	5	94	6
Summa		84		100		84		100

Tabell 3. Antalet och procentuell fördelning av sjukskrivningsgraden vid de olika mättillfällena.

Sjukskrivnings-grad	25 %	50 %	75 %	100%	25 %	50 %	75 %	100%
	Antal	Antal	Antal	Antal	Procent	Procent	Procent	Procent
2005-04-01	3	10	5	90	2,8	9,3	4,6	83,3
Summa				108				100
2006-02-03	5	17	4	58	6	20,2	4,8	69
Summa				84				100

Tabell 4. Antalet och procentuell fördelning av antalet sjukskrivna av respektive ej sjukskrivna av Företagshälsans läkare vid de olika mättillfällena.

	FHV	Ej FHV	FHV	Ej FHV
	Antal	Antal	Procent	Procent
2005-04-01	14	94	13	87
Summa		108		100
2006-02-03	19	65	22,6	77,4
Summa		84		100

Sjukskrivningsmönstret avseende könsfördelning visar att andelen kvinnliga sjukskrivningar i förhållande till manliga sjukskrivningar är konstant vid de båda tidpunkterna; tämligen exakt förhållandet 1:2 för kvinnor kontra män. Av Försäkringskassans statistik (7) framgår att förhållandet mellan kvinnor och mäns sjuktal i landet ligger tämligen konstant på 1:1,8 under perioden. Antalet sjukskrivna män i förhållande till den totala arbetsstyrkan uppgår till 73 av 818 (8,9 %) vid första mättillfället och 56 av 845 vid det andra (6,6 %). Eftersom antalet anställda ökat till det andra mättillfället med 3,3 % för män bör antalet förväntat sjukskrivna korrigeras med samma koefficient. Antalet korrigerade sjukskrivna blir således 56/1.033, dvs 54,2 individer.

Tabell 5. Antalet sjukskrivna män och kvinnor 2005-04-01 samt antalet uppskattat sjukskrivna 2006-02-03 korrigerat för utökning av arbetsstyrkan med 3,3 % (män) och 8,4 % (kvinnor).

Sjukskrivna	Män	Kvinnor
2005-04-01	73	35
2006-02-03 (faktiskt)	56	28
2006-02-03 (korrigerat)	54	26

Med en för riket normal fördelning skulle andelen kvinnor vara 1,8 gånger högre än för män dvs 16 % vid första respektive 12 % vid andra mättillfället. Antalet sjukskrivna kvinnor skulle då uppgå till 39 respektive 32 individer. Det faktiska antalet uppgår till 35 respektive 28 och med hänsyn taget till korrektion för arbetsstyrkans utökning på kvinnosidan med 8,4 % (28/1,084) uppgår korrigerat antal sjukskrivna till 25,8 individer. Antalet sjukskrivna kvinnor är således mindre än förväntat utifrån antal och sett till för riket normalt sjukskrivningsförhållande mellan män och kvinnor (tabell 6). Denna ”normalkoefficient” är inte justerad för branschvariationer men det finns ingen anledning att förvänta sig att andelen sjukskrivna kvinnor skulle vara lägre i industrimiljö jämfört med snittet.

Tabell 6. Antalet faktiskt sjukskrivna kvinnor och förväntat utifrån genomsnittlig sjukskrivningsfrekvens i förhållande till mäns i riket (1,8 gånger högre) och med korrektion för ökat antal anställda vid tidpunkten 2006-02-03.

Sjukskrivna	Kvinnor (faktiskt)	Kvinnor (förväntat)
2005-04-01	35	39
2006-02-03	28	32

Som framgår av ovanstående data (tabell 2) har sjukskrivningarna sjunkit generellt och i alla kategorier. Minskningen är störst i gruppen män och gruppen tjänstemän. Antalet kvinnor i tjänstemannagruppen är för lågt för att en subgruppsanalys skall kunna genomföras (2005-04-01 var ingen kvinnlig tjänsteman sjukskriven och 2006-02-03 var det endast en).

Tabell 7. Minskningen av antalet sjukskrivna mellan de två mättillfällena.

	Män Antal	Kvinnor Antal
2005-04-01	73	35
2006-02-03	56	28
2006-02-03 Korrigerat	54	26
Minskning (%)	26,0%	25,7%

Vid de två mätperioderna konstaterades en minskning av antalet sjukskrivna med 26% för män och med 25,7 % för kvinnor. Antalet sjukskrivna individer uppgick vid den andra mätperioden till 6,6 % för män och 10,0 % för kvinnor.

Antalet deltidssjukskrivna har ökat, fram för allt antalet halvtidssjukskrivna (figur 1).

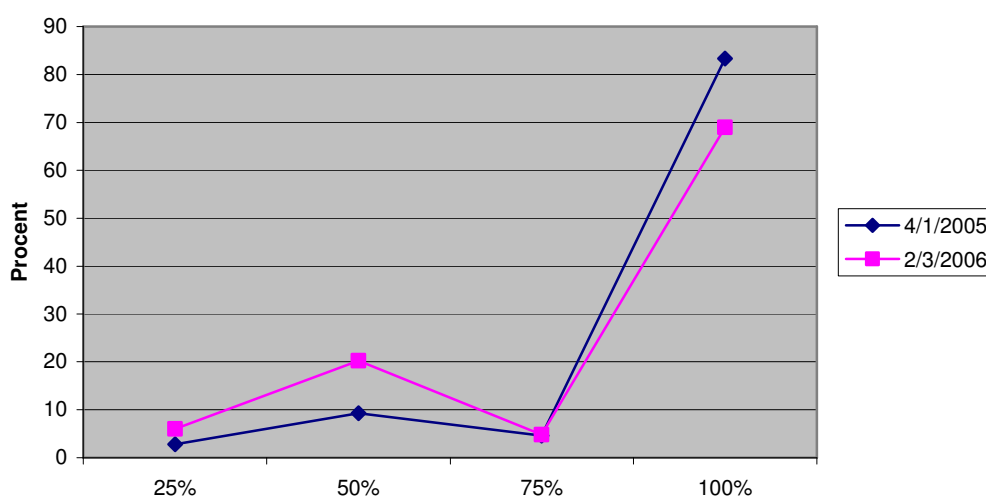


Fig 1. Grad av sjukskrivning

Diskussion

Antalet sjukskrivna har minskat generellt i samhället (figur 2) med 15,5 %, dock inte i samma omfattning som konstaterats i undersökningen, varför den minskning som ses på Getrag AB inte enbart får anses vara beroende av omgivningsfaktorer.

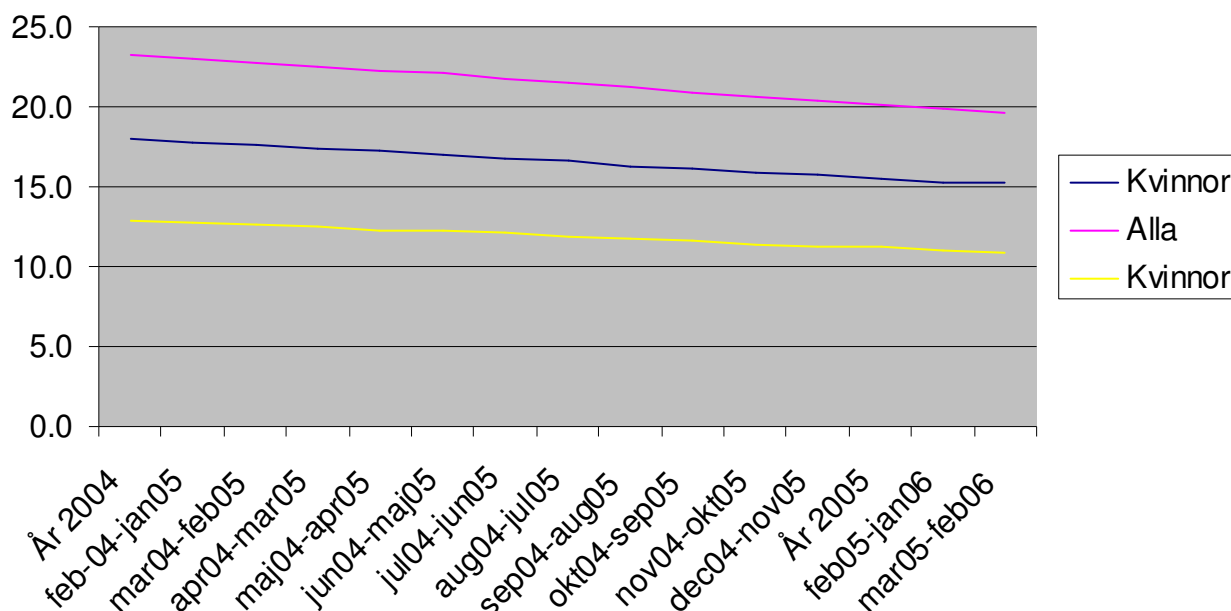


Fig 2. Förändringen av sjukskrivningsantalet generellt i samhället (7)

Sänkningen av antalet sjukskrivna med en fjärdedel får anses vara en klar framgång för det aktiva rehabiliteringsarbetet. Likaså måste det ses som en framgång att sjukskrivningarna minskat såväl bland kvinnor som män och även att de minskat i båda personalkategorierna. Målsättningen med de genomförda förändringarna var bland annat att öka andelen deltidssjukskrivna och att alla skulle erbjudas minst 25 % arbete. Trots detta är 2/3 sjukskrivna heltid och endast 6 % är sjukskrivna på 25%. I detta avseende måste man konstatera att förändringarna inte fått avsett genomslag. Att deltidssjukskrivningarna dock ökat får betraktas som en framgång och kan delvis förklaras av att Alvivas deltagande ökat betydligt och sjukskriver över 20 % av alla individer. Av de som är sjukskrivna 2005-04-02 är totalt 37 individer även sjukskrivna vid nästa mätillfälle 10 månader senare, 2006-02-03. Av dessa har 32 stycken varit sjukskrivna sammanhängande under hela perioden. 8 individer är föreslagna sjukskrivna efter det att Alvivas och Försäkringskassan gemensamt utvärderat prognosen till arbetsförmåga/arbetsåtergång. Målsättningen att få ett avslut efter 12 månader förefaller att kunna uppnås även om en betydande eftersläpning förelegat, huvudsakligen, enligt min egen bedömning, till följd av Försäkringskassans svårigheter att komma till avslut i ärenden. Ett exempel på detta är att sex personer varit sjukskrivna över 1000 dagar (april 2005). Den som haft längst sammanhängande sjukskrivning har varit borta från arbetet i 2568 dagar och vid projektets avslut finns fortsatt ingen plan för hur rehabilitering skall kunna genomföras.

En brist i undersökningen är att endast två dagar kunnat jämföras. För att erhålla så god jämförbarhet som möjligt har samma veckodag studerats. Det hade varit önskvärt att kunna studera en längre sammanhängande period och projektet hade ursprungligen målsättningen att

studera fyra sammanhängande veckor (april 2005) med fyra veckor 10 månader senare (februari 2006). Data för den första perioden inhämtades och analyserades anseende ovanstående parametrar men sjukskrivningsmönstret under perioden studerades också med avsikten att jämföra detta med nästkommande period. Till följd av ett nytt lönesystem som införts på företaget kunde emellertid inte samma data inhämtas för perioden februari 2006 varför denna ambition måste modifieras. Det hade varit önskvärt att kunna studera sjukskrivningsmönstret för olika avdelningar, kön, personalkategori etc och korrelera de genomförda förändringarna också över tid och inte bara som en ögonblicksbild.

Slutsats

Undersökningen har påvisat positiva effekter av den utbildningsinsats som genomförts mot produktionsledare ("första linjens chefer"), tillsammans med den förändrade handläggning som företaget har infört i samråd med Alviva. Antalet sjukskrivna som har kontakt med, och sjukskrivs av, företagshälsovården har ökat liksom antalet deltidssjukskrivningar. Antalet sjukskrivna har minskat i absoluta tal och minskningen är större än vad omgivningsfaktorer kan anses svara för. Undersökningen visar att det är motiverat för arbetsgivare att satsa på ett aktivt omhändertagande av sjukskrivna med snabb rehabiliteringsplanering och att ett nära samarbete med företagshälsovård ger ökad grad av deltidssjukskrivning och sannolikt även lägre sjukfrånvaro.

Referenser

1. AML kap 2:2a
2. Lag om allmän Försäkring(1962:381), kap 22
3. Rolf Å Gustavsson Ingvar Lundberg (red) (2004). *Arbetsliv och hälsa*, s 366. Liber idéförslag. ISBN 91-47-70002-5
4. Rolf Å Gustavsson Ingvar Lundberg (red) (2004). *Arbetsliv och hälsa* 2004, s 179-180. Liber idéförslag. ISBN 91-47-70002-5
5. A. Hetzler, D Melén, D. Bjerstedt (2005). *Sjuk-Sverige*, s 200-203. Brutus Österlunds Bokförlag Symposion ISBN 91-7139-713-2
6. Tor Larsson (2005), Arbetslivsinstitutet, tidningen *Arbetsliv* nr 4 2005 sid 5
7. Försäkringskassans statistik
(http://statistik.forsakringskassan.se/portal/page?_pageid=47,55478&_dad=>portal&_schema=PORTAL)
8. Paula Liukkonen (2004) *Frånvaro från arbetet – att mäta, redovisa och åtgärda* Oskar Media
9. Lag (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift.

Möjligheter och hinder i rehabiliteringsprocessen ”Samsyn och/eller mångsyn i Gällivare”

Författare: Karin Granberg

Handledare: Åke Thörn, Med. Dr., Fou-enheten Norrbottens Läns Landsting

Sammanfattning

Rehabilitering av långtidssjukskrivna är i fokus idag. I det arbetet deltar parter med olika roller och uppfattningar om ”möjligheter och hinder till rehabilitering”: den sjukskrivne, arbetsgivare, facket, försäkringskassa och läkare.

Av de 1703 anställda i Gällivare kommun var 140 långtidssjukskrivna (>3mån) september-05. Det finns tidigare studier som belyser möjligheter och hinder till rehabilitering, hos försäkringskassan, sjukvården och de sjukskrivna. Resultaten av dessa är inte tillräckligt specifika för att appliceras på situationen i Gällivare. Därför har denna studie genomförts.

Rehabaktörerna (parterna) representerades av: 1) Anställda av Gällivare kommun sjukskrivna >3mån 2) Arbetsgivare, 3) Facket, 4) Försäkringskassan, 5) Läkare, 6) Försäkringsläkare.

Uppfattningen i respektive grupp undersöktes med den kvalitativa metoden ”metaplan”, och jämfördes mellan grupperna.

De olika rehabaktörerna påpekade hinder hos varandra. Den sjukskrivne och facket såg hindren utanför individen dvs. i arbetsgivarens organisation. Möjligheten sågs i arbetsgivarens påverkan på arbetssituationen respektive effekten av en tidig och god rehabiliteringsprocess. Cheferna såg strukturella möjligheter och hinder, men även ett individuellt – den sjukes motivation. Läkarna såg primärt möjligheten i individen och hindret hos arbetsgivaren.

Försäkringskassans handläggare var mera strukturellt fokuserade med samsyn både som möjlighet och hinder. Försäkringsläkaren såg den sjukes motivation som det främsta hindret och möjligheten till rehabilitering.

Det finns mångsyn i frågan ”möjligheter” och mera samsyn i frågan ”hinder” till rehabilitering i Gällivare. Individens motivation och arbetsgivarens organisation lyfts fram i båda frågeställningarna. De huvudsakliga möjligheterna och hindren överensstämmer med resultat från andra studier. Den tydliga skillnaden i uppfattning mellan den sjuke/facket och de övriga rehabaktörerna har däremot inte tidigare uppmärksammats .

I Gällivare finns ett intresse och ett behov av att utveckla rehabiliteringsarbetet ytterligare.

- # Flexibel organisation och attityd hos arbetsgivaren
- # Coachning av den sjukskrivne för att öka motivationen och tron på den egna potentialen.
- # Tidiga, tydliga kontaktvägar och samsyn mellan rehabaktörerna .

Detta är förutsättningar som framkommer i studien, och kan förväntas bidra till minskad långtidssjukskrivning, tillvaratagen arbetsförmåga och förbättrad hälsa.

Inledning

Nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom är ett centralt samhälls- och individproblem (6). Antalet långtidssjukskrivna har senaste åren ökat (11). En av huvudorsakerna till sjukskrivning anses vara administrativa tillkortakommanden (1,3,9). Den senaste trenden

visar en avplaning i nyrekrytering till sjukskrivning (12). I rehabiliteringsarbetet deltar den sjuke, arbetsgivare, läkare, facket, försäkringskassa och försäkringsläkare.

Möjligheter och hinder i rehabiliteringsprocessen uppfattas sannolikt olika av de olika rehabaktörerna. Det finns studier som visar på problem vid handläggning av sjukskrivning inom hälso- och sjukvården (3,8,10).

På ett allmänt plan finns god färsk kunskap kring samverkansproblem internt i organisationer och mellan olika rehabaktörer (2,3,8) Sjukvården och försäkringskassans hinder och möjligheter i sina roller och interaktioner har kartlagts (10).

De sjukskrivnas egen uppfattning om rehabilitering har undersökts (7).

Kunskapen i dessa studier är allmän. Därför behöver uppfattningen av ”möjligheter och hinder till rehabilitering” hos de olika rehabaktörerna i Gällivare studeras.

Som företagsläkare i Gällivare arbetar jag med rehabilitering. Jag har noterat hur olika vi ”rehabaktörer” kan se problem/möjligheter. Utan samsyn försvåras rehabiliteringsprocessen. Därför gör jag denna undersökning, och hoppas att resultatet ska kunna bidra till en utveckling av vårt lokala rehabiliteringsarbete.

Syfte och frågeställning

Denna studie avser:

- # att kartlägga uppfattningen om rehabiliteringsmöjligheter och hinder hos olika rehabaktörer
- # att studera sammanhang mellan de olika rehabaktörernas uppfattning
- # att undersöka förekomsten av samsyn och/eller mångsyn i rehabiliteringsprocessen.
- # att öka förståelsen i synsätt mellan de olika rehabaktörerna och förbättra möjligheterna till samverkan för en god och effektiv rehabilitering av sjukskrivna.

Material

Gällivare, befolkning och sjukfrånvaro

Gällivare kommun täcker en yta av 1 582 522 hektar. Här finns tätorterna Gällivare och Malmberget som vuxit ihop till ett samhälle.

Kommunen har 19077 stycken invånare. 11310 av dessa är i arbetsför ålder (mellan 18-64 år). Antalet arbetslösa bosatta i Gällivare kommun 2005 års årsmedeltal är 551st.

De största arbetsgivarna är: Gällivare kommun, Boliden mineral (Aitik), LKAB (Luossavaara Kirunavaara AB) och NLL (Norrbottens Läns Landsting) Gällivare kommun har 1703 personer fast anställda (dec. 2005).

Sjukfrånvaron (antalet dagar ersatta med sjukpenning per anställd 16-64 år) är 9,3%.

140 personer var långtidssjukskrivna (>3mån) sept-05. Den sociala sektorn har högst sjuktal (11,5%).

Sjukfrånvaron per innevånare i Gällivare kommun, oavsett arbetsgivare, är 507 pågåendesjukfall. Det sk ohälsotalet i kommunen är 55,2 dagar (15,2 dagar sjukpenning + rehabersättning, 40 dagar sjukersättning/aktivitetsersättning. Rehabpenningen är 4,3 % av utbetalda ersättning, eller ca 0,65 dag för ovanstående 15,2 dagar.)

Undersökta grupper

- 1) Personal anställd av Gällivare kommun som var hel- deltidssjukskriven (>3mån) eller som uppbar tidsbegränsad sjukersättning vid undersökningstillfället.
Arbetsgivaren lämnade ut namnlista på anställda sjukskrivna > 3mån.
Personerna selekterades slumpmässigt, oavsett anställningssektor.

De sjukskrivna ringdes upp av företagssköterska / assistent och tillfrågades.
I de fall personerna ej kunde nås per telefon skickades brev med inbjudan.
Den muntliga och skriftliga informationen var likvärdig. När 50 stycken deltagare nåtts avslutades rekryteringen.
Personerna fördelades i totalt 8 grupper, med maximalt 8 stycken i varje grupp.
(5 män, 45 kvinnor.)

- 2) Arbetsledare Gällivare kommun, valdes ur den sociala sektorn.
Tillfrågades och informerades likvärdigt med grupp 1 (8 kvinnor)
- 3) Fackliga representanter
Inbjöds med informationsbrev via samordnande facklig representant (3 kvinnor)
- 4) Rehabhandläggare Försäkringskassan Gällivare som arbetar med sjukskrivna anställda av Gällivare kommun
Inbjöds med informationsbrev via chef Försäkringskassan Gällivare
(1 man, 2 kvinnor)
- 5) Läkare Malmbergets vårdcentral
Inbjöds med informationsbrev via medicinskt ansvarig läkare Malmbergets Vårdcentral (3 män, 4 kvinnor)
- 6) Försäkringsläkare
Tillfrågades muntligen om telefonintervju och delgavs informationsbrev
(1 kvinna)

Inga exklusionskriterier tillämpades. Åldersfördelningen bland deltagarna var spridd.
Undersökningen utfördes december-05 till februari-06.

Metod

Studien är kvalitativ (4,5) enligt META-plan modell (bil.1). Åsikter kring en specifik frågeställning inhämtas från en grupp. Varje gruppdeltagare skriver under tystnad maximalt 3 "möjligheter till rehabilitering" på "post-it lappar". Därefter diskuteras de individuella åsikterna gemensamt tills gruppen når konsensus om prioritering. Lapparna rangordnas av gruppen med den främsta anledningen till god rehabilitering som nr 1:a osv . Därefter samma förfarande med frågeställningen "hinder för rehabilitering".

Grupp 1-4 genomförde undersökningen i Previas lokaler (Kommunens företagshälsovård). Information gavs visuellt (overhead) och muntligt (bil.1) av företagssköterska (grupp1+2) och beteendevetare (grupp 3+4).

Grupp 5 samlades på Malmbergets vårdcentral. Gruppen informerades av medicinskt ansvarig distriktsläkare, på samma sätt som övriga grupper.

Försäkringsläkaren telefonintervjuades med samma frågeställning. Hon gav även reflektioner på temat "möjligheter och hinder till rehabilitering", ur sitt perspektiv som försäkringsläkare.

För att optimera tilliten och resultatet i studien, är alla personuppgifter och svar konfidentiella och anonyma.

Resultatet av studien kommer att delges deltagarna, och andra berörda intressenter.

Resultat

Resultatet presenteras utifrån åsikter och prioritering i respektive grupp. Siffran 1 motsvarar den främsta möjligheten respektive hindret till rehabilitering (bilaga 2). Resultaten ur de 8 grupper sjukskrivna har sammanställts till en grupp med de sammantaget 3 främst prioriterade åsikterna ur varje grupp. De olika gruppernas resultat har jämförts.(figur 1,2)

Den sjukskrivne lägger de tre främsta möjligheterna helt utanför sig själv:

1) Arbetsorganisationen, 2) Sjukvårdssystemet, 3) Försäkringskassans rehabiliteringssystem.

Som hinder ses: 1) Arbetsorganisationen, 2) Brist på hänsyn till den sjuke, 3) Långsam rehabprocess och koordination av insatser.

Cheferna ser strukturella möjligheter och hinder av liknande slag, men även ett individuellt - den sjukas motivation.

Möjligheter: 1) Tidiga kontakter, 2) Motivation hos den sjuke, 3) Arbetsgivarens organisation-arbetsmiljö.

Hinder: 1) Brist på motivation/förståelse hos den sjuke, 2) Lång sjukskrivning, 3) Arbetsgivarens organisation-resursbrist.

Facket lägger de tre främsta möjligheterna till strukturen utanför den sjukskrivne.

1) Tidig kontakt mellan sjuke och arbetsgivare, 2) Kunskap hos de förtroendevalda, 3) Fungerande rehabiliteringsstruktur.

Hinder: 1) Arbetsgivaren, 2) Knappa resurser, 3) Arbetsmiljö

FK-handläggarna är strukturellt fokuserade.

Möjligheter: 1) Samsyn, 2) Tidig kontakt mellan aktörerna. 3) Tidiga signaler från läkare om behov och hinder.

Hinder: 1) Bristande motivation och självkänsla hos den sjuke pga lång sjukskrivning, 2) Bristande samsyn FK/läkare, 3) Arbetsmarknad

Läkare ser som möjlighet 1) Motivation hos den sjuke, 2) Kort sjukskrivning, 3) God arbetsmarknad.

Hinder: 1) Arbetsgivaren, 2) Arbetsmiljön, 3) Arbetsgivarens ekonomi

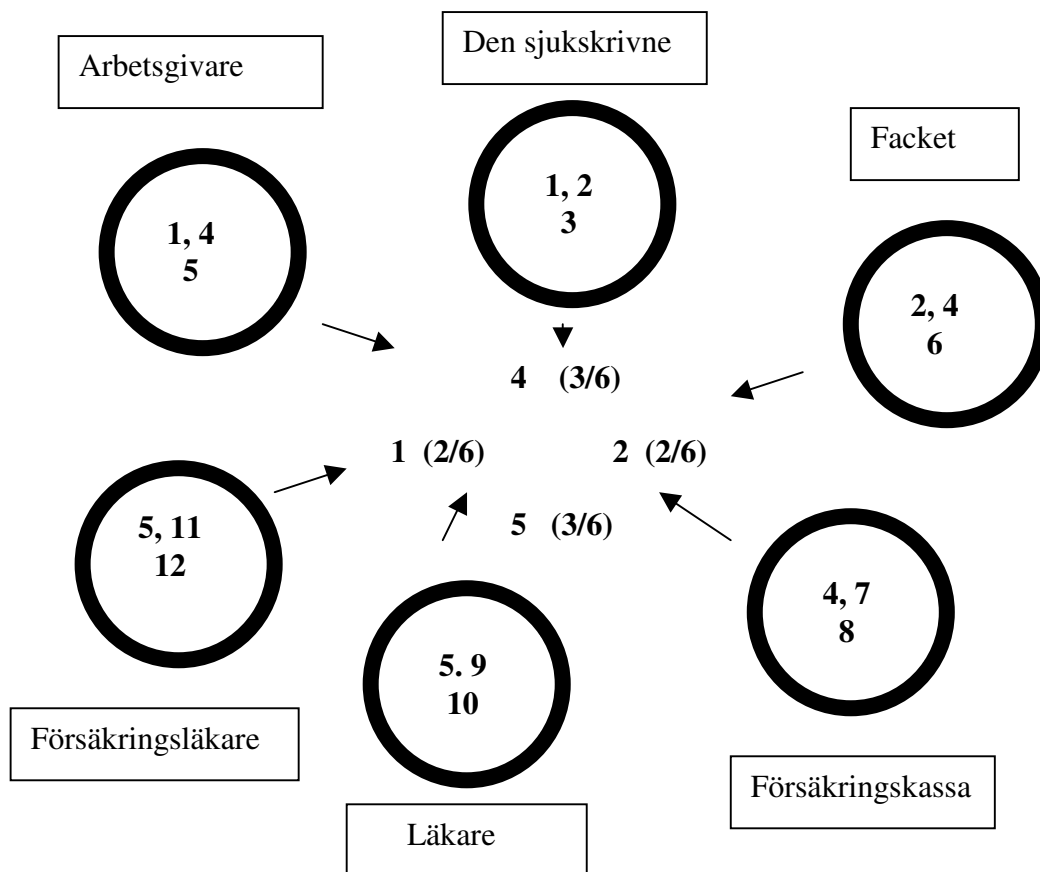
Försäkringsläkaren ser både möjligheter och hinder hos den sjukskrivne själv.

Möjlighet: 1) Motivation hos patienten, 2) Utbildning, 3) God arbetsmarknad

Hinder: 1) Motivation hos patienten, 2) Sjukdomens art, 3) Sociala förhållanden

Möjligheter och hinder till rehabilitering fokuserar kring individen, arbetsgivaren och interaktionerna mellan rehabaktörerna. Den sjuke och facket ser till strukturen medan de andra parterna ser till individ och struktur.

Uppfattningen mellan de olika grupperna visar både samsyn och mångsyn.

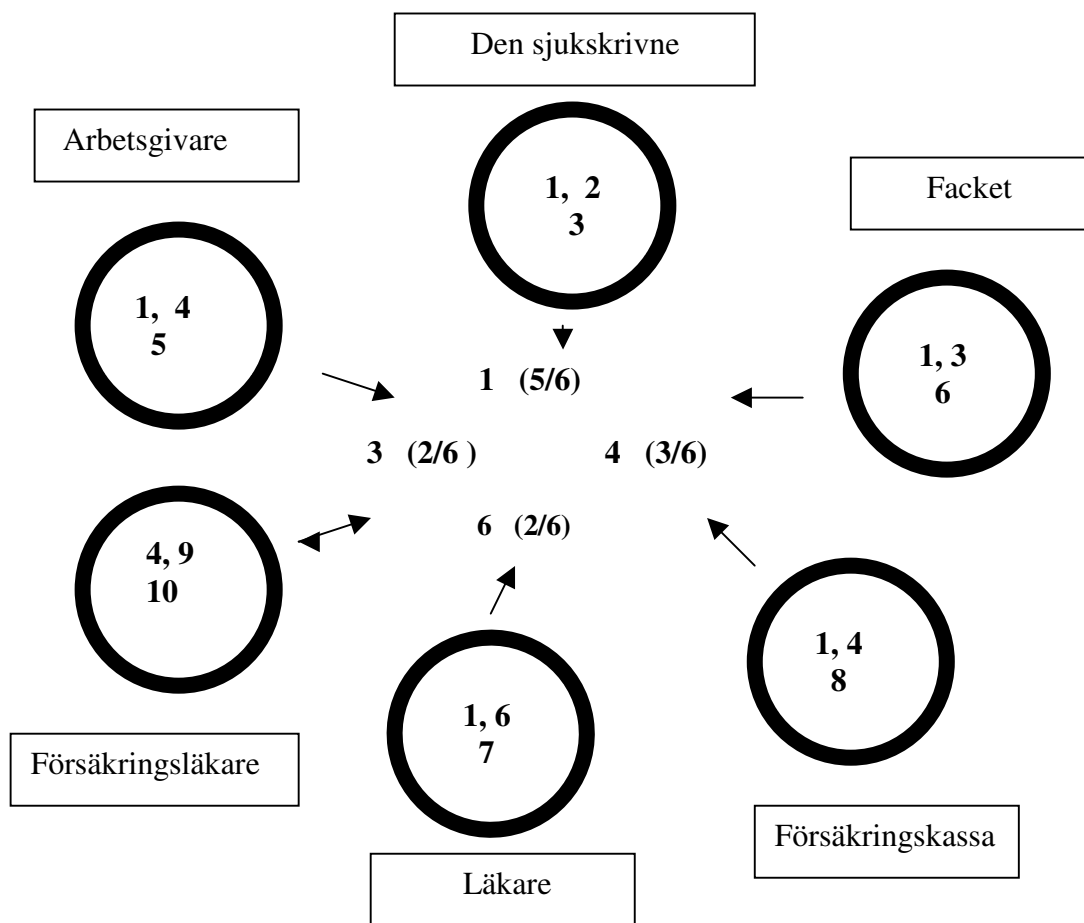


Figur 1. Möjligheter till rehabilitering, samsyn/mångsyn

- Figur1.** Visar de tre främsta möjligheterna till rehabilitering ur respektive grupp, samt en jämförelse mellan grupperna avseende samsyn. Nummer inom respektive cirkel relateras till nedan uppfattningar.
- Siffrorna i mitten av figuren representerar gemensamt synsätt. Siffror inom parentes visar antal grupperns åsikt i aktuella åsikt, relaterat till totala antalet grupper (5st). Nedanstående möjligheter åskådliggörs numrerade utan inbördes rangordning .
- 1 Arbetsgivarens möjlighet till anpassning av arbetsuppgifter, arbetstid, arbetsmiljö.
 - 2 Optimal behandling av grundsjukdom, tillgång till ex ryggskola, psykolog ,medicin, för att förbättra den sjukskrivnes hälsa.
 - 3 Försäkringskassans möjlighet till anpassning av återgång till arbete ex arbetsträning.
 - 4 Tidig kontakt mellan arbetsgivare och den sjukskrivne. Tidig kontakt mellan rehabaktörer.
 - 5 Motivation/ förhållningssätt hos den sjukskrivne
 - 6 Kunskap om rehabprocessen hos förtroendevalda.
 - 7 Samsyn mellan rehabaktörer.
 - 8 Tidiga signaler om rehabbehov hos sjukskriven. Stöd i bedömning av läkare till FK
 - 9 Kort sjukskrivning (< 3 mån)
 - 10 Realistiska möjligheter till återgång/anställning annat arbete efter rehabilitering.
 - 11 Utbildning hos patient.
 - 12 Arbetsmarknaden

För att åskådliggöra samsyn/mångsyn har respektive grupps tre främst prioriterade hinder respektive möjligheter jämförts mellan grupperna.(figur 1,2) Jämförelsen tar ej hänsyn till inbördes rangordning plats 1-3 i gruppens prioritering. Centralt i figuren visas gemensamma åsikter.

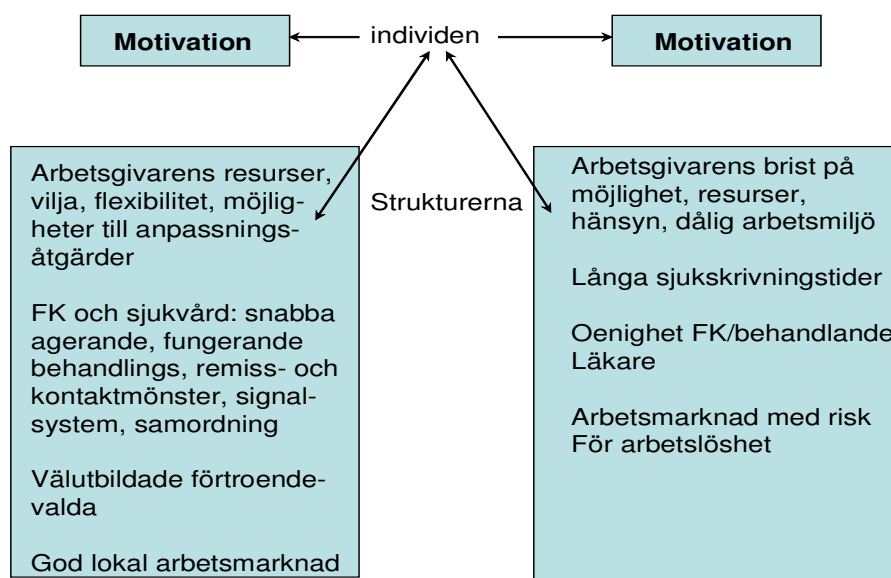
Man ser att samsynen är störst avseende hinder för rehabilitering. Flera åsikter är gemensamma men prioriteras olika i respektive grupp.



Figur 2. Hinder för rehabilitering, samsyn/mångsyn

- Figur 2.** Visar hinder för rehabilitering. Figuren tolkas enligt förklaring till figur 1.
- 1 Organisatoriska problem hos arbetsgivare, ex svårt att hitta omplaceringsplatser, ekonomi
 - 2 Upplevd stress i det aktiva rehabiliteringsarbetet när den sjukskrivne ska börja arbeta
 - 3 Långa väntetider till de olika rehabaktörerna
 - 4 Brist på motivation/förståelse hos den sjuke
 - 5 Lång sjukskrivning (> 3 mån)
 - 6 Arbetsgivarens attityd- negativ, rigid
 - 7 Arbetsmiljö
 - 8 Oenighet i bedömning av arbetsförmåga mellan läkare och försäkringskassan
 - 9 Sjukdomens art
 - 10 Sociala förhållanden

Faktorer som befrämjar rehabilitering Faktorer som hindrar rehabilitering



Figur 3. Möjligheter och hinder till rehabilitering

Diskussion

Resultaten pekar på att tidiga kontakter mellan rehabaktörerna, arbetsgivarens organisation, möjligheter till anpassning samt den sjukes motivation är de viktigaste faktorerna både i fråga om möjligheter och hinder till rehabilitering.

Det överensstämmer i huvudsak med delar av tidigare studier (1,2,3,6,7,8,9,10). Där har man identifierat organisatoriska problem inom och mellan de olika rehabaktörerna som det främsta hindret. I min studie framkommer även en skillnad i prioriteringen av orsaker mellan grupper. Den sjukskrivne/facket ser till orsaker utanför den sjuke (arbetsorganisation, resurser, sjukvård, försäkringskassan, tidsfaktorn etc.) medan läkare/försäkringskassa lyfter både strukturella orsaker och individens. Försäkringsläkaren ser möjligheter/hinder hos den sjukskrivne.

Det finns till stor del en samsyn bland rehabaktörerna men med inbördes olika prioritering av orsakerna. I tidigare studier har det inte uppmärksammats att den sjukskrivne och facket så tydligt uppfattar främst strukturella förhållanden som orsak till både möjligheter och hinder för rehabilitering, medan den enskildes motivation uppfattas spela en underordnad roll.

Det är överraskande att försäkringskassans skärpta bedömning av "rätt till sjukpenning" inte framkommer som ett större problem. Orsaken kan vara resultatet av en tydlig information om regelverket och en acceptans hos rehabaktörerna. Den sjukskrivne uppfattar att rehabprocessen går för långsamt, men när den väl kommer igång upplevs den för stressig. Denna ambivalens kan bero på omställningen vid återgång till arbete efter passiviserande sjukskrivning.

Studien har genomförts med en "närliggande" metod, med begränsade frågeställningar, i små grupper och i en känd närmiljö. Tidigare studier (1,2,3,7,8,9,10) arbetade med stora

material och mera övergripande frågor. Detta kan förklara den ytterligare informationen som framkommer i den här undersökningen: att den sjukskrivne och facket lägger såväl hinder som möjligheter till strukturer utanför sig själv medan övriga aktörer också lyfter motivation hos den sjukskrivne som viktigt för rehabiliteringen. Möjlighet till anpassning av olika slag önskas av den sjukskrivne, facket och arbetsgivaren. Innebörden och förväntningarna på anpassning hos de olika aktörerna skulle kunna studeras vidare. Sannolikt nås bättre rehabiliteringsresultat med en anpassning av arbetsplats OCH individ!

Det är möjligt att svaren i undersökningen påverkades av min egen syn på ”möjligheter och hinder” till rehabilitering. Som läkare har träffat de flesta som ingår i studien. Det var flera olika personer som informerade och samlade in materialet. Jag bedömer att det har ringa betydelse eftersom tillvägagångssättet var neutralt och standardiserat. Olikheter i svaren kan bero på var i rehabiliteringsprocessen den sjukskrivne är. Det har inte studerats om det finns några skillnader relaterade till kön eller ålder. Arbetsförmedlingens interaktion med rehabaktörerna har ej eller berörts. Skillnader mellan hel-/deltidssjukskriven/individ och deras syn på rehabilitering har inte heller legat i fokus. I kommande studier kan alla dessa faktorer vara intressanta att undersöka.

Samsyn är önskvärt och förutsätts vara en möjlighet för rehabilitering. Minskar samsynen antalet långtidssjukskrivna?

Den sjuke befinner sig i en beroendeställning:

Till arbetsgivaren - Får jag behålla mitt arbete trots sjukdom?

Till sjukskrivande läkaren- Blir jag sjukskriven?

Till Försäkringskassan - Får jag rätt till sjukpenning?

Denna realitet kan innebära ett etiskt moraliskt dilemma för alla rehabaktörer, som kan påverka rehabprocessen.

En tydlig rehabprocess gynnar alla!

Slutsats

Studien visar att det finns samsyn och delvis mångsyn i frågan ”möjligheter och hinder till rehabilitering” i Gällivare, mellan den sjuke/facket/läkare/försäkringskassa och försäkringsläkare. Grupperna identifierar tidiga kontakter mellan rehabaktörerna, arbetsgivarens organisation och individens motivation. Den sjuke och facket ser i huvudsak organisatoriska problem, medan läkare/försäkringskassa och försäkringsläkare betonar hinder och möjligheter både hos individen och i strukturen.

Det var en mycket god uppslutning av de långtidssjukskrivna till undersökningsgrupperna. Diskussionerna i grupperna var intressanta. Engagemanget visar ett aktivt intresse att påverka rehabiliteringsprocessen. Den låga andelen rehabpenning som utbetalas i Gällivare ser jag som en indikation på att satsa ytterligare på rehabiliteringsarbetet. Resultatet av undersökningen visar på områden som kan utvecklas ytterligare. Det är viktigt att arbeta vidare med de frågor där samsyn råder.

✕ Tidiga kontakter mellan rehabaktörerna.

Det kan underlättas av en tydlig rehabiliteringsorganisation. Ett hjälpmedel skulle kunna vara en ”rehabkarta”(bilaga 3)

- ✘ Arbetsgivarens organisation och möjligheter till anpassning.
En snabb rehabilitering kan förkorta den passiva rehabiliteringstiden. Då minskar ju också utgiften för arbetsgivarens lagstadgade medfinansiering. Delar av dessa medel skulle kunna avsättas, för att finansiera ” inslussningsarbeten för långtidssjukskrivna” med anpassade arbetsuppgifter under en begränsad tid. Då förbättras möjligheterna för den sjukskrivne till en successiv återgång i arbete. Det innebär även en möjlighet till prövning av arbetsförmåga i reell miljö för att bedöma om återgång i ordinarie arbetsuppgifter är realistiska.
- ✘ Den sjukes motivation.
Aktiv coachning av den sjukskrivne och arbete med den sjukes copingresurser (problemorienterad pedagogik, kognitiv beteendeterapi,) kan förbättra den sjukes rehabiliteringsmöjlighet.
Fackets roll ur denna synvinkel kan utvecklas.
Läkarna och arbetsgivaren tror på potentialen hos den sjukskrivne!

Företagshälsovården har en viktig objektiv roll i rehabiliteringsarbetet, genom sitt kontaktnät med patient/arbetsgivare/myndigheter. Här finns möjlighet att befrämja samsyn.

Referenser

1. Arbetsliv och hälsa 2000, Arbetarskyddsstyrelsen/Arbetslivsinstitutet, red. Staffan Marklund
2. Arbetslivsinriktad rehabilitering, U Lidwall, Försäkringskassans utvärderingsavdelning
3. Den höga sjukfrånvaron-problem och lösningar, 2005, Folkhälsoinstitutet
4. Kvalitativa forskningsmetoder i klinisk medicinsk praxis, Thörn Å, Bunne M, Hallberg H, Läkartidningen 2001;12:1358-63
5. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Studentlitteratur Lund 1998
6. ”Långtidssjukskrivna får inte hjälp i tid” Dagens Nyheter 060320
7. Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser, M.Eklund, RFV
8. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning Rapport jan-05, sektionen för personskadeprevention at al , Karolinska institutet
9. ”På jakt efter en hållbarare organisation”, Bjerlöv M (arbetslivsinstitutet), Palm K (KTH), Management of technology nr 1 mars 2005
10. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, 2004, Socialstyrelsen
11. www.forsakringskassan.se : Ohälsotalet i Sverige
12. www.forsakringskassan.se : Pressmeddelande 050420 ” Färre nya med sjukersättning”

Stort TACK till:

Åke Thörn, Per Sjöström, Margaretha Mathiasson, Grabbarna G, Eva Rönnqvist, Margaretha Öderyd, Marina Eriksson, Janne Lindmark, Ann-Christine Wikström, Birgitta Moberg, Eva Askebrand, Kjell Degerman och Alla deltagare i studien

Bilaga 1

Muntlig och visuell information till gruppen avseende metodik för undersökningen, enligt Metaplan.

VÄLKOMNA!

MÖJLIGHETER FÖR REHABILITERING?

- # Var och en i gruppen skriver anonymt på tre lappar, möjligheter för rehabilitering.
Tidsåtgång 10 minuter
- # Gruppen rangordnar tillsammans framkomna möjligheter. Dess numreras enligt rangordning (1= främsta möjligheten o.s.v.) och förseglas därefter i ett kuvert.
Tidsåtgång 10 minuter.

HINDER FÖR REHABILITERING

- # Var och en i gruppen skriver anonymt på tre lappar, hinder för rehabilitering.
Tidsåtgång 10 minuter.
- # Gruppen rangordnar tillsammans framkomna hinder. Dessa numreras enligt rangordning (1= största hindret o.s.v.)och förseglas i ett kuvert.
Tidsåtgång 10 minuter.

PRESENTATION:

- # Studie av Karin Granberg, Företags läkare Previa, Gällivare
”Möjligheter och hinder i rehabiliteringsprocessen-samsyn och/eller mångsyn i Gällivare”
- # Metodik: Metaplan, leds av Janne Lindmark beteendevetare samt Margaretha Mathiasson företagssköterska och Marina Eriksson, sjuksköterska.

SYFTE:

Syftet med denna studie avser att kartlägga uppfattningen om rehabiliteringshinder och möjligheter med fokus på långtidssjukskriven personal inom Gällivare Kommun. Studien avser även att studera sammanhang mellan de olika rehabaktörernas uppfattning om hinder och möjlighet till rehabarbetet i Gällivare.

URVALSGRUPPER FÖR STUDIEN:

- # Långtidssjukskrivna, hel eller deltid (mer än 3 månader), Gällivare Kommun.
- # Arbetsledare Gällivare Kommun
- # Fackliga representanter
- # Läkare på orten.
- # Rehabhandläggare på försäkringskassan i Gällivare
- # Intervju med försäkringsläkare

TACK FÖR ER MEDVERKAN!

LÅNGTIDSSJUKSKRIVNA (> 3 mån) Gällivare kommun (totalt 50st)

GRUPP 1

Möjligheter för rehabilitering

1. Optimerad möjlighet till träning och smärtlindring för att klara av vardagen
2. Möjlighet till flexibel anpassning av Arbetsgivaren. Möjlighet att gå ner i tid i ordinarie arbete.
3. Bra sjukgymnastik
4. Aktiv riktad insats från försäkringskassan - betalat rehabutredning

Hinder för rehabilitering

1. Klarar ej av mitt gamla arbete pga sjukdom.
2. Långsam process i början av sjukskrivningsperioden i fråga om kontakt och insatser från Arbetsgivare och Försäkringskassan.
3. Arbetsgivaren tar inte mig på allvar, har inte förståelse för mina besvär och min situation
4. Vid rehabilitering/omplacering utplacering på ogynnsam arbetsplats utifrån mina symtom.
5. Vid omplacering - flera arbetsplatsbyten på kort tid.
6. Försäkringsläkare bryter sjukskrivning och gör bedömning utan att träffa den som är sjukskriven.

GRUPP 2

Möjligheter för rehabilitering

1. Anpassning av arbetsförmågan i förhållande till sjukdomen med deltid sjukskrivning.
2. Bra insatser för att förbättra sjukdom och lindra besvär genom behandling, medicinering, sjukgymnastik, varmvattenbassängträning.
3. Långsiktig plan. Beslut om tidsbegränsad sjukersättning ex 50%.
4. Genom att få en lämplig avlastande omplacering inom Gällivare kommun skulle jag kunna arbeta 25-50%.
5. Aktiv arbetsgivare som bryr sig, ex genom uppmuntrande kontaktperson för att hålla kontakten med arbetsplatsen under sjukskrivningsperioden.
6. Successiv ökning av arbetstid och belastning, i samråd mellan den anställda och Arbetsgivaren.

Hinder för rehabilitering

1. Ovilja från Arbetsgivaren att samarbeta och hitta lösningar till att kunna återgå till ordinarie arbete, mer eller mindre.
2. Personalindragningar gör att man/vi får gå på knäna, vilket leder till sjukdom.
3. Jag orkar inte jobba pga sjukdom, förslitningar, sekundära sömnsvårigheter.
4. Jag tvingas ut alltför snabbt till arbetet. Då blir mina besvär värre.
5. Många medicinjusteringar gör att det tar tid att bli bra/ bättre i mitt mående.

GRUPP 3

Möjligheter för rehabilitering

1. Möjlighet att få träffa läkare snabbt för att få rätt medicinsk behandling och remisser ex sjukgymnast, ortoped, röntgen mm
2. Möjlighet att komma tillbaka till arbete i sin egen takt. Möjlighet till nedsatt arbetstid

3. Att få möjlighet att byta yrkesroll genom utbildning för att kunna fortsätta att arbeta så länge det behövs – så länge man är sjuk och inte klarar av att arbeta.
4. Möjlighet att använda friskvårdstimmen till behandling och rehabilitering.
5. Möjlighet att få hjälpmedel till min arbetsplast.
6. Att läkaren tar mig på allvar!

Hinder för rehabilitering

1. Att man blir stressad att återgå i arbete för tidigt (Försäkringskassan, läkare), att man inte får göra det i sin egen takt. Det leder till försämring av sjukdomen
2. Svårt att hitta lämpliga omplaceringsplatser. Svårt att anpassa arbetet. Många enheter är för tungarbetade pga personalneddragningar.
3. Svårt att få läkartid. Svårt att få komma till samma läkare vid förlängning av sjukskrivning.
4. Oregelbundna arbetstider. Många sjukdomar gör det svårt att återgå i arbetet pga skiftarbetet.
5. Att läkaren inte tar mig på allvar.
6. Att jag inte får remiss dit jag anser att jag behöver.
7. Att Försäkringskassans läkare har bråttom att få en tillbaka på 100% arbete.
8. Att vikariebehovet inte överensstämmer med sjukfrånvaron. Hur värderas jag av Arbetsgivaren?
9. Att rehabiliteringen, återgången till arbetet, inte bör ske under arbetstid, då min arbetsförmåga är nedsatt pga sjukdom.
10. Mina medicinska besvär enligt diagnos – min sjukdom, är hinder för rehabilitering.

GRUPP 4

Möjligheter för rehabilitering

1. Att Arbetsgivaren ger mig möjlighet träning på arbetstid, anpassade arbetsuppgifter, omplacering till lättare arbetsuppgifter.
2. Att Försäkringskassan ger mig möjlighet till arbetsprövning/träning.
3. Bra behandling som förbättrar mina besvär. Sjukgymnastik, varmvattenbassängsträning, akupunktur, TNS, rörlighetsträning, mm
4. Förstående omgivning, läkare, sjukgymnast, hemma, försäkringskassan, arbetsgivare, arbetskamrater.
5. Ordentlig diagnos
6. Information vilken hjälp man kan få utifrån min sjukdom, ex-olika behandlingshem, Rygginstitutet, Garnis smärtgrupp, Hälsohem, Alfta utredning och behandling.
7. Att få hjälp med ex taktil massage, avslappning, stresshantering, basal kroppskännedom, naprapat, kiropraktik

Hinder för rehabilitering

1. Läkare och sköterskor stressade vid kontakt/telefonkontakt.
2. Svårt att få tid till sköterska, läkare, sjukgymnast.
3. Olika läkare inblandade i sjukskrivningen kan vara ett hinder för rehabiliteringen
4. Försäkringskassan kan sätta press så kraven blir högre än man klarar av.
5. Svårt att komma från jobbet i rätt tid när man är deltids sjukskriven. Mycket jobb ska göras på kort tid. Jag känner press att jag måste hinna lika mycket på halva tiden.
6. Svårt att få anpassade eller andra arbetsuppgifter. Kommunen har inte så bra med andra arbetsuppgifter.
7. Saknas aktiverande insatser, kurser eller annat så att sjukskrivna får träffas.
8. Jag saknar medicinsk information om vilken hjälp jag kan få- utredning/behandling.

9. Mina arbetskamrater blir drabbade pga att jag ej är fullt arbetsför., ej full styrka på jobbet. Känns inte bra. Jobbigt för dem och mig. Ex: är man helt sjuk tas en personal in, men jobbar man 50 % då ersätts ej alltid personalen till fullo. "Spariver" från arbetsgivaren sliter på personalen!

GRUPP 5

Möjligheter för rehabilitering

1. Att arbetsplatsen och arbetsuppgifterna är anpassade efter min arbetsförmåga.
2. Att få hjälp med balans mellan arbete och fritid
3. Bra läkarkontakt med bra läkarintyg, och bra behandling av mina besvär.

Hinder för rehabilitering

1. Pengar!
2. Väntetider!
3. Tid! Det ska gå så fort med rehabilitering på arbetsplatsen.

GRUPP 6

Möjligheter för rehabilitering

1. Förebyggande och behandlande träningsprogram- individuellt anpassade. Fysisk och psykisk träning (enskilt / i liten grupp)
2. Återgång i arbete efter den sjukskrivnes önskemål när han/hon är redo. Ingen annan kan eller får påskynda en rehabprocess. Det kan stjälpa den sjukskrivne!
3. Större samverkan mellan kommun och landsting. Utbildning och kurser.
4. Hjälp med yrkesinriktad utbildning.
5. Högriskskydd minskar pressen. Information! Ska vara obligatoriskt vid sjukersättning.
6. Större flexibilitet från Arbetsgivaren vid omplacering. Chans till mer anpassat jobb.
7. Ej glömmas bort av arbetsgivaren. Kan skapa problem på sikt.
8. Möjlighet till hjälpmedel på arbetsplatsen.
9. Erbjudas möjlighet till aktiva rehabinsatser ex Rygginstitutet, hälsohem

Hinder för rehabilitering

1. Regelverket, paragrafer.
2. Dålig samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Arbetsgivare, Landstinget
3. Avsaknad av reträttplatser
4. Sjukdom och sekundära besvär, smärta, eget mående, dålig sömn.
5. Svårt att få tid till läkare.
6. Dålig uppföljning i rehabprocessen. Känner mig utlämnad åt mig själv.
7. Personers oförstående. Olika "myndigheter" vet mitt eget bästa, fast jag kan ha egna lösningar.
8. Avsaknad av information, - om mina rättigheter under sjukskrivning, - om utbildningar som kan underlätta min återgång till arbetslivet.
9. Arbetsgivaren glömmar lätt bort den sjukskrivne.

GRUPP 7

Möjligheter för rehabilitering

1. Lättare arbetsuppgifter/omplacering genom rehab.beslut.
2. Individuellt schema
3. Möjlighet till utbildning under arbetstid
4. Samverkan behövs mellan alla berörda parter: Den sjuke-, arbetsgivaren-försäkringskassan-läkare
5. Möjlighet till råd och hjälp via företagshälsovården

6. Att få stanna kvar i sitt befintliga arbete, vilket ger stor trygghet

Hinder för rehabilitering

1. Sjukdom. Orken finns inte pga värk, ständig trötthet, sömnlöshet
2. Finns ej tillräckligt med rehab.platser att erbjudas vid omplacering.
3. Att det ej finns lättare arbete
4. Att bli bemött negativt av arbetsgivare och arbetskamrater. De ser den sjuke som ett problem
5. Att ej få möjlighet till arbetsprövning, som led i rehabilitering.

GRUPP 8

Möjligheter för rehabilitering

1. Behandling för att förbättra sjukdom – ex sjukgymnastik, varmvattenbassängträning
2. Arbetsträning
3. Möjlighet till omplacering hos ordinarie arbetsgivare
4. Att erbjudas utbildning i ex stresshantering för att lättare klara av sitt arbete.
5. Tiden. Att tidigt ta tag i problemen som medför arbetsoförmåga och erbjudas hjälp.
6. Ett positivt förhållningssätt från omgivningen mot den sjuke. Att ha en stödjande och flexibel inställning mot sjuka.

Hinder för rehabilitering

1. Svårigheter att anpassa arbetstiden för att kunna gå till träning för att bli friskare ex-bassängträning, sjukgymnast.
2. Svårt att få hjälp till att utbilda sig till något annat arbete då man ej klarar av det jobb man har.
3. Tidsfaktorn. Svårt att få hjälp snabbt- ex läkartid.
4. Svårt att få ett meningsfullt arbete när man inte är lika effektiv som tidigare.
5. Att hitta lugn och ro, utan stress på arbetsplatsen.
6. Arbetsgivaren säger låt att det inte finns något arbete om sjukdomen gett något handikapp.

CHEFER GÄLLIVARE KOMMUN (8 stycken)

Möjligheter för rehabilitering

1. Tidig kontakt med arbetstagaren.
2. Motivation/ förhållningssätt hos den sjukskrivne.
3. Att tillrättalägga arbetsuppgifter, arbetstid och arbetsmiljö.
4. Minskad sjukskrivningsgrad med ekonomiskt bidrag till den sjuke.
5. Omplacering. Förändra attityden till omplacering !

Hinder för rehabilitering

1. Brist på motivation/attityder(negativa) Brist på förståelse hos den sjuke.
2. Sjukskrivningslängd. Svårt att återgå i tjänst efter lång sjukskrivning.
3. Resursbrist – krympande organisationer. Svårt att hitta omplaceringsmöjligheter/-ställen.
4. Långsam budgetprocess- äska inför nästa års budget (ex inköp av hjälpmedel för bättre arbetsmiljö/ anpassning.)
5. Arbetsledare med för stora personalgrupper medför tidsbrist med att arbeta förebyggande, med rehabilitering.
6. Finns ej möjlighet att skapa personliga tjänster eller omplacera över kompetensområden.
7. Den sjukskrivnes utbildningsbakgrund kan vara ett hinder .

FACKLIGA REPRESENTANTER FRÅN GÄLLIVARE KOMMUN (3st)

Möjligheter för rehabilitering

1. Tidigare kontakt vid sjukskrivning med arbetstagare (där rehabiliteringsprocessen fungerar från arbetsgivarens sida)
2. En bra kunskap hos förtroendevalda vid rehabilitering.
3. Att det finns olika aktörer att använda sig av i rehabiliteringsprocessen som t.ex. Ryggskolan, psykolog olika utvecklare osv.

Kommentar: I framtiden kommer det att krävas en mycket bättre anpassning av arbetsuppgifterna så att det passar den enskildes förutsättningar. Därtill krävs det ekonomiska resurser och ett bättre samarbete mellan de olika aktörerna: arbetsgivare, försäkringskassan och arbetsförmedlingen.

Hinder för rehabilitering

1. Arbetsgivarens ovilja att anpassa arbetsuppgifterna så att den sjukskrivne kan få ett bra arbete - arbetsuppgifterna finns
2. Resursfördelning inom kommunen och hos de övriga aktörerna.
3. Arbetsmiljön på arbetsplatserna.
4. Hårdare tillämpning av befintligt regelverk- Försäkringskassan, Arbetsförmedling och A- kassa.
5. Försäkringskassans läkare ställer för höga krav på arbetsförhet. Det kan finnas tjänster motsvarande 50-75%, men FK-läkare säger att nivån på förmåga motsvarar 75-100%.

REHABHANDLÄGGARE FÖRSÄKRINGSKASSAN som handlägger sjukskrivningsärenden hos anställda i Gällivare Kommun. (3st)

Möjligheter för rehabilitering

1. Samsyn mellan de olika aktörerna.
2. En tidig kontakt mellan Läkare, Försäkringskassa, Arbetsgivare och den sjukskrivne.
3. Tidiga signaler från läkare om rehabiliteringsbehov. Läkarens stöd för bedömning av arbetsförmåga.
4. Tydlig rehabiliteringsorganisation hos arbetsgivare, samt en positiv inställning från arbetsgivaren att "lösa" återgång till arbete.
5. Att erbjuda individen (den sjukskrivne) hjälp att träna upp arbetsförmågan.

Hinder för rehabilitering

1. Om individen har varit sjukskriven en längre period och tappat självkänslan samt motivationen. Svårigheter för individen att se arbetsförmågan i en annan bransch. T ex att en undersköterska alltid ska vara undersköterska i stället för att se alternativen och omskola sig till snickare exempelvis.
2. Oenighet angående arbete/arbetsform hos behandlande Läkare och Försäkringskassa. Om läkaren inte finns med i denna process vid t ex avstämningsmöten.
3. Om den sjukskrivne riskerar att förlora sin anställning och alla möjligheter är uttömda.
4. Striktare tillämpning av rehabiliteringsmöjligheterna och regelverk.
5. Sociala förhållanden som make/ makas sysselsättning och bostadsort.

LÄKARE (Malmbergets Vårdcentral, 7 stycken)

Möjligheter för rehabilitering

1. Patientens egen vilja/motivation att återgå i arbete och positivt inställd till rehabilitering.

2. Kort sjukskrivning (< 3 mån)
3. Att det finns realistiska möjligheter att bli anställd efter rehabilitering, till annat jobb.
4. Snabb kontakt med Företagshälsovården.
5. Att Företagshälsovården snabbt och aktivt reagerar på remisser från primärvården. Att Företagshälsovården prioriterar FHV och nedtonar hälsokontroller med blodfetter och annat icke arbetsrelaterat
6. Gott samarbete mellan inblandade instanser.
7. Tillgängliga resurser.
8. Utbildningsnivå hos sjukskriven individ
9. Att den sjuke ska kunna utnyttja sin fritid på bättre sätt, och umgås med sin familj på bättre sätt.

Hinder för rehabilitering

1. Rigid arbetsledning. Chefer tar ej sitt fulla ansvar enl. Arbetsmiljölagen.
2. Arbetsmiljöproblem
3. Företaget har inte ekonomiska möjligheter till att rehabilitera/ arbetsrehabilitera.
4. Fysisk sjukdom hos den sjukskrivne.
5. Bristande motivation hos den sjukskriven att återgå till arbetsmarknaden
6. Långtidssjukskrivning medför svårighet till rehabilitering (> 3 mån)
7. Tidsfördröjning – väntelistor i vården, ingen rehabiliteringsplats.
8. Flera i den sjukskrivnes familj är sjukskrivna. Make/maka med långtidssjukskrivning/sjukpension.
9. Arbetslöshet på orten.
10. Den sjukskrivnes fritidsintressen. Största hindret häst eller hund

FÖRSÄKRINGSLÄKARE GÄLLIVARE

Möjligheter för rehabilitering

1. Motivation hos patienten.
2. Utbildning hos patienten.
3. Arbetsmarknaden. En god arbetsmarknad ökar möjligheterna för rehabilitering.

Hinder för rehabilitering

1. Motivation hos patienten.
2. Sjukdomens art.
3. Sociala förhållanden hos patienten.

Kommentar: Rehabilitering ska komma igång så snart som möjligt. De olika rehabaktörerna (Försäkringskassa, arbetsförmedlingen, sjukvården osv.) ska samarbeta så att patienten inte "hamnar mellan stolarna". Arbetsgivaren är oerhört viktig för att rehabiliteringsarbetet.

Bilaga 3

REHABKARTA (medtages vid varje kontakt)

Namn:

Adress: ... Tfn:

Arbetsgivare:

Kontaktperson: Tfn:

Handläggare FK: Tfn:

Sjukskrivande läk: Tfn:

Diagnos:

Mitt hinder för arbete:

Mina möjligheter för arbete:

Aktuell medicinsk utredning:.....

Pågående rehabaktivitet – arbetsgivare:

Pågående rehabaktivitet FK:

Planerade möten:

Mitt

MÅL:.....

Arbetsförmågebedömning - ett års uppföljning av prognostiserad arbetsförmåga med hjälp av FörsäkringsMedicinsk Utredning (FMU)

Författare: Christer Sjöberg
Handledare: Lennart Hovelius, professor, leg läkare, specialist i kirurgi och ortopedi.
Högskolan i Gävle, Belastningsskadecentrum Umeå.

Sammanfattning

Syfte

Det är många gånger svårt att bedöma en människas aktuella arbetsförmåga i förhållande till sjukdomar och ohälsa. Såväl den enskilde personen som arbetsgivare och försäkringskassan är även intresserad av prognosen för arbetsförmågan. Kommer arbetsförmågan att förbättras över tid eller kvarstår nedsättningen?

För att bedöma en persons nedsättning av arbetsförmågan och rätt till ersättning från försäkringssystemet, används ibland en FMU som del i underlaget.

Detta projekt avsåg att studera om en sådan FMU prognostiserade utfallet i sjukförsäkringen ett år efter utredningen. Ett annat syfte var att studera om några bakomliggande faktorer kunde förklara svårigheterna att prognostisera men även ge en bild av populationen och dess multiproblematik.

Undersökt grupp

Femtio personers utredningar under hösten 2004 studerades retrospektivt.

Metoder

Multi- och interdisciplinära försäkringsmedicinska utredningar, genomförda vid ett utredningscenter, studerades retrospektivt under en genomgång av epikriser och journalhandlingar. Vid genomgången protokollfördes personernas bakgrundsdata och deras prognostiserade arbetsförmåga.

Med hjälp av registeruppgifter från Försäkringskassan jämfördes utfallet i sjukförsäkringen ett år efter respektive utredning.

Resultat

Projektet visade att en FMU i 68 % av de studerade fallen prognostiserade utfallet i sjukförsäkringen ett år senare.

En sammansatt och komplex problematik gör det svårare att prognostisera arbetsförmågan. Personer med ett högt BMI eller socialt belastande situation eller låg sysselsättningsgrad/arbetslöshet, är överrepresenterade i gruppen med hel försörjning i sjukförsäkringssystemet.

I den studerade gruppen av människor finns en hög andel av kvinnor, arbetslösa, lågutbildade, överviktiga, rökare och långtidssjukskrivna.

Slutsatser

Det är svårt att bedöma nedsättning av arbetsförmågan och prognosen av denna nedsättning. Det finns behov av ytterligare studier bl.a. för att validera vilka utredningsmetoder som säkrare kan bedöma en persons nedsättning av arbetsförmåga och dess prognos.

Inledning

Arbete är viktigt ur många aspekter, bl.a. för att bidra till försörjningen, möjligen för att ge meningsfullhet till tillvaron men är även viktigt av andra sociala skäl.

En persons arbetsförmåga är avhängigt av flera olika faktorer. Vissa faktorer kan vara knutna till individen, andra faktorer kan vara relaterade till arbetet eller ett tänkt arbete.

Ökade eller förändrade arbetskrav kan också leda till att en person som tidigare hade full arbetsförmåga får en nedsättning av denna.

Ohälsa i form av sjukdom och/eller skada kan innebära funktionshinder som i sin tur kan leda till en nedsättning av en persons arbetsförmåga.

Denna nedsättning kan vara övergående eller beständig. Om hälsotillståndet återställs, återställs som regel även arbetsförmågan.

Det finns idag ett stort intresse rörande socialförsäkringen, och inte minst för sjukpenningförsäkringen. Ett intresse som bl.a. rör kostnaderna för denna försäkring, det höga ohälsotalet, vem som har rätt till ersättning från försäkringen, varför det finns geografiska skillnader inom Sverige avseende försäkringens utnyttjande m.m. [1] [2] [4] [5] [6] [20]

FMU är en medicinsk utredning som görs för att ligga till grund för att bedöma om en försäkrad med nedsatt arbetsförmåga har rätt till ersättning från socialförsäkringen (t.ex. sjukpenning, tidsbegränsad eller varaktig sjukersättning). [2] [3] [4]

Med tiden har det vuxit fram ett ökat intresse för resultatet av utredningarna. Uppfyller utredningarna Försäkringskassans krav och förväntningar? Vad blir det egentliga utfallet, stämmer utredningarnas prognos överens med utfallet i socialförsäkringen? Hur ser populationen ut bland dem som remitterats till utredning? Finns det några faktorer som gör det svårare att prognostisera arbetsförmågan? I vilket syfte beställs utredningarna?

Hälsoinvest Högbo AB

Företaget startades av Folksam 1992 för att utveckla och utvärdera nya vägar för rehabilitering och utredning av individer med ohälsa på grund av smärta och funktionsnedsättningar i rörelseapparaten samt annan fysisk ohälsa. Sedan 1995 drivs Hälsoinvest Högbo AB i privat regi. [7]

Sedan starten har vi utfört polikliniska behandlingar hos sjukgymnast, psykolog, läkare, hälsopedagog och sjuksköterska. Multi- och interdisciplinär medicinsk rehabilitering bedrivs med inriktning mot långvarig ickemalign smärta från rörelseapparaten men även vid psykisk ohälsa i form av stress/utmattningssyndrom.

Alltsedan 1993 bedriver vi hjärtrehabilitering på uppdrag av Landstinget Gävleborg.

Man bedriver Företagshälsovård åt olika företag och organisationer.

Verksamheten omfattar även försäkringsmedicinska utredningar i olika former och omfattning, arbetslivsinriktad rehabilitering/utredning. Våra uppdragsgivare har under dessa år varit såväl Landstinget, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen som privata arbetsgivare.

Arbets sättet kännetecknas av en helhetssyn på människan och dennes situation. Arbetet utförs med respekt och lyhördhet för människan och är utformat för att möjliggöra en god individuell delaktighet.

De olika yrkeskategorierna, läkare, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut, hälsopedagog, dietist och sjuksköterska, arbetar i team tillsammans med patienterna.

Hälsoinvest Högbo AB är godkänt av Socialstyrelsen som utbildningsenhet för AT- och ST- läkare, PTP- psykologer och sjukgymnastelever.

Vid Hälsoinvest Högbo AB har man under de senaste åren gjort ca 100st FMU årligen. Huvudsakligen utredningar med inriktning mot personer där problem i rörelseapparaten eller annan fysisk ohälsa dominerar.

Etisk analys

Handlingsalternativ: Att genomföra projektet enligt projektplanen utan att ansöka om godkännande av etisk kommitté.

Tabell 1. Etisk analys av de berördas påverkan avseende handlingsalternativet.

	Autonomi	Nytta	Rättvisa
Den försäkrade	-	+/-	+
Försäkringskassan	+	+	?
Utredarna	+	+	?
Andra försäkrade	+	+	+

De olika berörda har analyserats avseende tre etiska principer, Autonomi-, Nytt- och Rättvisep principen.

Den försäkrades (Anm. Försäkringskassans term), autonomi påverkas sannolikt negativt. Troligen kan hon/han dra nytta av projektet som innebär en granskning av bedömningen och av utfallet i sjukförsäkringen. Sannolikt kan hon även få en positiv effekt ur rättvisaspekten.

Försäkringskassan förefaller sannolikt ha en bevarad autonomi, och kan säkerligen dra nytta av den nya kunskap som uppkommer. Ur rättvisaspekt tycks varken

Försäkringskassan eller utredarna få fördelar eller nackdelar, däremot torde andra försäkrade som kan komma att utredas dra fördelar av projektet.

Utredarna har en bevarad och sannolikt stärkt autonomi, och kan sannolikt även dra nytta av projektet.

Att ansöka om godkännande vid etisk kommitté kostar pengar. Pengar som inte funnits att tillgå vilket hade inneburit att projektet inte kunnat genomföras.

Projektet har genomförts som en statistisk analys, där varje person ersatts av en siffra och avkodats. Kodnyckeln har endast funnits hos författaren. Således finns en bevarad integritet och sekretess.

Syfte och frågeställningar

En person kan alltid bevisa sin arbetsförmåga genom att lönearbeta, bedriva företag eller som arbetslös stå till arbetsmarknadens förfogande. Att bevisa sin begränsning av arbetsförmågan är svårare. Upplevelsen av sin nedsättning av arbetsförmågan räcker många gånger för den enskilde. Det är inte alltid som detta räcker för att övertyga andra. Arbetskamraterna, arbetsgivare, familjen, grannar m.fl. kan ibland ha en annan uppfattning.

För att erhålla ersättning från socialförsäkringen för inkomstbortfall p.g.a. ohälsa krävs att man uppfyller de krav som är preciserade i lagar, förordningar och föreskrifter. Aktuellt regelverk och ersättningsnivåer finns att hämta på Försäkringskassans hemsida; www.fk.se

Ibland kan man behöva uppsöka läkare p.g.a. sin ohälsa för bot, lindring eller tröst.

Sjukdomsbegreppet har varierat genom tiden och mellan kulturer men även mellan olika tolkare. En beskrivning av detta har Karin Johannisson [8] gjort och bl.a. diskuterat en modell för medicinens hypotetiska uppgifter;

1. att ge namn åt sjukdomsupplevelsen
2. att utveckla sjukdomsförklaringar
3. att bemöta smärta

4. att bota
5. att skapa regler för hälsa och förebyggande av sjukdom
6. att bemöta terapeutiska misslyckanden (kronisk sjukdom, lidande, handikapp)
7. att hantera döden

En annan anledning att söka läkare kan vara i syfte att få ett intyg eller utlåtande om sin upplevda begränsning av arbetsförmågan. Att skriva intyg, d.v.s. att i rollen som medicinskt sakkunnig yttra sig till olika instanser, upptar en relativt stor del av en läkares arbetstid. Det finns ett regelverk kring vad en läkare har att beakta när hon eller han författar ett intyg eller ett utlåtande. [2] [4] [5]

Särskilda svårigheter finns när det gäller att bedöma graden av arbetsförmåga hos människor med sammansatt och komplex problematik.

Att genomföra en FMU kan vara ett sätt, att genom en strukturerad och allsidig utredning samla tillräckligt med information, dokumentera och beskriva informationen, för att därigenom bidra till underlaget för arbetsförmågebedömning.

Det är som regel Försäkringskassan som beställer en FMU, men ibland beställs den av Arbetsförmedlingen, arbetsgivare eller av någon läkare som stöd i dennes underlag till intygsskrivandet.

Syftet med detta projekt är att beskriva populationen som remitterats och att försöka belysa nedanstående frågeställningar:

- Prognostiserar en FMU utfallet i sjukförsäkringen ett år efter utredningen?
- Finns det samband mellan någon av de studerade faktorerna och utfallet i sjukförsäkringen ett år senare?
- Vilka diagnoser får de som remitterats?

Undersökt grupp

Femtio (50st) försäkringsmedicinska utredningar från hösten 2004, konsekutivt uttagna, studerades retrospektivt.

41 personer hade remitterats från Försäkringskassan och 9 personer från läkare i Landstinget Gävleborg. 40 kvinnor och 10 män relativt jämt fördelade i åldersgrupperna. Gruppens utseende beskrivs nedan under rubriken resultat.

Metod

Huvudanledningen för utredning var att Försäkringskassan eller läkare i Landstinget önskade en samlad bedömning av en persons besvärssbild och dennes arbetsförmåga. Smärta var som regel det dominerande symtomet, men den bakomliggande orsaken och funktionsnedsättningen var inte tydligt kartlagt.

Utredningarna är gjorda av tre olika team vid ett center. [7] De försäkringsmedicinska utredningarna gjordes av ett multi- och interdisciplinärt arbetande team bestående av specialistläkare, leg psykolog, leg sjukgymnast och högskoleutbildad hälsopedagog. Vid vissa utredningar deltog även leg sjuksköterska, leg psykoterapeut och/eller ergonom. Vid tidpunkten för utredningarna kände utredningsteamerna inte till detta projekt, ej heller att någon annan uppföljning skulle ske. De försäkringsmedicinska utredningarna har genomförts på ett standardiserat och strukturerat sätt. [se bilaga 1] [10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]

Datainsamling

Data har samlats in av författaren genom en retrospektiv granskning av samtliga epikriser och övriga journalhandlingar. Protokoll [se bilaga 2] med avkodade identiteter fördes och data insamlades i Microsoft Excel. Data har även bearbetades i statistikprogrammet SPSS 14.0 for Windows.

Utfallet i sjukförsäkringssystemet inhämtades ett år efter att respektive utredning hade avslutats, med hjälp av försäkringsexpert vid Försäkringskassan Gävleborg.

Analys

En deskriptiv(kvalitativ) analys av det insamlade materialet har gjorts för att beskriva den studerade populationen.

En jämförande analys har gjorts mellan den prognostiserade arbetsförmågan och utfallet i sjukförsäkringen. Varje utredning har bedömts och protokollförts avseende den prognostiserade arbetsförmågan och sedan jämförts mot utfallet i sjukförsäkringen.

Statistiska bearbetningar av de olika variablerna har gjorts med Chi-2 test med Yates' korrektion. P-värde $< 0,05$ har bedömts som signifikant.

Resultat

Första syftet och tredje frågeställningen besvaras genom en deskriptiv analys av de 50 personerna som ingår i studien.

Tabell 2. Deskriptiv analys av de i studien ingående 50 personerna.

		Frekvens	Procent
Kön	Man	10	20,0
	Kvinna	40	80,0
Ålder (år)	25 – 34	9	18,0
	35 – 44	11	22,0
	45 – 54	17	34,0
	55 – 64	13	26,0
BMI (kg/m ²)	<20	3	6,0
	20-24,9	12	24,0
	25-29,9	20	40,0
	30-	14	28,0
(Överviktig)	Saknas värde	1	2,0
Social situation	Ordnad	29	58,0
	Medelsvår	18	36,0
	Svår	3	6,0
Utbildning	< 9år grundskola	12	24,0
	9 år grundskola	14	28,0
	Gymnasium eller högre	23	46,0
	Okänd	1	2,0
Smärtdiagnos (ICD-10)	Nacke-axlar-skuldror	18	36,0
	Bröst- eller ländrygg	16	32,0
	Generaliserad smärta	7	14,0
	Övrig smärta	9	18,0
Psykisk diagnos	Huvuddiagnos	16	32,0
	Bidiagnos	14	28,0
	Ingen	20	40,0
Alkoholanamnes	Nej	41	82,0
	Pågående	2	4,0
	Tid/avslutad	7	14,0
Rökning	Nej	26	52,0
	Pågående	20	40,0
	Tid/avslutad	4	8,0
Sjukskrivningslängd (månader)	0 – 5	1	2,0
	6 – 11	7	14,0
	12 – 23	20	40,0
	24 -	22	44,0
Innehar anställning	Nej	29	58,0
	Tim, säsong eller liknande	3	6,0
	25 – 49	1	2,0
	50 – 74	1	2,0
	75 – 99	4	8,0
	100	12	24,0

Smärtdiagnoser **efter** utredning fördelades på nacke/axlar/rygg till nästan 70 %, på generaliserad smärta med 14 % och på övrig smärta med 18 %.
 Psykisk diagnos sattes som huvuddiagnos i 32 % och som bidiagnos till smärtdiagnos i 28 %.

Tabell 2 visar även att de i studien ingående personerna hade en ojämn könsfördelning med 80 % kvinnor respektive 20 % män. Åldersfördelningen var jämt fördelad.
 70 % bedömdes som överviktiga, varav 20 personer med ett BMI mellan 25 - 29,9 och 14 personer hade ett BMI över 30. En person ville ej låta väga sig, men uppskattades utan tvekan som överviktig, med ett BMI över 25. Den sociala situationen bedömdes som ordnad hos flertalet, 58 %, och svår endast hos 6 %. Låg utbildningsgrad dominerade där 52 % hade 9-årig grundskola eller lägre.
 82 % saknade alkoholanamnes. 40 % var rökare och 8 % hade ett tidigare rökbruk.
 84 % hade varit sjukskriven mer än ett år, inkluderande 44 % med längre sjukskrivning än 2 år. Arbetslösa var 58 % av populationen.

Prognostiserar utredningarna utfallet i sjukförsäkringen ett år senare?

Säker bedömning innebär att det fanns en klar och uttalad prognostisk bedömning av arbetsförmågan ett år senare. 37st av utredningarna hade det, och 13st av utredningarna hade en något osäker bedömning av prognosen av arbetsförmågan.

I de osäkra bedömningarna gick det inte alltid tydligt att utläsa den ettåriga prognosen ur epikriserna och vid några tillfällen hade man förslagit olika kompletterande utredningssteg, eller rehabiliterande åtgärder. Tidpunkterna (väntetider o.likn.) för dessa förslag kunde inte fastslås och därigenom uppstod osäkerhet avseende prognosens tidsförlopp.

23st av utredningarna korrelerade helt med utfallet i sjukförsäkringen, d.v.s. 62 % av de 37st utredningar som hade fått en exakt prognos. I 14st (38 %) av utredningarna, förelåg inte någon korrelation med utfallet i utredningarna. Sju av dessa hade en bättre arbetsförmåga jämfört den prognostiserade och sju stycken hade en sämre arbetsförmåga jämfört den prognostiserade, d.v.s. felet slog i båda riktningarna. (Tabell 3)
 Av de 13st utredningar vars bedömning var något osäker i tidshänseende, bedömdes 11st ha 100 % nedsatt arbetsförmåga. Dessa 11st personer hade ett år senare full ersättning från sjukförsäkringen, dvs. samstämmigt med bedömningen. Korrelationen blir då 34st (23 + 11) av 50st, dvs. 68 %. (Tabell 3 och 4.)

Tabell 3. Korrelation mellan vår prognos vid tidpunkten för utredningen och utfallet i sjukförsäkringen ett år senare.

Bedömning av prognostiserad Arbetsförmåga	Antal	Korrelerar	Korrelerar ej Sämre utfall	Korrelerar ej Bättre utfall
Säker	37	23	7	7
Osäker	13	11	X	X

Tabell 4. Utfall i sjukförsäkringen efter ett år, relaterat till den prognostiserade arbetsförmågan.

Ersättningsnivå ett år efter utredning.						
Prognostiserad Arbetsförmåga	0 %	25 %	50 %	75 %	100 %	Antal
0 %	1		1	1	17	20
25 %	1		1		3	5
50 %	2		5		3	10
75 %						
100 %	1				1	2
Osäker	1			1	11	13
Antal	6		7	2	35	50

35 personer (70 %) hade 100 % ersättning från sjukförsäkringssystemet ett år efter utredningen och endast 6 personer (12 %) hade 0 % ersättning. (Tabell 4)
Av samtliga 50 personer var det endast ett nytt sjukfall efter ett år.

Tabell 5. Typ av ersättning hos personerna ett år efter utredning, jämfört med sjukskrivningsgraden och antalet personer med sjukersättning vid tidpunkten för utredning.

Sjukskrivningsgrad Vid tidpunkten för utredning	Typ av ersättning ett år efter utredning			Antal
	Ingen	Sjukskrivning	Sjukersättning	
100 %	2	8	25	35
75 %	0	0	0	0
50 %	2	5	2	9
25 %	1	0	0	1
0 %	0	0	0	0
Sjukersättning	1	0	4	5
Antal	6	13	31	50

Av de inremitterade 50 personerna hade 45 personer (90 %) sjukskrivning och 5 personer (10 %) hade sjukersättning (graden var inte preciserad).
Ett år senare har 27 (54 %) personer överförs från sjukskrivning till sjukersättning. Av de 5 personerna som hade sjukersättning vid utredningen kvarstår 4 i sjukersättning och en person har inte längre någon ersättning. Efter ett år har 6 (12 %) personer ej längre någon ersättning från sjukförsäkringssystemet.

Tabell 6. Anställningens utseende vid tidpunkten för utredning jämfört med anställningen ett år senare.

Innehar anställning	Anställning ett år senare				Total
Vid tiden för utredning	Nej	25 - 49	50 - 74	100	
Nej	25	0	3	1	29
Tim-, säsong eller liknande	2	0	0	1	3
25 - 49 % anställningsgrad	1	0	0	0	1
50 - 74 % anställningsgrad	1	0	1	0	2
75 - 99 % anställningsgrad	2	0	1	0	3
100 % anställningsgrad	5	1	3	3	12
Total	36	1	8	5	50

11 av 21 personer förlorar sina anställningar, d.v.s. 52 %.

4 av 29 arbetslösa har fått anställningar ett år senare, d.v.s. 14 %.

De 29 personer som vid tidpunkten för utredningen var arbetslösa har bedömts avseende arbetsförmåga mot på arbetsmarkanden vanligt förekommande arbeten.

Finns det samband mellan någon av de studerade faktorerna och utfallet i sjukförsäkringen ett år senare?

Statistisk signifikans finns mellan följande faktorer vid tidpunkten för utredningen och utfallet 100 % ersättning från sjukförsäkringssystemet ett år senare.

- **Övervikt.** BMI ≥ 25 (grupp 3+4) med ett p-värde = 0,0086. Tabell 7.
- **Social situation.** Medelsvår och/eller svår situation med ett p-värde = 0,0084. Tabell 8
- **Anställning** vid tidpunkten för utredningen. Om man har tim-, säsong- eller liknande anställning tillsammans med personerna med 100% anställning har ett p-värde = 0.007 Tabell 9.

Tabell 7. BMI hos personen vid tidpunkten för utredning relaterat till utfallet i sjukförsäkringen efter ett år.

		Utfall i sjukförsäkringen efter ett år.				Total
BMI		0 %	50 %	75 %	100 %	
Värde	saknas	0	0	0	1	1
Grupp1	<20.0	0	0	1	2	3
Grupp2	20 - 24.9	5	2	1	4	12
Grupp3	25 - 29.9	0	4	0	16	20
Grupp4	30 -	1	1	0	12	14
Total		6	7	2	35	50

Tabell 8. Den sociala situationen hos personen vid tidpunkten för utredning relaterat till utfallet i sjukförsäkringen efter ett år.

Social situation	Utfall i sjukförsäkringen efter ett år.				Total
	0 %	50 %	75 %	100 %	
Ordnad	6	5	2	16	29
Medelsvår	0	2	0	16	18
Svår	0	0	0	3	3
Total	6	7	2	35	50

Tabell 9. Om personen innehar anställning vid tidpunkten för utredning relaterat till utfallet i sjukförsäkringen efter ett år.

Innehar anställning	Utfall i sjukförsäkringen efter ett år.				Total
	0 %	50 %	75 %	100 %	
Nej	2	2	0	25	29
Tim, säsong, eller liknande	2	0	1	0	3
25 - 49 %	0	0	0	1	1
50 - 74 %	0	1	0	0	1
75 - 99 %	0	1	0	3	4
100 %	2	3	1	6	12
Total	6	7	2	35	50

Diskussion

Är du förlorad som arbetslös, överviktig, lågutbildad och rökande kvinna som sedan länge är sjukskriven med smärta och depression?

Projektet visar att det är svårt att bedöma arbetsförmåga och att förutsäga om arbetsförmågan kommer att vara oförändrad eller förändras över ett års tid. Många olika faktorer kan påverka bedömningen och utfallet.

Utredarnas egna uppfattningar och fördomar kan påverka utredningen och speglas i bedömningen av arbetsförmågan, vilket i sin tur starkt påverkar utfallet i sjukförsäkringen.

Vill Försäkringskassan byta ut ersättningsformen från sjukpenning till sjukersättning? Ja, troligen önskar man det. Det fanns ett stort antal personer (88 %) som varit sjukskrivna längre än 12 månader och nu önskades en bedömning om hur långvarig deras nedsättning av arbetsförmågan var. Man önskade i de flesta fall även en bedömning av rehabiliteringspotentialen och förslag på rehabilitering.

Varför är andelen kvinnor så hög bland dem som skall utredas? På den frågan finns inget svar i denna studie, utan det väcker ännu fler frågor. Är kvinnor mer ifrågasatta? Är det svårare att bedöma kvinnor? Kan den höga andelen av kvinnliga handläggare bidra? Är sjukdomsbilden, dvs. diagnoserna annorlunda hos kvinnor i jämförelse med män?

Hur många förlorar sina anställningar?

11 av 21 personer förlorar sina anställningar, d.v.s. 52 %.

4 av 29 arbetslösa har fått anställningar ett år senare, d.v.s. 14 %.

Etiska dilemman

I bedömning av en människas nedsättning av arbetsförmågan ställs bedömarens inför flera etiska dilemman och val. Olika etiska principer skall vägas in men även olika etiska inriktningar(teorier) ställs mot varandra såsom bl.a. pliktetik, sinnelagsetik och konsekvensetik. [18, 19]

Det är viktigt att utredaren gör en etisk analys. Regelverket(pliktetik) i sjukförsäkringen ger oss ramarna för om försäkringen ger ersättning för inkomstbortfall. Andra etiska ställningstaganden kan ibland tala i en annan riktning.

Utredarnas bedömning gavs alltid muntligen och personligen till den försäkrade i slutet av utredningen. Personen fick då en möjlighet att ställa frågor, få förklaringar och att ifrågasätta resultatet. Först därefter författades den slutgiltiga utredningen skriftligen och sändes till såväl FK som den försäkrade.

Slutsats

Det är svårt att bedöma nedsättning av arbetsförmågan och prognosen av denna nedsättning. Det finns behov av ytterligare studier bl.a. för att validera vilka utredningsmetoder som säkrare kan bedöma en persons nedsättning av arbetsförmåga och dess prognos.

Det känns angeläget att utreda varför så hög andel kvinnor remitteras för bedömning.

Det är viktigt att utredaren gör en etisk analys av sina handlingsalternativ, och i de bästa fall kan man nå enighet bland de berörda.

I den studerade gruppen av människor finns en hög andel av kvinnor, arbetslösa, lågutbildade, överviktiga, rökare och långtidssjukskrivna.

Litteraturreferenser

1. Hetzler, Antoinette; Melén, Daniel; Bjerstedt, Daniel; Sjuk-Sverige. 2005. ISBN 91-7139-713-2
2. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. SBU-rapport 2003.(nr167)
3. Krafft, Sven-Olof m fl. Försäkringsmedicinsk utredning, bedömning och dokumentation. Försäkringskassaförbundet 1998
4. www.fk.se
5. Järholm, Bengt & Olofsson, Christer (red); Försäkringsmedicin. Studentlitteratur, 2002. ISBN 91-44-02155-0.
6. Larsson, Tor; Marklund, Staffan; Westerholm, Peter: Den galopperande sjukfrånvaron. RAR's Forskningsrapport nr 1.
7. www.halsoinvesthogbo.se
8. Johannisson, Karin; Kroppens tunna skal. Kapitel V Medicinsk Grammatik. Norstedts Förlag , 1997. ISBN 91-7297-550-4
9. Raspe. Den förvärvsrelaterade prestationsförmågan – en central kategori i praktisk socialmedicin.1994
10. ICF, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ISBN: 91-7201-755-4, Socialstyrelsen 2003.
11. ICD-10, Socialstyrelsen 1996.
12. DSMV-IV, Socialstyrelsen.

13. Sluiter, Judith K.; Rest, Kathleen, M. and Frings-Dresen, Monique : Criteria document for evaluation the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Vol 27, Supplement 1, 2001. ISSN 0355-3140
14. Wiggeus Tornqvist, Ewa. Kindenberg, Ulla och Schaerström (red) :Report No 2:2002. Arbetsrelaterat? Skador i nacke - skuldror - armar. SALTSA
15. Kindenberg, Ulla och Mortimer, Monica : Report No 4:2005. Kriterier för arbetsrelaterade ländryggsbesvär. SALTSA.
16. Westerholm, Peter(red) : Arbetssjukdom - skadlig inverkan - samband med arbete. Arbete och Hälsa 2002:15. ISBN 91-7045-655-0.
17. Hansson, Tommy och Westerholm, Peter (red). : Arbete och besvär i rörelseorganen. Arbete och Hälsa 2001:12. ISBN 91-7045-610-0.
18. Hammurabis lag, ca 2000 f Kr.
19. Hippokrates, ca 400 f Kr, O BIOS BRACHYS H TECHNE MAKRE O KAIROS OXYS.
20. Socialstyrelsens Rapporter;
 Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Artikelnummer:2006-109-6.
 Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri. Återföring av tillsynsbesök 2005. Artikelnummer: 2006-109-5
 Sjukskrivningsprocessen i primärvården - Återföring av tillsynsbesök 2004. Artikelnummer: 2005-109-2

Utredningens utformning och innehåll.

Tjänsten bygger på ett väl utvecklat tvärvetenskapligt och multiprofessionellt teamarbete av olika personalkategorier med lång erfarenhet av utredningsarbete gentemot FK och övriga intressenter.

Inkommande remiss/avrop

Alla till Hälsoinvest Högbo inkomna remisser behandlas på en multidisciplinär remissrund där läkare, sjukgymnast och psykolog deltar. Med tanke på den korta tiden från avrop till start av utredning så måste det bifogade bakgrundsmaterialet/underlaget Försäkringskassan lämnar med tjänstens beställning vara fullständigt. Försäkringskassan och den försäkrade meddelas tidpunkten för utredningen, och kallelse utgår.

Kallelse.

Utredningen inleds med att den försäkrade tillsänds en kallelse där en information lämnas bl.a. om innehållet i utredningen, en vägbeskrivning och vilka dagar och tider som reserverats.

Anamnesformulär.

Med kallelsen medföljer ett anamnesformulär. Den försäkrades svar i detta formulär ligger till grund för intervju av patienten hos utredarna.

I anamnesformuläret finns specifika frågor/mätinstrument. Dessa utvecklades inom Hälsoinvest för ca 10 år sedan och visat god reliabilitet och validitet vid upprepade tester.

Docent Erik Spangfort, tidigare chef för ryggsektionen vid ortopedkliniken Huddinge Sjukhus, samt professor Åke Nygren, Karolinska Institutet och Folksam har varit huvudansvariga för innehållet.

Följande mätinstrument ingår:

Livskvalitetmått: GSI; Globalt Självskattnings Index

Salén BA, Spangfort EV Nygren ÅL, Nordemar R. The Global Self Rating Index. A clinical measure for health-related quality of life in patients with locomotor disorders .Department of Orthopaedics rehabilitation Åre Clinics. 2000

Funktions Index DRI; Disability Rating Index

Salén, B., Spangfort, E., Nygren, Å. & Nordemar, R (1994) The Disability Rating Index: An Instrument for the Assessment of Disability in Clinical Settings. *Journal of Clinical Epidemiology* 1994;47(12), 1423-1435

Inventering av tendens till ångest och depression HAD; Hospital Anxiety and Depression scale

Lisspers J., Nygren Å., Söderman. E (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).

Some psychometric data in a Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 96:281-286

Smärtritning med vedertagna symboler.

Smärtskattning enligt VAS-skala just nu och som värst senaste veckan.

Då Hälsoinvest är medlem i Nationellt Register för Smärtrehabilitering (NRS) finns även möjlighet att användas sig av anamnesformulär enligt NRS. Bland dess mätinstrument noteras DRI, MSPQ, HAD, MPI, Livskvalitetsindex enligt Fugel-Meyer.

Nationellt Register över Smärtrehabilitering ägs av Svensk Förening för Rehabilitering och Fysikalisk Medicin och stöds via medel från Socialstyrelsen. För referenser se www.sos.se under Hälso- och sjukvårdens verksamhet och där under kvalitetsregister.

Undersökning/Inventering

De flesta utredningarna har omfattat 5 dagar (3-8 dagar), ibland fördelade över två arbetsveckor. De innehåller minst 2 besök hos läkare om 1 timme vardera, minst 2 besök hos psykolog om 1,5 timmar vardera. Individuella besök hos sjukgymnast om minst 2 timmar. Dessutom görs tester och observationer i grupp om 4 - 6 personer under en dag. Flera av momenten görs då en utredare leder aktiviteten och en annan observerar personerna som utreds.

Utöver den direkta kontakten med personerna inhämtas information under genomläsning och bearbetning av anamnesformuläret och inkomna handlingar, som t.ex. journalkopior, lab.listor, röntgenbilder och utlåtanden.

Utredningens olika resultat och delmoment analyseras och diskuteras sedan vid teamkonferensen. Efter utskrivningen författas epikrisen som sedan sänds till såväl den utredde som beställaren.

Sjukhistoria - Anamnes:

Anamnes och den fysiska undersökningen gör läkare och sjukgymnast tillsammans.

Psykologens utredning grundar sig i regel på två intervjutillfällen, som vid behov kan kompletteras med specifikt ADDIS-test. Detta utförs om anamnestagandet leder fram till detta behov eller om beställaren specifikt vill ha detta test genomfört. Psykologens utredning fokuserar på hur patientens problem utvecklats med hänsyn till patientens förutsättningar, sociala och yrkesmässiga situation, vilka konsekvenser problemen lett till och vilka resurser/tillgångar och motivation patienten har att hantera sin situation, till förändring och arbetsåtergång. Vid behov används även andra validerade och reliabilitetsprövade mätinstrument än ovan nämnda.

Dessa undersökningar av psykolog, läkare, sjukgymnast leder fram till förslag till vidare medicinska och psykosociala utredningar samt eventuella behov av behandlingar eller/och rehabiliteringsåtgärder. Patienten skall vid dessa utredningar ses och undersökas i sin sociala situation yrkesmässigt och i privatlivet. Patientens motivation,

till förbättring av välbefinnande samt fortsatta verksamhet i yrkeslivet penetreras omsorgsfullt.

Dessutom medverkar ibland även sjuksköterska och eller hälsopedagog med samordnande och patientsociala uppgifter.

Funktionsprövningar:

Under utredningsdagarna sker funktionsprövningar enligt ett standardiserat mönster för att värdera påvisade funktionsstörningars effekt i vardagslivet och i tänkta arbetsmoment. Testerna sker på ett sådant sätt, att de ska kunna reproduceras och också värderas i förhållande till tidigare erfarenhet av samma test. Fysiska funktionsprov: konditionstest enligt Åstrand, test av nackmuskulatur, magens och ryggmuskulaturens styrka vid statisk belastning, kontroll av styrka i arm och skulderfunktion samt benstyrka mätes respektive värderas. Patientens förmåga att utföra finmotoriska repetitiva arbetsmoment på plant underlag vid skrivbord eller på vägg värderas genom inspektion, tidtagning samt smärtskattning före och efter.

Patientens förmåga att utföra lätta gymnastiska övningar värderas utifrån rörelseförmåga, smärthämning, koordination, balans, kontroll och snabbhet.

Patientens förmåga att gå utomhus på plant underlag och i terrängen uppskattas vid mätning av längd samt rörelsemönster och smärteaktioner.

Patientens förmåga att utföra sammansatta rörelser i avledd funktion med test av armar, axlar beträffande styrka, koordination och rörelsemönster.

Under testsituationerna och i övriga aktiviteter studerar och noterar även teamet hur patienten utför olika moment ur ett beteendemedicinskt perspektiv.

Rond:

Personalen i utredningsteamet träffas efter genomförd utredning för att tillsammans gå igenom patientens testresultat, analysera funktion och beteende samt lyfta fram både resurser och möjliga komplicerande och vidmakthållande faktorer. Etiska överväganden.

Utskrivning:

Den i utredningen deltagande läkaren och vid behov sjukgymnast eller psykolog träffar patienten för att tillsammans gå igenom det sammanlagda utredningsresultatet, hur vår analys av detta ser ut och vilken rekommendation vi utifrån utredningen kan ge. Denna del är även viktig för att säkerställa att patienten ges möjlighet att ge feedback på hur utredningsdagarna har påverkat patienten och om missuppfattningar har uppkommit och då kunna diskutera/åtgärda dessa.

Utlåtande:

Epikrisen inleds med en sammanfattning av ansvarig specialistläkare. Denne tar upp patientens väsentliga sjukdoms- och smärttillstånd samt hänvisningar till aktuella statusfynd. Diagnos anges enligt ICD10. Funktionsnedsättningen anges, och kodas ibland enligt ICF.

Kompletterande utredningar föreslås även i många fall. Det kan gälla specialistundersökningar beträffande röntgen, neurofysiologiska undersökningar, arbets-EKG m.m. samt konsultationer av specialister vid sjukhusklinikerna.

En behandlingsplan presenteras, där också prognos beträffande de olika sjukdomstillståndens förlopp anges.

Patientens sjukdomstillstånds inverkan på hennes eller hans arbetsförmåga anges. I utlåtandet anges även tänkbara effekter av insatta utredningar och åtgärder och/eller av det naturliga läkningsförloppet. En skattning av patientens arbetsförmåga inom den närmaste framtiden görs samt vilka förutsättningar och begränsningar den försäkrade kan tänkas ha.

Den psykosociala utredningen resulterar i ett separat utlåtande av den psykolog som är ansvarig för utredningen. Resultat från ADDIS-test kompletterar utredningen vid tillämpliga fall.

Övriga delar av utredningen presenteras i ett särskilt utlåtande innefattande anamnes, relevanta uppgifter från tidigare utredningar, aktuellt status. Till detta kommer ansvarig sjukgymnasts sammanfattning av genomförda observationer.

Särdeles viktigt är att utlåtandet besvarar de frågeställningar som inremittenten ställt.

Protokoll nr:

B. Inremitterande

1. Fk
2. Landstinget

C. Ålder

1. 15-24
2. 25-34
3. 35-44
4. 45-54
5. 55-64

D. Kön

1. Man
2. Kvinna

E. Vikt

kg

F. Längd

cm

G. BMI

1. < 20.0
2. 20-24.9
3. 25-29.9
4. 30-

H. Testvärde

ml/kg/min

I. Social situation

1. ordnad
2. medelsvår
3. svår

J. Utbildning

1. <9år grundskola
2. 9 år grundskola
3. gymnasium eller högre

K. Diagnoser enl ICD

1. Nacke - axlar - skuldror
2. Bröst och/eller ländrygg
3. Generaliserad smärta
4. Övrig smärta

L. Psykisk diagnos

1. Huvuddiagnos
2. Bidiagnos
3. Ingen

M. Stöder status huvuddiagnos

1. ja
2. nej
3. osäker, vet ej

N. Motivationsgrad till att öka arbetsförmågan

1. låg
2. medel
3. god

O. Alkoholanamnes

1. nej
2. pågående
3. tid/avslutad
4. uppgift saknas

P. Rökning

1. nej
2. pågående
3. tid/avslutad
4. uppgift saknas

Q. Arbetsskada

1. godkänd
2. avslag
3. pågående ärende
4. ej sökt

R. Sjukskrivningslängd (mån)

1. 0-5
2. 6-11
3. 12-23
4. >24

S. Sjukskrivna dagar

dagar

T. Sjukskrivningsgrad (%)

1. 100
2. 75
3. 50
4. 25
5. 0
6. Annat; sjukersättning, aktivitetsersättning

U. Innehar anställning (%)

1. nej
2. tim-, säsong eller liknande
3. 25-49
4. 50-74
5. 75-99
6. 100

V. Prognostiserad arbetsförmåga efter ett år

1. 0
2. 25
3. 50
4. 75
5. 100
6. osäker

X. Utfall i sjukförsäkringen efter ett år

1. 0
2. 25
3. 50
4. 75
5. 100
6. avliden eller osäker

Y. Typ av ersättning

1. ingen
2. sjukskriven
3. tidsbegränsad sjukersättning
4. varaktig sjukersättning
5. aktivitetsersättning

Z. Nytt sjukfall

1. nej
2. recidiv
3. ja

AA. Anställning

1. nej
2. tim, säsong
3. 25-49
4. 50-74
5. 75-99
6. 100

AB. Korrelation mellan V - X

1. ja
2. nej
3. osäker

Kunskaper om och attityder till sjukskrivningsfrågor bland kunder på Avestahälsan

Författare: Elisabet Adolph

Handledare: Lars Englund, Med. Dr., Centrum för Klinisk Forskning, Falun och
Chefsläkare, Vägverket, Borlänge

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2005/06

Sammanfattning

Sjukfrånvaro och inte minst dess allt mer stigande kostnader har varit ett återkommande ämne i den allmänna debatten de senaste åren. Förutom den sjukskrivne finns många aktörer med i sjukskrivningsprocessen - arbetsgivare, försäkringskassa, hälso- och sjukvård, företagshälsovård och arbetsförmedling. Mötet mellan patient och läkare anses avgörande i sjukskrivningsprocessen. Målsättningen i den enskilda konsultationen är för läkaren att uppnå vad som i debatten kallas ”den optimala sjukskrivningen”. För att nå dit är också individens kunskap, perspektiv och attityd av stor betydelse.

Studien avser att undersöka hur en blandad grupp av kunder på Avestahälsan tänker angående sjukskrivningsfrågor samt att undersöka om uppfattningar och kunskap skiljer sig åt mellan olika grupper av kunder samt om attityder i frågor som rör sjukskrivning skiljer sig i förhållande till en tidigare undersökning med likartad metod. Undersökningen är en stickprovsbaserad enkätundersökning som innehåller bakgrundsfrågor, kunskapsfrågor och attitydfrågor.

Det finns en brist i kunskap angående vanliga sjukförsäkringsfrågor hos alla kundgrupper. Den största kunskapsbristen gäller arbetsgivarnas skyldighet att medfinansiera sjukpenningen vid heltidssjukskrivning. Kundgruppen på Avestahälsan instämmer i mindre utsträckning jämfört med en tidigare undersökning i att bästa behandling för nack-/skulderbesvär är vila, att rygg och nackbesvär orsakas av arbetet och att sjukskrivning ska avslutas först när man är frisk.

En rekommendation är att i konsultationssituationen, men även i övrigt informera och upplysa patienter om det regelverk som gäller angående sjukskrivningsregler och de tänkbara scenarier som kan bli resultatet av olika beslut i sjukskrivningsprocessen. Det är tänkbart att patienten som känner spelreglerna lättare kan finna sitt eget förhållningssätt för att hantera sin ohälsa och uppnå bättre arbetsförmåga.

Inledning

Sjukfrånvaro och inte minst dess allt mer stigande kostnader har varit ett återkommande ämne i den allmänna debatten de senaste åren. Förutom den sjukskrivne finns många aktörer med i sjukskrivningsprocessen - arbetsgivare, försäkringskassa, hälso- och sjukvård, företagshälsovård och arbetsförmedling. Ytterligare faktorer som påverkar sjukskrivningen kan vara läkares sjukskrivningspraxis, sjukförsäkringsregler såsom ersättningsnivåer och förekomst av sjuklöneperiod samt karensdagar (8, 9).

Många olika orsaker har diskuterats som avgörande för sjukskrivning, exempelvis ökad sjuklighet och attityder hos sjukskrivande läkare och patient. Englund skrev en avhandling år 2000, där han undersökte uppfattningar och attityder om sjukskrivning bland patienter, deras läkare, arbetsgivare och personal på Försäkringskassan. Englund fann att en av de mest betydelsefulla faktorerna för läkares beslut om sjukskrivning var patientens attityd (2).

Mötet mellan patient och läkare anses avgörande i sjukskrivningsprocessen (9, 4). Läkaren har i detta möte flera olika roller, och skall vara både behandlande läkare och patientens företrädare, och medicinskt sakkunnig. Läkaren förväntas även vara ”grindvakt” till

socialförsäkringens förmåner vilket innebär ett ansvar för att begränsade resurser används rättvist och ändamålsenligt (1, 5).

Läkaren har i sjukskrivningssituationen många olika uppgifter att ta ställning till. Den första är frågan om huruvida sjukdom föreligger och om den i så fall medför nedsättning av arbetsförmågan och till vilken grad? Dessutom skall läkaren tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning och eventuellt skriva intyg och göra en bedömning av om det finns behov av kontakt med någon annan aktör inom sjukvården, företagshälsovård eller försäkringskassa (1, 6, 8). Målsättningen i det enskilda patientmötet är för läkaren dock i första hand att på sikt åstadkomma bästa möjliga funktionsnivå för individen; att uppnå det som i debatten kallas ”den optimala sjukskrivningen” (3). För att nå dit är också individens kunskap, perspektiv och attityder av stor betydelse (1, 3).

I det dagliga arbetet på en företagshälsovårdsenhet är alla dessa frågor och uppgifter ständigt aktuella, framför allt när det gäller rehabiliteringsärenden. Många olika uppfattningar, i synnerhet om regelverket angående sjukförsäkringen, framkommer i den enskilda konsultationen. Kunskapen om och tankegångarna kring vårt sjukförsäkringssystem verkar vara mycket växlande så som man upplever det i det dagliga mottagningsarbetet. Erfarenheten av detta var en anledning till denna studie.

Avestahälsan är en privat företagshälsovård, som har 182 anslutna företag, med totalt cirka 3700 anställda. Företagen finns både inom privat verksamhet och offentlig sektor. Den största kunden är Avesta kommun, som har 1900 anställda. Avestahälsan är lokaliserad centralt i Avesta i sydöstra hörnet av Dalarna. Avestahälsan har också under en 2-årsperiod tillhandahållit primärvård genom ett specialavtal med Landstinget Dalarna. Inom verksamheten finns också en avdelning för sjukgymnastik samt en vaccinationsmottagning. Avesta är en gammal bruksort, där man från 1600-talet fram till 1800-talet förädlade kopparmalm och därefter övergick man till hantering av järnmalm på Avesta Jernverks AB, numera Outokumpu Stainless Avesta Works. Utanför Avesta finns ett pappersbruk, Stora Enso Fors bruk. De största arbetsgivarna i kommunen är Avesta kommun, Outokumpu och Stora Enso.

Syfte och frågeställningar

Syftet med undersökningen är:

- att undersöka hur en blandad grupp av kunder på Avestahälsan tänker angående sjukskrivningsfrågor.
- att bidra till en ökad förståelse för vad man som läkare behöver ta upp och beröra i konsultationen och även ge en mer allmän beskrivning om kunskapen hos våra kunder när det gäller sjukförsäkringen.

Frågeställningar

- Hur ser kunskapen ut om regelverket för sjukförsäkringen i den undersökta gruppen beträffande sjuklöneperiod, steg-för-steg-modellen och medfinansiering?
- Skiljer sig den kunskapen åt mellan olika grupper av kunder?
- Skiljer sig den kunskapen åt mellan män och kvinnor?
- Skiljer sig den kunskapen åt mellan sjukskrivna och icke sjukskrivna?
- Skiljer sig attityder i frågor om sjukskrivning i den undersökta gruppen från en referensgrupp i en tidigare undersökning?
- Skiljer sig dessa attityder mellan olika grupper av kunder?

Undersökt grupp

Den undersökta gruppen bestod av olika kunder som besökte Avestahälsan under en tvåveckorsperiod i månadsskiftet september-oktober 2005. 205 enkäter delades ut och 187 kunder svarade (91,2 %), varav 106 kvinnor och 81 män. Åldersspridningen var från 18 till 72 år. Medianåldern var 48 år. En orsak till att personer i både hög och låg ålder inkluderades, kan vara att en del kunder kom för resevaccinationer samt att enstaka anslutna företag har förvärvsarbetande personer i 70-årsåldern. Kunderna hade olika syften med sina besök och delades in i fem olika grupper motsvarande huvudsyftet med besöket (tabell 1). Inga signifikanta skillnader fanns i de olika gruppernas åldersfördelning. I tabell 2 framgår fördelningen mellan män och kvinnor i två olika grupper, där ”sjukskriven” betyder att personen var sjukskriven vid besöket. Det var signifikant fler kvinnor som var sjukskrivna vid besöket ($p=0,0051$).

Tabell 1 Kundgrupper

Besöksorsak	Antal	Andel %	Medelålder år
Hälsokontroll	53	28,6	45,1
Rehabilitering/sjukskrivning	32	17,3	49,0
Annan läkarkontakt, ex primärvård	37	20,0	45,2
Sjukgymnastik	20	10,8	49,1
Övriga ärenden	43	23,2	44,6

Tabell 2. Könsfördelning/sjukskrivning

	Kvinnor		Män		Totalt
	Antal	%	Antal	%	
Ej sjukskriven	76	51,7	71	48,3	147
Sjukskriven	29	78,3	9	24,3	37

Metod

Uppgifter insamlades i en skriftlig enkät. Vår bedömning var att undersökningen kan ses som ett tidsmässigt stickprov av den kundpopulation som kommer till Avestahälsan. Formulären delades ut av mottagande personal. Deltagarna informerades om att en av läkarna på företagshälsovårdsenheten deltog i företagsläkarutbildning, och att enkäten ingick i denna utbildning. Kunderna informerades om att enkätundersökningen var helt frivillig och anonym, och att man kunde lämna ifylld enkät i en låda på receptionsdisken, eller skicka in enkäten i frankerat kuvert vid senare tillfälle om det passade bättre. Om man helt ville avstå gick det bra att lämna ett formulär i lådan utan att fylla i det.

Kunderna fick svara på frågan om medfinansiering, - hur stor del av sjukpenningen som finansieras av arbetsgivaren (”Medfinansiering”), hur lång tid som arbetsgivaren betalar för den som är sjuk (”Sjuklöneperioden”), samt om risken för indragen sjukpenning enligt vad som sägs i det som kallas ”Steg för stegmodellen” om man kan klara ett annat arbete än det

ordinarie ("Risk för indragen sjukpenning/om arbetsförmåga hos annan arbetsgivare"). Frågorna valdes ut för att kunskapen om regelverken som gäller dessa frågor är av stor vikt i sjukskrivningsprocessen och kan ha särskilt stor betydelse för den enskilda individen och arbetsgivaren.

Vid tiden för undersökningen hade förändringar i regelverket beträffande sjuklöneperioden och medfinansieringen relativt nyligen genomförts och frågorna hade diskuterats flitigt i media. Lagen om sjuklön trädde i kraft januari 1992 och sjuklöneperioden har genom åren varierat i längd. Från den första januari 2005 ändrades den från 21 till 14 dagar. Samtidigt inträdde lagen om särskild sjukförsäkringsavgift, vilket innebär att arbetsgivaren betalar en avgift som motsvarar 15 % av sjukpenningen för den som har fått hel sjukpenning.

För att undersöka attityder i frågor som rör sjukskrivning och för att ha referensdata har sex av de 39 attitydfrågor som ingick i Englunds avhandling använts. Urvalet gjordes utifrån att författarna bedömde dessa som viktiga och för att de i Englunds avhandling visat tydliga skillnader mellan olika undersökta grupper. En jämförelse har sedan gjorts mellan de sjukskrivna patienterna som ingick i Englunds avhandling 2000 där data insamlades under 1996 och kundgruppen på Avestahälsan 2005.

De påståenden som använts för att mäta attityderna har kallats "Fråga 1-6" och motsvarar i Englunds avhandling påståenden nummer 1, 5, 20, 21, 30 och 39. De som kallats "patienter" i Englunds avhandling var konsekutiva nya sjukfall som kom in till Försäkringskassan efter den då gällande två veckor långa sjuklöneperioden, och alla olika diagnoser var inkluderade.

Fråga 1 - Vid nack-/skulderbesvär är bästa behandlingen vila

Fråga 2 - Personliga problem och bekymmer kan påverka hur ont man har vid axelvärk

Fråga 3 - Om man varit sjukskriven länge är det svårt att börja arbeta igen även om man är helt frisk

Fråga 4 - Rygg och nackbesvär orsakas ofta av arbetet

Fråga 5 - Min allmänna hälsa är bra

Fråga 6 - Sjukskrivningen bör avslutas först när man är frisk

Kundgrupperna på Avestahälsan ombads att reagera på dessa påståenden med grad av instämmande på en VAS-skala från 0 till 100, där 0 står för "Instämmer inte alls" och 100 står för "Instämmer helt". Det använda formuläret bifogas som bilaga 1.

Statistiska metoder

Resultaten skrevs in i Excel och statistiska analyser utfördes i programmet JMP (7).

Traditionella deskriptiva uppgifter som medelvärden och frekvenser användes. För jämförelser mellan nominella data gjordes chi-2-test. Svaren på VAS-skalorna användes som kontinuerliga data på kvotskalenivå och jämförelser gjordes med variansanalys (ANOVA) eller t-test. För analysen av samband mellan ålder och graden av instämmande på VAS-skalorna gjordes en univariat regression. För att undersöka betydelsen av kön som confounder utfördes i en analys enlogistisk regression. I några analyser anges det 95 %-iga konfidensintervallet. P-värden lägre än 0,05 anges som signifikanta, p-värden mindre än 0,0001 anges som < 0,0001.

Resultat

Resultatet av kunskapsfrågorna framgår av tabell 3, 4 och 5. En del kunder avstod från att svara på någon eller några frågor fast de i övrigt fyllt i enkäten (internt bortfall). Ett tolkningsalternativ av detta skulle kunna vara att kunden inte kände till det korrekta svaret och inte ville visa det utan hoppade över frågan. I tabellerna finns också ett sådant alternativ med som vi kallat "worst case". Det vill säga siffror på andelen med rätt svar när vi räknat på hur utfallet skulle ha blivit om alla de som inte svarat faktiskt inte visste det rätta alternativet.

Tabell 3. Kunskap om hur stor procent andel arbetsgivarens medfinansiering vid heltids sjukskrivning är

	Antal kunder som lämnat in enkäten	Antal svar n %	Rätt svar n %	Procent med rätt svar i "worst case"
Totalt antal	187	133 (71,1)	44 (33,1)	23,5
Kvinnor	106	71 (66,9)	23 (32,4)	21,7
Män	81	62 (76,5)	21 (33,9)	25,9
Ej sjukskrivna	147	109 (74,1)	36 (33,0)	24,5
Sjukskrivna	38	23 (60,5)	7 (30,4)	18,4

Det var här ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor och heller inte mellan sjukskrivna och ej sjukskrivna.

Tabell 4. Kunskap om sjuklöneperiodens längd

	Antal kunder som lämnat in enkäten	Antal svar n %	Rätt svar n %	Procent med rätt svar i "worst case"
Totalt antal	187	163 (87,2)	122 (74,8)	65,2
Kvinnor	106	93 (87,7)	76 (81,7)	71,2
Män	81	70 (86,4)	46 (65,7)	56,8
Ej sjukskrivna	147	129 (87,8)	98 (76,0)	66,7
Sjukskrivna	38	32 (84,2)	23 (71,9)	60,5

Skillnaden mellan män och kvinnor var signifikant ($p=0,020$) men inte mellan sjukskrivna och ej sjukskrivna.

Tabell 5. Kunskap om vad som gäller för rätten till sjukpenning om arbetsförmåga finns hos annan arbetsgivare

	Antal kunder som lämnat i enkäten	Antal svar n %	Rätt svar n %	Procent med rätt svar i "worst case"
Totalt antal	187	150 (80,2)	101 (67,3)	54,0
Kvinnor	106	80 (75,5)	54 (67,5)	50,9
Män	81	70 (86,4)	47 (67,1)	58,0
Ej sjukskrivna	147	119 (81,0)	78 (65,6)	53,1
Sjukskrivna	38	29 (76,3)	21 (72,4)	55,2

Det var här ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor och heller inte mellan sjukskrivna och ej sjukskrivna.

Som framgår av tabell 6 och tabell 7 gjordes en jämförelse mellan Rehabgruppen och alla övriga kunder, i syfte att se om Rehabgruppen som varit inne i sjukskrivningsprocessen en tid hade större kunskap i dessa sjukförsäkringsfrågor än de övriga kundgrupperna. Skillnaden mellan rehabkunderna och andra kunder i frågan om kunskap om sjuklöneperiodens längd var inte signifikant ($p=0,4$), medan kunskapen om risken att bli av med sjukpenningen om annat arbete kan erbjudas hos annan arbetsgivare var signifikant högre hos rehabkunderna ($p=0,039$). Bortfallet var dock 34,4 % och i analysen av "worst case" är skillnaden inte längre signifikant.

Det interna bortfallet i de olika kunskapsfrågorna och i jämförelserna mellan rehabkunderna och de andra kunderna var i allmänhet mellan 15-30 %, fränsett där de sjukskrivna svarade på medfinansieringsfrågan där bortfallet var 39 %, samt i jämförelsen mellan Rehabgruppen och övriga kundgrupper i samma fråga där bortfallet var 43 % och bedöms här vara för stort för att tillåta någon jämförelse. Den senare jämförelsen har därför inte redovisats.

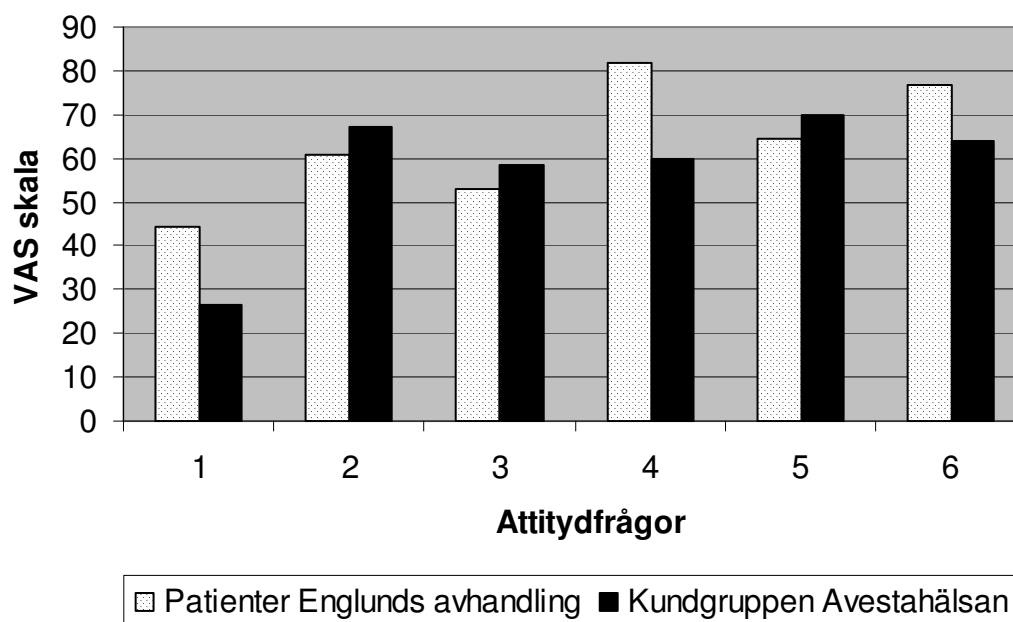
Tabell 6. Jämförelse mellan Rehab/sjukskrivningsgrupp och alla övriga kunder när det gäller kunskapen om sjuklöneperiodens längd

	Totalt antal kunder som lämnat in enkäten	Antal svar n %	Rätt svar n %	Procent med rätt svar i "worst case"
Rehab/sjukskr. grupp	32	25 (78,1)	17 (68,0)	53,1
Alla övriga kunder	155	138 (89,0)	105 (76,1)	67,7

Tabell 7. Jämförelse Rehab/sjukskrivningsgrupp och alla övriga kunder när det gäller kunskapen om vad som gäller för rätten till sjukpenning om arbetsförmåga finns hos annan arbetsgivare

	Totalt antal kunder som lämnat in enkäten	Antal svar n %	Rätt svar n %	Procent med rätt svar i "worst case"
Rehab/sjukskr. grupp	32	21 (65,6)	18 (85,7)	56,2
Alla övriga kunder	155	129 (83,2)	83 (64,3)	53,5

I figur 1 framgår resultaten beträffande attitydfrågorna i en jämförelse mellan den totala kundgruppen på Avestahälsan och patienter från Englund's avhandling. För fråga 1, 4 och 6 sågs signifikanta skillnader. De 95 %-iga konfidensintervallen presenteras i tabell 9.

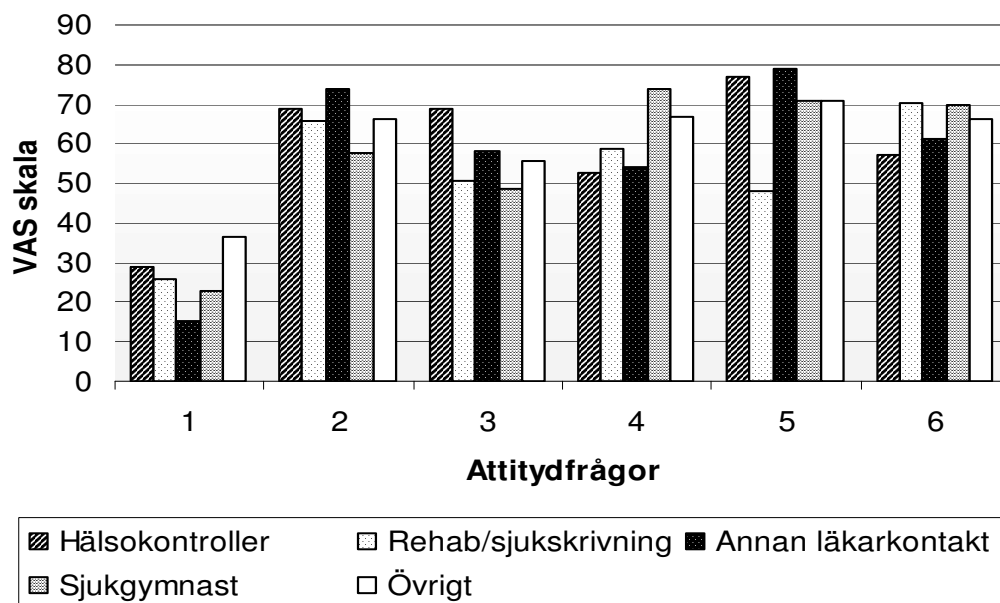


Figur1. Attitydfrågor, jämförelse mellan patienter från Englunds avhandling och hela kundgruppen på Avestahälsan

Tabell 9. Medelvärden och 95 % konfidensintervall för jämförelser mellan patienter från Englunds avhandling och kunder på Avestahälsan när det gäller attitydfrågorna 1-6.

Fråga nr	1	2	3	4	5	6
	Medelvärde CI 95 %	Medelvärde CI 95 %	Medelvärde CI 95 %	Medelvärde CI 95 %	Medelvärde CI 95 %	Medelvärde CI 95 %
Patienter från Englunds avhandling	44,1 (39,5-48,8)	61,3 (56,1-66,5)	52,8 (47,1-58,5)	81,5 (78,6-84,5)	64,2 (58,7-69,6)	77,0 (72,9-81,0)
Kunder på Avestahälsan	26,4 (22,6-30,3)	67,3 (63,1-71,5)	58,7 (54,1-63,2)	60,0 (56,0-64,1)	69,8 (66,0-73,7)	64,1 (59,7-68,5)

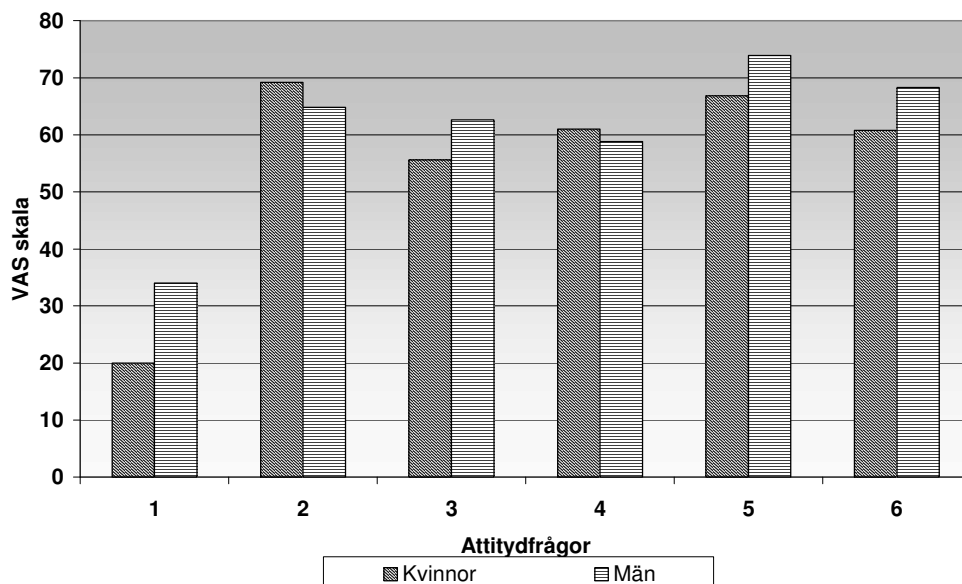
I figur 2 redovisas skillnader mellan de olika kundgrupperna på Avestahälsan. I jämförelsen mellan de olika kundgrupperna (t-test) var det höggradigt signifikant ($p < 0,0001$) att gruppen "Rehab/sjukskrivning" skattade den allmänna hälsan sämre än samtliga övriga kundgrupper (fråga 5). Gruppen "Hälsokontroller" skattade att det är svårt att börja arbeta igen även om man är frisk högre (fråga 3) och det var signifikanta skillnader gentemot alla grupper utom gruppen "Annan läkarkontakt". Sjukgymnastikpatienternas högre grad av instämmande i att rygg och nackbesvär i högre utsträckning orsakas av arbetet (fråga 4) skiljde sig signifikant mot gruppen "Hälsokontroller" och "Annan läkarkontakt".



Figur 2. Attitydfrågor, jämförelse mellan olika kundgrupper på Avestahälsan

Skillnader i attityder mellan män och kvinnor framgår av figur 3. När det gäller jämförelsen i uppfattning mellan kvinna och man i de olika attitydfrågorna var det signifikant ($p < 0,0005$) att kvinnor i mindre utsträckning anser att vila är bästa behandling vid nack-/skulderbesvär (fråga 1).

Det var också nära signifikant att män skattar sin allmänna hälsa (fråga 5) bättre ($p < 0,075$) än kvinnor och i större utsträckning än kvinnor anser att sjukskrivningen skall avslutas först när man är frisk (fråga 6) ($p < 0,097$).



Figur 3. Attitydfrågor, jämförelse mellan kvinnor och män i kundgruppen på Avestahälsan.

En analys har också gjorts där skattningar i de olika attitydfrågorna har ställts i relation till ålder. Där fanns inga signifikanta samband.

Diskussion

Den undersökta gruppen bedöms vara ett representativt stickprov ur den kundpopulation som besöker Avestahälsan. Under den tvåveckorsperiod som undersökningen gjordes bedömdes ett tillräckligt stort antal kunder komma till mottagningen och de flesta olika huvudtyper av problem och ärenden bli representerade.

I resultatanalyserna har det skett ett stort antal jämförelser och det innebär att risk finns för masssignifikans, vilket betyder att man slumpmässigt skulle kunna få signifikanta resultat utan att de beskrivna skillnaderna verkligen skulle finnas i den population stickprovet dragits från. Vi har valt att inte korrigera för detta med högre signifikansgräns och därför får analyserna tolkas med stor försiktighet.

Det interna bortfallet i kunskapsfrågorna är i allmänhet mellan 15-30 %, fransett för någon enstaka fråga där bortfallet är större och det utfördes därför inte någon jämförelse här. Det interna bortfallet i attitydfrågorna var under 2 % och att det var så litet kan ge stöd till antagandet att uteblivna svar på kunskapsfrågorna talar för att man inte kände till det rätta svaret. Om vi använt svarsalternativet "Vet ej" hade förmodligen bortfallet blivit mindre.

Sammantaget konstateras att det är en brist i kunskap angående vanliga sjukförsäkringsfrågor hos alla kundgrupper. Den största kunskapsbristen gäller medfinansieringen där kunskapen är dålig i alla kundgrupper. Beträffande frågorna om sjuklöneperiod och risk för indragen sjukpenning om det finns arbetsförmåga hos annan arbetsgivare, har gruppen som helhet större kunskap än för frågan om medfinansieringen.

Som det framgår av tabell 4 och 5 har minst två tredjedelar kunskap om dessa frågor och minst hälften om man även räknar bortfallet som att de inte känner till hur det förhåller sig.

Kvinnor har större kunskap i sjuklönefrågan än män (tabell 4). Eftersom det är signifikant fler kvinnor som är sjukskrivna vid undersökningstillfället är det möjligt att kunskapsskillnaden kan förklaras av detta och att den stora skillnaden i sjukskrivningsfrekvens mellan män och kvinnor utgör en störfaktor/confounder i undersökningen (11). Därför gjordes även en logistisk regression där både kön och huruvida man var sjukskriven eller inte togs med som beroendevariabler och signifikansvärdet för könsskillnaden i att ha rätt i frågan om längden av sjuklöneperioden ändrades bara marginellt från $p = 0,0202$ till $p = 0,0240$ och signifikansen kvarstod alltså trots korrektionen.

Rehab/sjukskrivningsgruppen som varit inne i sjukskrivningsprocessen en tid har inte någon betydande större kunskap angående sjuklöneperioden än de övriga kunderna. En del av detta kan bero på att sjuklöneperioden sedan länge är över om man varit sjukskriven en längre tid.

I jämförelsen mellan Rehab/sjukskrivningsgruppen och alla övriga kunder i frågan om indragen sjukpenning, har den förra gruppen signifikant bättre kunskap (tabell 7). En orsak till detta kan vara att det har aktualiserats i rehabprocessen och individen har fått en kunskap om att den kan tvingas pröva ett annat arbete för att få en bedömning av arbetsförmågan och rätten till sjukpenning. Det är möjligt att man inte tar in denna kunskap

förrän det direkt påverkar ens egen situation. Bortfallet i Rehabgruppen i denna fråga var dock stort och den påvisade signifikanta skillnaden får tolkas försiktigt.

Enligt Theorell (redaktör) (10) är medfinansieringen den enda strukturella förändringen som skett i Sverige, under senare tid, i syfte att minska de höga sjukfrånvarotalen. Effekterna av denna finansiering är ännu oklar, men kan tänkas innebära olika effekter som kan ge både positiva och negativa konsekvenser för den enskilde individen. Det kan bli ökad ansträngning från arbetsgivaren för att få sjukskriven personal tillbaka i tjänst, och ökade förebyggande åtgärder för befintlig personal men också ökade ansträngningar att bli av med ”problempersonal”, och en selektering vid nyanställning. Ur denna aspekt kan man se det angeläget att kunskapen om vad medfinansieringsbegreppet innebär är viktigt för gemene man och än mer för personer som befinner sig i en rehabiliteringssituation.

Beträffande attitydfrågorna har det skett vissa förändringar i jämförelse med Englunds undersökning. Man kan möjligen tolka detta som om Avestahälsans kunder har en mer flexibel inställning framför allt när det gäller behandling av nack-/skulderbesvär, orsaker till rygg och nackbesvär samt tidpunkt för sjukskrivningens avslut. Man anser inte i samma utsträckning som i Englunds undersökning, att bästa behandling är vila, att ryggbesvär orsakas av arbetet och att man ska vara helt frisk innan sjukskrivning avslutas.

Skillnaden kan också ses i ljuset av den debatt om sjukskrivningens för- och nackdelar som förts under de senaste åren och att det gått nästan 10 år mellan undersökningarna. Grupperna är heller inte helt jämförbara eftersom Englunds grupp inkluderade patienter som varit sjukskrivna i bara två veckor och grupperna på Avestahälsan är en blandning av olika kundgrupper med olika ärenden och syften med besöket. Dessutom hade Rehab/sjukskrivningsgruppen i regel betydligt längre sjukskrivningsperioder än två veckor. En positiv tolkning av utfallet skulle kunna vara att en del av de allmänna budskapen i vår omgivning, under senare tid, till exempel om den fysiska aktivitetens betydelse för att upprätthålla funktion har fått genomslag i kundgruppen på Avestahälsan.

Skattningen av den allmänna hälsan i Rehab/sjukskrivningsgruppen är låg. Det finns flera studier (10) som visar att den självrapporterade hälsan är kopplad till flera faktorer fränsett det fysiska hälsotillståndet och det är bland annat ålder, kön, livstillfredsställelse, ekonomi och utbildning. Det gör att man i Rehab/sjukskrivningsgruppen kan tänka sig att det finns flera faktorer som påverkat skattningen av den allmänna hälsan än enbart det fysiska hälsotillståndet och att dessa faktorer också kan ha samband med varför dessa patienter befinner sig i en rehabiliteringssituation och inte tillfrisknat på förväntat sätt.

För att få en bättre uppfattning om faktorer som är viktiga för den sjukskrivne bör fler undersökningar utföras. Enligt Alexandersson (1) finns det få studier som belyser den sjukskrivnes egna perspektiv på vad som är viktigt i sjukvården och vad som kan tänkas ha betydelse för sjukskrivning och möjlighet för återgång i arbete. Vår studie har i någon mån bidragit till ökad förståelse av hur de sjukskrivna tänker.

Slutsatser

- Kunskapen om regelverket för sjukförsäkringen i den undersökta gruppen på Avestahälsan beträffande sjuklöneperiod, steg-för-steg-modellen och medfinansiering är bristfällig och kunskapsbristen är mest påtaglig när det gäller medfinansieringen.
- Det är ingen stor kunskapsskillnad mellan de olika kundgrupperna fränsett för Rehabgruppen som har större kunskap angående risken för indragen sjukpenning om arbetsförmåga finns hos annan arbetsgivare.
- Kvinnor har större kunskap om sjuklöneperiodens längd.
- Det är ingen i skillnad i kunskap mellan sjukskrivna och icke sjukskrivna.
- Kundgruppen på Avestahälsan anser i mindre utsträckning i jämförelse med en tidigare liknande undersökning, att bästa behandling för nack-/skulderbesvär är vila, att rygg och nackbesvär orsakas av arbetet och att sjukskrivning ska avslutas först när man är frisk.
- Rehab/sjukskrivningsgruppen skattar sin hälsa lågt. Gruppen "Hälsokontroller" skattar högre än andra grupper att det är svårt att börja arbeta igen även om man är frisk. Sjukgymnastikgruppen skattar högre än några av de andra kundgrupperna att rygg och nackbesvär i högre utsträckning orsakas av arbetet. Kvinnor anser i mindre utsträckning att bästa behandling vid nack-/skulderbesvär är vila.

Rekommendationer

Utifrån fyndet att många patienter har dålig kunskap om det regelverk som gäller angående sjukskrivningsregler och de tänkbara scenarier som kan bli resultat av olika beslut i sjukskrivningsprocessen är en rekommendation att i konsultationssituationen, men även i övrigt informera våra patienter i dessa frågor. Det är tänkbart att patienten som känner spelreglerna lättare kan finna sitt eget förhållningssätt för att hantera sin ohälsa och uppnå en bättre arbetsförmåga och livstillfredsställelse.

För läkaren är det viktigt att vara medveten om vilken inställning patienterna i allmänhet har till sjukskrivningsfrågorna, särskilt för de patienter där sjukskrivning är aktuell. Det kan finnas skäl för läkaren att ta reda på var den enskilde patienten står i dessa frågor.

Tack

Stort tack till min handledare på Centrum för Klinisk Forskning Dalarna, Med dr Lars Englund, som med mycket stor kunskap och oändligt tålamod lotsat mig igenom detta arbete.

Referenser

1. Alexanderson K, redaktör. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet; Stockholm, 2005.
2. Englund L. Sick-Listing – Attitudes and Doctors' Practice with Special Emphasis on Sick-Listing Practice in Primary Health Care. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 956 [Doktorsavhandling]. Uppsala; 2000.
3. Englund L. Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven; FKF Debatt, Stockholm; 1997.
4. Chew-Graham C, May C. Chronic low back pain in general practice: the challenge of the consultation. Fam Pract 1999;16:46-9.
5. Claussen B. Physicians as gatekeepers: will they contribute to restrict disability benefits? Scand J Prim Health Care 1998;16:199-203.
6. Hetzler A, Melén D, Bjerstedt D. SJUK-SVERIGE. Försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarkanden. Brutus Östlings Bokförlag Symposium, Stockholm/Stehag, 2005.
7. JMP, Statistical software for the Macintosh, Cary, NC, U.S.A.:SAS Institute Inc.; 2001.
8. SBU. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering; Stockholm 2003.
9. Theorell T, redaktör. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Statens folkhälsoinstitut, 2004:15. Stockholm, 2004.
10. Theorell T, redaktör. Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet; Stockholm, 2005.
11. Øvretveit J. metoder för utvärdering av hälso- och sjukvård och organisationsförändringar. Studentlitteratur, Lund, 2001.

Bilagor

Bilaga 1 Enkät angående sjukskrivningsfrågor

Bäste kund hos Avestahälsan !

Vi på Avestahälsan försöker ständigt förbättra våra kunskaper i viktiga frågor som ingår i vår verksamhet.

Vi tror att Du som kund hos oss kan hjälpa oss med detta !

Vi är intresserade av att veta hur våra kunder tänker angående sjukskrivningsfrågor.

Vi tror att kunskap om detta kan vara till nytta för både kund och verksamhet.

Vi är mycket tacksamma om Du skulle vilja ta lite av din tid för att fylla i följande formulär.

Undersökningen är givetvis helt anonym.

Undersökningens resultat kommer att redovisas i en rapport som kommer att finnas tillgänglig på mottagningen.

Tack för Din medverkan !

Enkät angående sjukskrivningsfrågor

Kryssa för ett alternativ i nedanstående frågor !

1. Kön: Man Kvinna
 ☐ ☐

2. Ålder: År

3. Syftet med besök på Avestahälsan ?

- | | |
|---|--------------------------|
| Hälsokontroll | <input type="checkbox"/> |
| Kontakt med läkare i samband med rehabilitering eller sjukskrivning | <input type="checkbox"/> |
| Annan läkarkontakt | <input type="checkbox"/> |
| Sjukgymnastik | <input type="checkbox"/> |
| Annat | <input type="checkbox"/> |

4. Är Du för tillfället sjukskriven? 0 % 25 % 50 % 75 % 100 %
 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5. Du kanske har hört om begreppet medfinansiering. Det innebär att arbetsgivaren betalar en del av sjukpenningen om sjukskrivningen är på heltid (100 %).

Hur stor del av sjukpenningen betalas av arbetsgivaren ?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5 % | 10 % | 15 % | 50 % | 75 % | 90 % |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Du kanske har hört om begreppet sjuklöneperiod. Det är den tid som arbetsgivaren betalar lön för den som är sjuk.

Hur lång är sjuklöneperioden ? 1 dag 2 dag 8 dag 14 dag 21 dag 90 dag
 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7. Om Du på grund av din ohälsa inte klarar att utföra någon typ av arbete hos din arbetsgivare, men Du kan klara att utföra ett lättare arbete hos en annan arbetsgivare.

Kan det innebära att din sjukpenning dras in ?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ja | nej |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I följande frågor ska Du markera med ett kryss på linjen hur mycket Du instämmer i nedanstående påståenden.

Exempel:

Tycker Du att Sverige har den bästa sjukvården ?

Instämmer
inte alls -----X----- Instämmer
helt

8. Vid nack-/skulderbesvär är den bästa behandlingen vila

Instämmer
inte alls ----- Instämmer
helt

9. Personliga problem och bekymmer kan påverka hur ont man har vid axelvärk

Instämmer
inte alls ----- Instämmer
helt

10. Om man varit sjukskriven länge är det svårt att börja arbeta igen även om man är helt frisk

Instämmer
inte alls ----- Instämmer
helt

11. Rygg- och nackbesvär orsakas ofta av arbetet

Instämmer
inte alls ----- Instämmer
helt

12. Min allmänna hälsa är bra

Instämmer
inte alls ----- Instämmer
helt

13. Sjukskrivningen bör avslutas först när man är frisk

Instämmer
inte alls ----- Instämmer
helt

Avslut av anställning som rehabiliteringsåtgärd - Vad händer sedan?

Författare: Martin Flygar

Handledare: Annika Almqvist, fil. dr., forskningsledare, X-fokus, FoU-enheten,
Gävleborgs kommuner och Landsting

*I Svappavaara gruva är int' nå' gott å gå.
Värk, reumatism och snuva och värre kan du få.
Och får du inte sparken när kroppen din blitt kass
så får du sopa golv, min vän, för femton spänn per pass!
Cornelis Wreesvijk , 1974*

Detta var hård samhällskritik 1974. Idag är det något man drömmer om i rehabiliteringsarbetet. Ett anpassat arbete hos befintlig arbetsgivare!

Sammanfattning

Gävle kommun systematiserade sitt rehabiliteringsarbete hösten 2003 och startade kommunens interna arbetsförmedling (KIA). Fram till 2004 hade 30 personers anställning avslutats, som sista steg, enligt kommunens rehabiliteringsplan. Målet med studien var att ta reda på hur det hade gått för dessa personer. Studien var en enkätstudie med en svarsfrekvens på 83% vilket motsvarade 25 personer.

Studien visade att sju personer var missnöjda med att anställningen hade upphört. Fyra personer tyckte att deras anställning avslutades för tidigt medan nästan dubbelt så många, sju stycken, tyckte att anställningen borde ha avslutats tidigare.

Åtta personer tyckte att de hade en bra livskvalitet. Fjorton personer tyckte att de hade en bättre livskvalitet nu jämfört med tiden då de var anställda. Detta trots att arton personer hade fått en sämre ekonomi.

Två personer hade fått fast anställning, tre personer hade fått vikariat samt tre personer var studerande. Dessa åtta personer kan ses som "lyckade rehabiliterings fall".

Åtta personer hade en ny sjukperiod och åtta stycken var öppet arbetslösa. Dessa 16 personer kan ses som de "misslyckade rehabiliteringsfallen".

Försäkringskassan var den rehabiliteringsaktör som betygsattes högst av deltagarna i studien. Facket och företagshälsovården hade en mellanställning. Kommunen var den minst uppskattade rehabiliteringsaktören.

Det fanns ett klart samband mellan utfall och förvaltningstillhörighet.

Barn och ungdom (framförallt för - och grundskolelärare) hade fem av elva "lyckade rehabiliteringsutfall" jämfört med Omvårdnad (framförallt vårdbiträden i hemtjänst och särskilt boende samt personliga assistenter) som hade två av "lyckade rehabiliteringsutfall".

Personalen vid Barn och ungdom skattade sin livskvalitet högre jämfört med personalen vid Omvårdnad.

Några rekommendationer om förändrade arbetssätt utifrån studien är att vara noggrann med att förklara regelverket, så den enskilde anställda förstår varför deras anställning går till ett avslut, samt att åtgärder som anpassat arbete, deltidssjukbidrag och lönebidrag inte kan bli aktuella.

Studien ger också stöd för att försöka skynda på rehabiliteringsarbetet.

Att en stor del klassar sin livskvalitet som god efteråt kan användas för positiv återkoppling till de anställda som är aktuella för rehabilitering idag.

Inledning

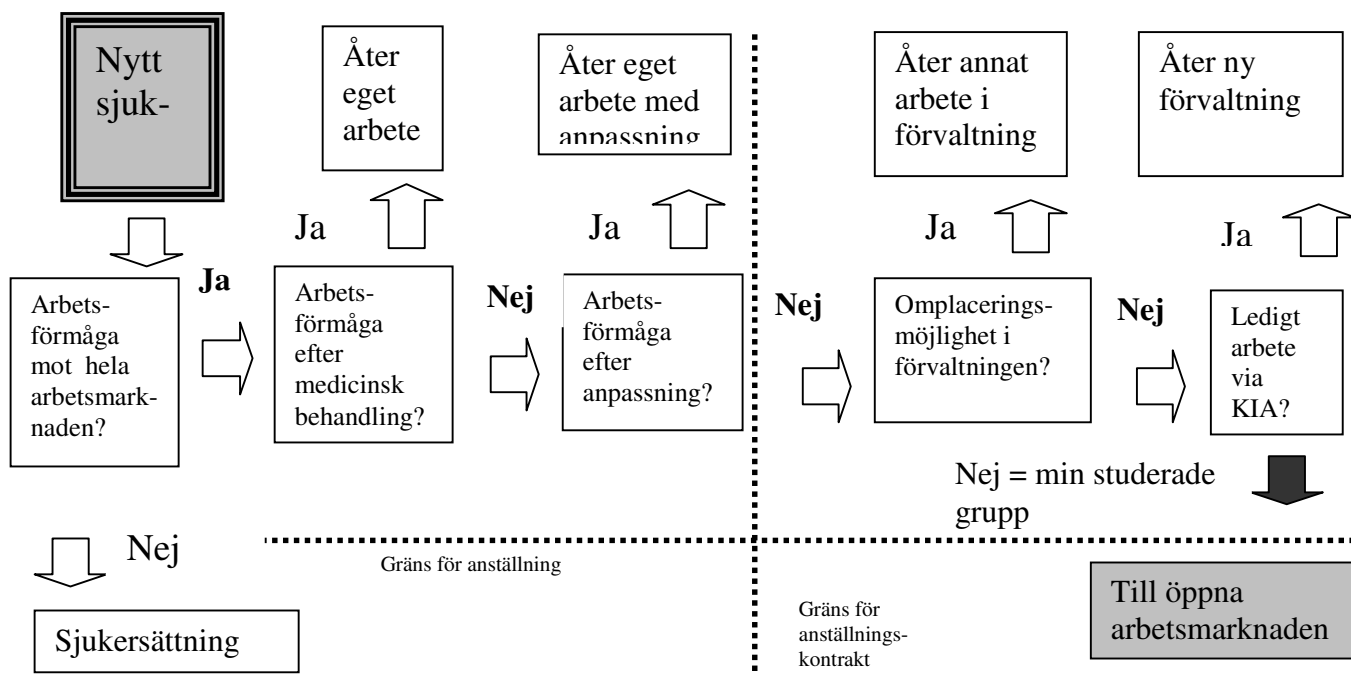
I Sverige står de stigande sjuktalen högt upp på den politiska agendan. I en rapport från arbetslivsinstitutet: Den galopperande sjukfrånvaron – sken, fenomen och väsen (1) kom man fram till att det framförallt är de långa sjukfallen som har ökat och att en viktig orsak är ett förändrat regelverk, där åtgärder som anpassat arbete och lönebidrag har minskat. De stigande sjuktalens effekter belystes även i en artikel i tidningen Dagens samhälle: "Fler sjukskrivna förlorar jobbet" (2). Den visade att år 2005 hade 1300 personer från Sveriges kommuner förlorat sitt jobb som en följd av sjukdom.

Även Gävle kommun märkte att sjuktalen gick upp och att det blev allt svårare att komma till avslut. Ett stort ansvar lades på enskilda peronalmän och lägsta linjens chefer. Mot den bakgrunden startades Kommunens Interna Arbetsförmedling, kallad KIA (2). Det finns också centrala riktlinjer för rehabilitering (3) som slår fast hur rehabiliteringsarbetet skall bedrivas (fig1). KIA skall göra en omplaceringsutredning där man ser hela kommunen som arbetsgivare, när förvaltningen inte lyckats omplacera en anställd. Finner man inte ett lämpligt arbete (eller vikariat på mer än 6 månader) inom 14 dagar kan det leda till avslut av anställningen.

Från starten i oktober 2003 tom 2004 anmälades 87 anställda till KIA av dessa ledde 30 till avslut av sin anställning. De är dessa 30 personer som är målgruppen i min studie. Bakgrunden till studievalet var att avslut som rehabiliteringsåtgärd var en relativt ny företeelse och därför fanns ännu inte någon uppföljning hur det hade gått för dessa personer efter avslutad anställning. I och med att den centrala gruppen KIA var nystartad medförde det att vid studiens genomförande fanns en relativt stor grupp som var lämplig för studien.

I mitt arbete som företagsläkare i Gävle kommun har arbetet med långtidssjukskrivna blivit en allt större uppgift. Framför allt märkte jag en ökat efterfrågan på arbetsförmågebedömningar inför anmälningar till KIA. Jag upplevde i mitt arbete att många människor kände sig inlåsta i anställningen med en stark känsla av hopplöshet. Hur gick det för dem när steget att lämna arbetsgivaren hade tagits?

Figur 1. Kommunens rehabiliteringsplan. Schematisk översikt.



Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att ta reda på vad utfallet blev när Gävle kommuns rehabiliteringsplan nådde sitt sista steg: avslut av anställning. Jag delade upp det i följande frågeställningar:

- Hur upplever de sin livskvalitet idag?
- Vilka förändringar har skett vad avser livskvalitet och ekonomi jämfört med tiden när de var anställda?
- Hur är deras uppfattning idag om rehabiliteringsprocessen? Gick det för långsamt eller för snabbt till avslut?
- Hur upplevde de att hjälpen från kommunen, arbetsförmedlingen, försäkringskassan, facket och företagshälsovården?

Undersökt grupp

Studien omfattade samtliga personer vars anställning hade avslutats av rehabiliteringsskäl hos KIA från 15 oktober 2003 till utgången av år 2004. Anmälningar på grund av övertalighet fanns även men dessa är inte med i studien.

Som "avslut" menas här att anställningen avslutades antingen genom att arbetsgivaren sade upp av personliga skäl eller att den anställda valde att säga upp sig själv. I det senare fallet var det vanligt förekommande att läkaren skrev intyg för att slippa arbetslöshetskassans

karensdagar. Den anställda fick samma ekonomiska ersättning från arbetsgivaren i bägge fallen. I praktiken var det därför ingen betydande skillnad.

Det anmäldes 87 personer av rehabiliteringsskäl och av dessa gick 30 till avslut. Av dessa 30 personer var två män, 16 var anställda på omvårdnadsförvaltningen och sju personer tillhörde barn och ungdomsförvaltningen. Bortfallet var fem personer, varav en person inte kunde nås via post.

Ålder, anställningstid samt utbildningsnivå framgår av tabellerna nedan (1-3).

Tabell 1 Ålder

<u>Ålder</u>	<u>antal</u>
under 30	2
31-40	15
41-50	6
51-60	2

Tabell 2 Anställningstid

<u>År</u>	<u>antal</u>
T o m 5 år	3
6-10 år	6
11-15 år	4
16-20 år	4
över 21 år	8

Tabell 3 Utbildningsnivå

	<u>antal</u>
Grundskola	5
Gymnasium	5
Eftergymnasial utbildning för arbetet du hade i Gävle kommun	10
Annan eftergymnasial utbildning	5

Metod

Metoden var en enkätstudie (bilaga 1), frågeformulär med bundna svarsalternativ. Enkäten innehöll två delar; en om situationen idag i relation till tidigare samt en del om vilken hjälp man hade fått av olika instanser. Vid frågor om värdering fanns tre svarsalternativ. Vid vissa frågor fanns möjlighet att skriva frivilliga kommentarer.

När första enkäten skickades ut (december 2005) hade det gått 11-26 månader sedan avslut av anställning. En påminnelse skickades en månad senare.

Enkäten skickades ut av KIA och svaren behandlades därefter anonymt. Medvetet begränsades såväl antal frågor som svarsalternativ för att enkäten skulle vara användarvänlig och därför möjliggöra en hög svarsfrekvens. Då endast två män var med avstods från att könsuppdelat materialet så ingen enskild kunde identifieras. Materialet bearbetades i ett standard kalkylprogram (Excel) men lades även in i ett statistikprogram för att kunna beräkna korrelationer. Jag valde variabler för att se om utfall livskvalitet och nuvarande livssituation korrelerade med ålder, förvaltningstillhörighet och utbildningsnivå. Jag valde också frågor för att kunna jämföra olika rehabiliteringsaktörer sinsemellan.

Resultat

Resultaten från enkätstudien presenteras med procenttabeller, fråga för fråga. Procenttabellerna förtydligas med de funna sambanden mot enkätens huvudfråga om livskvalitet idag.

Ett urval av enkätdeltagarnas skrivna kommentarer presenteras.

Vad gör du idag?	<u>antal</u>	
Fast arbete	2	8%
Vikariat/tillfällig anställning	3	12%
Studier	3	12%
Sjukersättning/sjukskrivning längre än 2 månader	8	32%
Öppet arbetslös	8	32%
Arbetsmarknadsåtgärd	1	4%

Om man slår ihop grupperna: fast arbete, vikariat/tillfällig anställning samt studier som "lyckat rehabiliterings utfall" utgör de 32 %. Gruppen sjukersättning eller sjukskrivning längre än 2 månader, de "misslyckade rehabiliteringsutfallen" utgör 64%.

Det fanns ett klart samband mellan utfall och förvaltningstillhörighet.

Barn och ungdom (framförallt för- och grundskolelärare) hade fem av elva (45%) "lyckade rehabiliteringsfall" jämfört med Omvårdnad (framförallt vårdbiträden i hemtjänst och särskilt boende samt personliga assistenter) som hade två av sju (29%) "lyckade rehabiliteringsfall".

Hur skulle du idag skatta din livskvalitet?	<u>antal</u>	
Dålig	6	24%
Acceptabel	11	44%
Bra	8	32%

Det finns ett klart samband mellan livskvalitet och utfall i "vad gör du idag" (figur 2).

De med arbete och utbildning klassade sin livskvalitet mer än dubbelt så högt som de med sjukfall. De arbetslösa befinner sig här i en mellanställning.

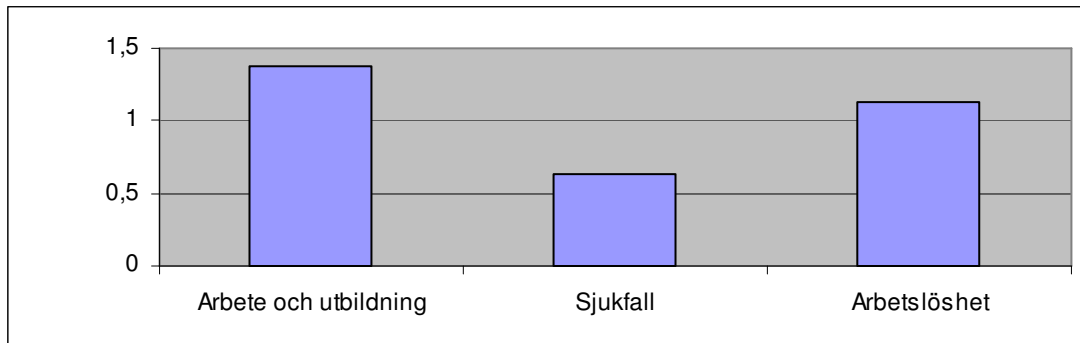
De som hade längre utbildning klassade sin livskvalitet högre än de med lägre utbildningsnivå (figur 4). Åldersgruppen: 41 – 50 år skattade sin livskvalitet högst (figur 3).

Det finns en svag positiv relation mellan anställningstid och att skatta sin livskvalitet högt ($k=0,27$) (figur 5).

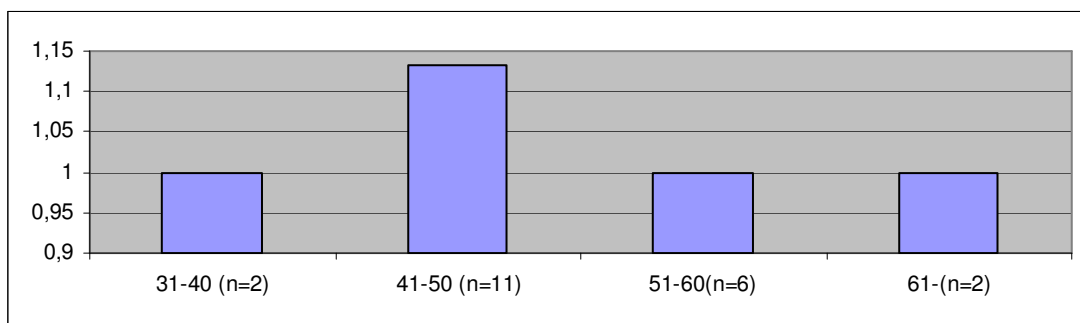
Personalen vid Barn och ungdom skattade sin livskvalitet högre (1,17) jämfört med personalen vid Omvårdnad (0,87).

Det framkom också tydligt att personalen vid Barn och ungdom hade en högre utbildningsnivå med sex av sju personer (85%) som hade en eftergymnasial utbildning jämfört med personalen vid Omvårdnad där åtta av sexton (50%) hade en eftergymnasial utbildning.

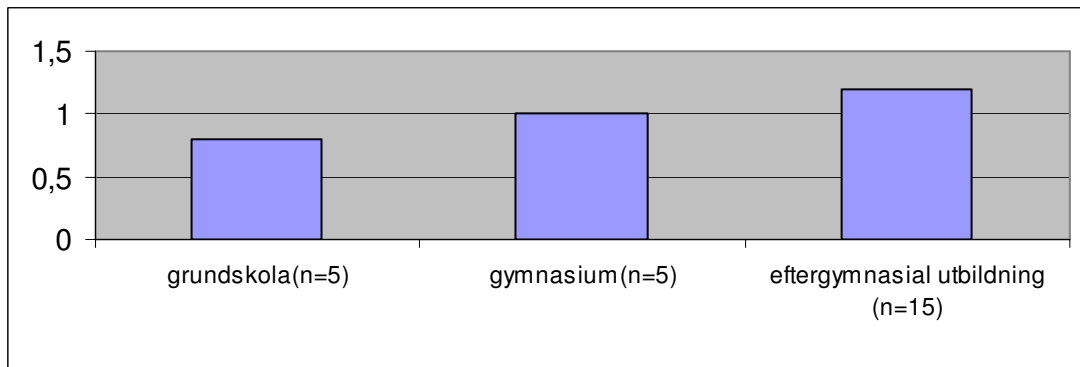
I nedanstående diagram (figur 2-5) visas variabeln livskvalitet mot variablerna vad man gör idag, ålder, utbildningsnivå samt när man tyckt att anställningen skulle ha avslutats. Livskvalitet visas som medelvärden: Bra livskvalitet = 2, Acceptabel = 1, Dålig = 0,



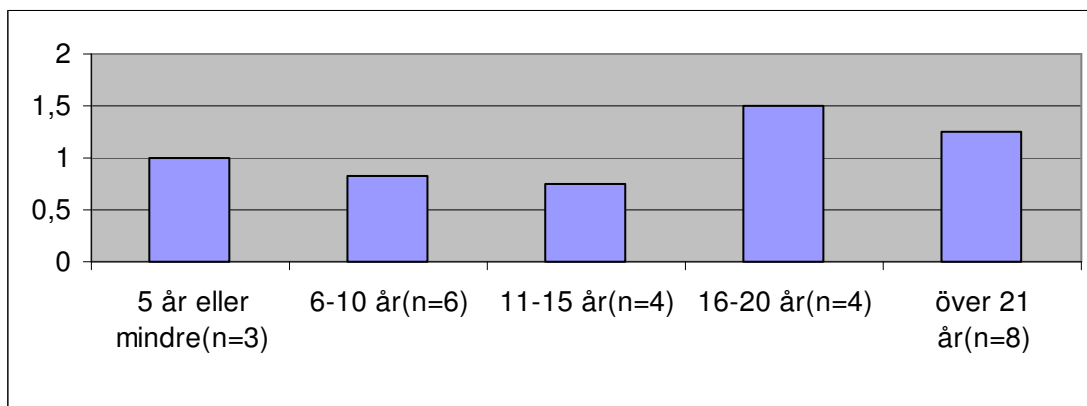
Figur 2. Samband mellan skattad *livskvalitet* och *vad man gör idag*



Figur 3. Samband mellan skattad *livskvalitet* och *ålder i år*



Figur 4. Samband mellan skattad *livskvalitet* och *utbildningsnivå*.



Figur 5. Samband mellan skattad *livskvalitet* och *anställningstid i år*

Hur tycker du din livskvalitet är idag jämfört med tidpunkten när du var anställd i Gävle kommun och anmälde till KIA?

	<u>antal</u>	
Sämre	7	28%
Likvärdig	4	16%
Bättre	14	56%

Alltså ett ännu större utfall mot bättre livskvalitet när man jämför med tiden de var anställda.

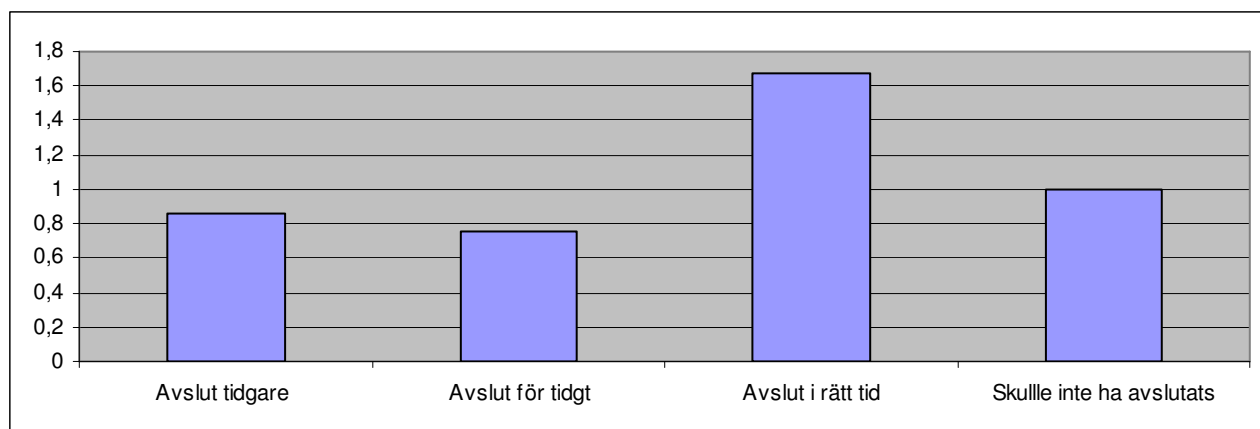
Hur tycker du att din ekonomiska situation är idag jämfört med tidpunkten när du var anställd i Gävle kommun och anmälde till KIA?

	<u>antal</u>	
Sämre	18	72%
Likvärdig	4	16%
Bättre	3	12%

Vad anser du idag om din tidigare anställning?

	<u>antal</u>	
Skulle avslutats tidigare	7	28 %
Avslutades för tidigt	4	16 %
Avslutades i rätt tid	6	24 %
Skulle inte ha avslutats	8	32 %

Det fanns ett tydligt samband mellan högt skattad *livskvalitet* och upplevelse av att rehabiliteringen hade avslutats i rätt tid (Figur 6).



Figur 6. Samband mellan *livskvalitet* och *åsikt om avslut*.

"Det är en inre process att efter 25 år frivilligt avsluta en tjänst och se det som en möjlighet i stället för att stanna tills kommunen säger upp en."

"Förr hade Gävle kommun som sin policy att kunde inte en medarbetare vara kvar på sin arbetsplats så hade man rätt till nyplacering. Jag arbetstränade på en annan arbetsplats och kände att där kunde jag arbeta och kom upp till 50% arbetsförmåga. Där hade jag också fått ett vikariat om jag tillhört den förvaltningen."

"Omplaceringsmöjligheter borde finnas hos en så pass stor arbetsgivare."

"Dåligt av Gävle kommun att inte försöka hjälpa mig mera att hitta ett anpassat arbete."

"Vart lovad alldeles för mycket om ett projekt det var bara ett luftslott."

Hur tycker du att Gävle kommun skötte sitt ansvar som arbetsgivare vid avslutandet av din anställning?

	<u>antal</u>	
Dålig	12	48 %
Acceptabelt	10	40 %
Bra	3	12 %

"Dom har ringt och frågat hur jag mår. Har blivit avtackad. Blev dithjuden på julbord."

"Jag hade bra kommunikation med både min chef och personalman. De har trott på mig och mina idéer och det blev något bra av dem – studier."

"Ingen acceptans för sjukdom, nonchalans trots lång anställning."

"De enda som var intressant från arbetsgivaren var att säga upp så många som möjligt så ansvaret var noll."

Hur tycker du att hjälpen du fått av arbetsförmedlingen har varit?

	<u>antal</u>	
Dåligt	8	32%
Acceptabel	8	32%
Bra	3	12%
Inte haft kontakt med arbetsförmedlingen	6	32%

"De kunde inte göra något så länge jag var anställd på kommunen."

"Allt du vill ha reda på får du söka själv."

"Fick vänta länge på det med som utlovades, jag skulle komma med i ett "projekt" men det hände ingenting. Till slut fick jag en handläggare som talade om att det hade gått ett år så projektet var slut."

"Däremot tyckte jag ALT var jättebra" (ALT= Arbetslivstjänst, författarens anm.)

Hur tycker du att hjälpen du fått av försäkringskassan har varit?

	<u>antal</u>	
Dålig	6	24%
Acceptabel	8	32%
Bra	10	40%
Inte haft kontakt med försäkringskassan	1	4%

"Försäkringskassan har varit fantastisk och det är mycket tack vare dem som jag är där jag är idag. Bra information och stöd."

"Första åren under all kritik, respektlös och kränkande, bättre sen med byte av handläggare."

"Är man sjukskriven ska man inte behöva ta reda på sina rättigheter."

"De avspisade mig ganska omgående när jag var så dum att jag sa att jag kunde arbeta 100% vid ett sittande arbete. De tog ingen som helst hänsyn till mina besvär."

Hur tycker du att hjälpen du fått av facket har varit?

	<u>antal</u>	
Dålig	8	32%
Acceptabel	5	20%
Bra	8	32%
Inte haft kontakt med facket	4	16%

"Skulle ha stöttat mig att få annat arbete i kommunen."

"Mycket bra. Jag har haft fortlöpande kontakt fast jag slutat jobba."

"Jag har inte klarat av alla möten själv, även om jag tycket att facket borde kunnat ha gjort mer."

"Intresset och engagemanget var lika med noll. Mycket besviken."

"De arbetade med kommunen."

Hur tycker du att hjälpen du fick av kommunhälsan har varit?

	<u>antal</u>	
Dålig	10	40%
Acceptabel	3	12%
Bra	9	36%
Inte haft kontakt med kommunhälsan.	3	12%

"Förta åren kränkande och respektlöst behandlad, mycket bättre med byte av läkare. Ej öppen för förslag. Varför inte ordna gruppterapi, handledare med vilken man gör upp en individuell handlingsplan. Varför inte ta tillvara på den sjukskrivnes idéer och förslag?"

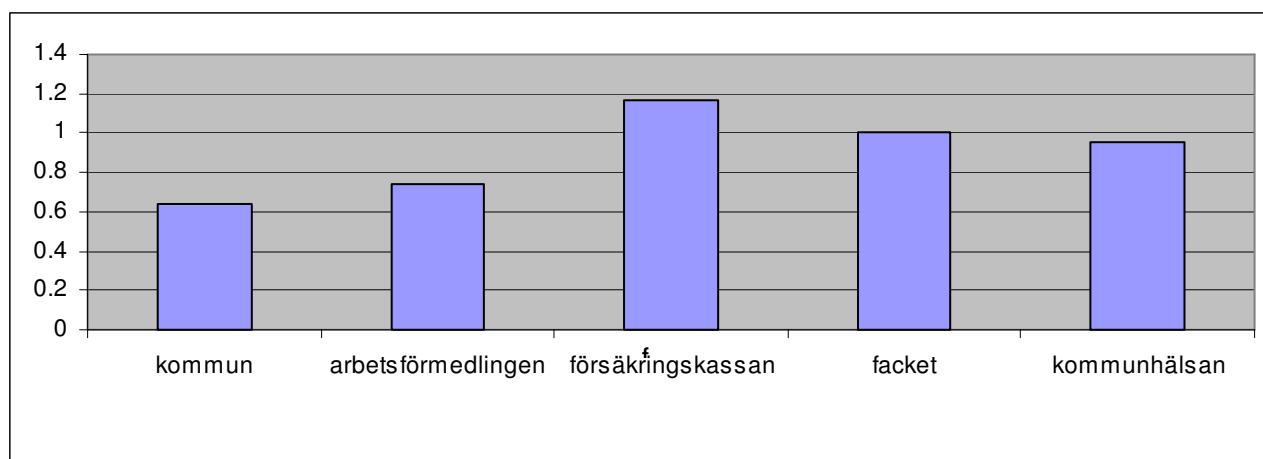
"De har inte gjort något."

"Många gånger kändes det som man fick stöd för sin sak."

"De två sista kontakterna jag hade med kommunhälsan var väldigt bra men de jag hade i början var dåligt."

Figur 7 visar en jämförelse hur de olika aktörerna skattades.

Försäkringskassan var den rehabiliteringsaktör som betygsattes högst. Företagshälsovården och facket hade en mellanställning medan kommun och facket uppskattades minst.



Figur 7. Jämförelse i skattning mellan olika rehabiliteringsaktörer.
Bra=2. Acceptabel=1 Dålig=0. Medelvärden över hela gruppen

Diskussion

Studien utfördes på 30 personer i Gävle Kommun vars anställning hade gått till avslut. Jag valde att göra en studie där jag gjorde en uppföljning av dessa personer nuvarande livssituation. Bortfallet i studien var fem av 30 personer. Därför påverkades resultatet endast måttligt.

Studien visar att gruppen är heterogen, men vissa klara mönster framkom. Trots att 18 av 25 hade fått det ekonomiskt sämre skattade gruppen som helhet sin nuvarande livskvalitet som relativt bra. Och de skattade att nuvarande livskvalitet är bättre än den de hade när de fortfarande var anställda.

Det var också, för mig, förvånande att försäkringskassan skattades högst av rehabiliteringsaktörerna.

Vad som inte framkommer i studien är varför deltagarna skattade sin livskvalitet så som de gjorde. Fanns orsaken till den skattade livskvaliteten i yrkes- familjeliv eller fritid?

Vilken betydelse hade den avslutade rehabiliteringsprocessen för skattningen?

Man kan undra hur dessa individer kommer att skatta sin livskvalitet i framtiden. Är det en tillfällig lättnad att slippa gå till det arbete som de upplevde som tärande? Kommer deras försämrade ekonomiska situation att slå tillbaka på deras livskvalitet? Kommer fler framöver att beklaga att anställningen gick till avslut?

De vanligaste utfallen i studien var arbetslöshet eller nytt sjukfall. En stor grupp i studien uttryckte sitt missnöje med kommunen, de tyckte att kommunen borde kunna erbjuda dem en omplaceringsmöjlighet. En betydande minoritet av deltagarna i studien, drygt 30%, hade börjat studera eller fått en anställning.

Jag skulle ha kunnat presentera studien på ett mer utförligt sätt om jag hade förtydligat min fråga: ”Vad anser du idag anser om din tidigare anställning?” Denna fråga, som jag ser det i efterhand, kan dels tolkas som vad man tycker om rehabiliteringsprocessen ur ett allmänt perspektiv, dels vad som var rätt åtgärd regelverket givet. En uppdelning av denna fråga till två separata frågor, hade kunnat göra tolkningen tydligare. Jag skulle ha kunnat förtydliga studien ytterligare om tidsvariabler hade angetts i år i stället för som nu i förvalda tidsintervall. Detta hade givit en säkrare statistik beräkning.

En årlig uppföljning av denna studie skulle kunna bidra till kvalitetssäkring av rehabiliteringsarbetet. En senare uppföljning av denna studiegrupp skulle kunna ge svar på flera av mina frågeställningar.

En intressant kommande studie vore att använda en vedertagen livskvalitetsenkät och göra en prospektiv studie över hela rehabiliteringsperioden där man kvantitativt kan skatta individuella förändringar.

Rekommendation

Då en stor grupp visade sig vara missnöjda med att kommunen inte kunde omplacera dem ser jag det som viktigt att noga förtydliga regelverket för den anställda. Jag anser att vi måste försöka att ge den anställda förståelse för varför regelverket ser ut som det gör och lägga in ett historiskt perspektiv. Förklara varför det idag inte görs omplaceringar som tidigare när det fortfarande fanns möjlighet till lönebidrag hos den egna arbetsgivaren. Ett bra bakgrundsmaterial finns att få i ”Den galopperande sjukfrånvaron – sken, fenomen och väsen” (1).

Studien ger också visst stöd i att försöka komma till avslut i tidigare. Att 56% skattar sin livskvalitet högre efter avslutad anställning kan användas som en positiv återkoppling till dem personer som är i rehabiliteringsprocessen idag.

Referenser

1. Larsson T. Marklund S. Westerholm P. Den galopperande sjukfrånvaron – sken, fenomen och väsen. RAR forskningsrapport nr 1, Arbetslivsinstitutet 2006
2. Eriksson A. Fler sjukskrivna förlorar jobbet. Dagens Samhälle 2006:6
3. Riktlinjer för kommunens Interna Arbetsförmedling. Beslut i kommunfullmäktige Gävle kommun 2002-03-24 §24, reviderad 2004-04-29 §106
4. Riktlinjer för rehabilitering Beslut i Kommunstyrelsen Gävle kommun 2002-04-25 §81, reviderad 2005-05-26 §94 D.

ENKÄT REHABILITERINGSUPPFÖLJNING FÖR TIDIGARE ANSTÄLLDA I GÄVLE KOMMUN Nr

Vad gör du idag?

- ☐ Fast arbete
- ☐ Vikariat/tillfällig anställning
- ☐ Studier
- ☐ Sjukersättning eller sjukskrivning längre än 2 månader
- ☐ Öppet arbetslös
- ☐ Arbetsmarknadsåtgärd
- ☐ Annat:

Hur skulle du idag skatta din livskvalitet?

- ☐ Dålig
- ☐ Acceptabel
- ☐ Bra

Hur tycker du din livskvalitet är idag jämfört med tidpunkten när du var anställd i Gävle kommun och anmäldes till KIA?

- ☐ Sämre
- ☐ Likvärdig
- ☐ Bättre

Hur tycker du att din ekonomiska situation är idag jämfört med tidpunkten när du var anställd i Gävle kommun och anmäldes till KIA?

- ☐ Sämre
- ☐ Likvärdig
- ☐ Bättre

Vad anser du idag om din tidigare anställning?

- ☐ Skulle avslutats tidigare
- ☐ Avslutades för tidigt
- ☐ Avslutades i rätt tid
- ☐ Skulle inte ha avslutats

Kommentar (frivillig uppgift):

.....

Hur tycker du att Gävle kommun skötte sitt ansvar som arbetsgivare vid avslutandet av din anställning?

- ☐ Dåligt
- ☐ Acceptabelt
- ☐ Bra

Kommentar (frivillig uppgift):

.....

.....

Hur tycker du att hjälpen du fått av arbetsförmedlingen har varit?

- ☐ Dålig
- ☐ Acceptabel
- ☐ Bra
- ☐ Inte haft kontakt med arbetsförmedlingen

Kommentar (frivillig uppgift):

.....

.....

Hur tycker du att hjälpen du fått av försäkringskassan har varit?

- ☐ Dålig
- ☐ Acceptabel
- ☐ Bra
- ☐ Inte haft kontakt med försäkringskassan

Kommentar (frivillig uppgift):

.....

.....

Hur tycker du att hjälpen du fått av facket har varit?

- ☐ Dålig
- ☐ Acceptabel
- ☐ Bra
- ☐ Inte haft kontakt med facket

Kommentar (frivillig uppgift):

.....

.....

Hur tycker du att hjälpen du fick av kommunhälsan har varit?

- ☐ Dålig
- ☐ Acceptabel
- ☐ Bra
- ☐ Inte haft kontakt med kommunhälsan

Kommentar (frivillig uppgift):

.....

.....

Din nuvarande ålder

- ☐ under 30
- ☐ 31-40
- ☐ 41-50
- ☐ 51-60
- ☐ över 61

Vilken förvaltning var du anställd på?

- ☐ Omvårdnad
- ☐ Barn och ungdom
- ☐ annan

Hur länge var du fast anställd i Gävle kommun?

- ☐ 5 år eller mindre
- ☐ 6-10 år
- ☐ 11-15 år
- ☐ 16-20 år
- ☐ över 21 år

Din Utbildningsnivå

- ☐ grundskola
- ☐ gymnasium
- ☐ eftergymnasial utbildning för arbetet du hade i Gävle kommun
- ☐ annan eftergymnasial utbildning

Tack för din medverkan!

Uppföljning av tidigare rehabiliteringsfall Gävle kommun

Kommunhälsan i Gävle har i samarbete med KIA (kommunens inre arbetsmarknad) startat ett projekt för att ta reda på hur det har gått för de medarbetare vars anställning har avslutats efter rehabilitering. Målsättningen är dels att ta reda på hur ni har det idag, men också hur ni i efterhand ser på er tidigare anställning. Detta är ett sätt att utvärdera kommunens rehabiliteringsarbete.

Den som är ansvarig för undersökningen är jag Martin Flygar, läkare på kommunhälsan.

Svaren kommer att vara helt anonyma för mig då enkäten utskickas av KIAs personal.

Svaren kommer bara att redovisas på gruppnivå. (numret på enkäten används internt på KIA) och enskildas svar kommer inte kunna identifieras.

Ett stort tack för att du fyller i enkäten och postar den i det bifogade kuvertet **före 31e december.**

Är det något du undrar över får du givetvis kontakta mig!

Martin Flygar

Företagsläkare Gävle kommun

026/178181

073/0798214

martin.flygar@gavle.se

Systematisk samverkan kring långtidssjukskrivning

Författare Ola Konradson
Handledare: Tohr Nilsson, Docent, överläkare, Arbets- och miljömedicin,
Sundsvalls sjukhus.

Projektarbete vid Arbetlivsinstitutets företagsläkarutbildning 2005/06

Sammanfattning

Långtidssjukskrivningar är ett problem för individen, samhället och företaget. Projektet startade för att få en bättre fungerande struktur på rehabiliteringsarbetet. Som arbetsform har använts en metod som använts vid två andra företag i regionen. Studien har haft till syfte att utvärdera detta projekt.

Syftet med projektet är att genom samverkan och en strukturerad arbetsform minska sjukfrånvaron på företaget. Som delmål har man haft att tydliggöra ansvar och befogenheter för de inblandade parterna.

Även om syftet och delmålen har uppfyllts, så upplever flera inblandade parter att projektet inte fungerat som planerat. Detta har sin sannolika orsak i att Försäkringskassan omorganiserades under projektets gång, vilket gjorde arbetet svårare.

Under projektet sjönk långtidssjukfrånvaron från 31 till 24 individer, av dessa deltog drygt två tredjedelar i projektet, övriga deltog inte av skilda anledningar.

Arbetsledarna upplevde att de fick en större kunskap om rehabilitering i både ansvar och befogenheter. Detta har medfört att de fått en aktivitet kring rehabilitering som de inte haft tidigare.

Inledning

Projektet genomfördes på Ericsson Network Technologies AB. Vid enheten tillverkas kabel av varierande typer, såväl optiska som kopparbaserade kablar för data och telekommunikation. I sortimentet ingår allt från kablar med få, till en stor mängd ledare, och även sjökabel.

Projektet planerades efter en modell som framgångsrikt använts vid Iggesund Tools AB och HIAB AB. Dock har vissa förändringar gjorts för att passa företaget. Vid Iggesund Tools AB såg man under en mätning mellan november 2003 och november 2004 en minskning från nio långtidssjuka till fem och att de som varit frånvarande heltid kunnat återgå till viss del i hälften av fallen (8). Som eldsjäl i dessa projekt fanns Roger Groth vid Försäkringskassan, som även sådde idén för vårt projekt och deltog till en början.

För företaget ger sjukfrånvaro ekonomiska konsekvenser. Utöver egenavgiften i sjukförsäkringen ger det ett bortfall i produktionen som inte enkelt kan lösas. Det finns ingen evidens att långtidssjukskrivning skulle vara negativt för individen, dock kan man anta att det finns risker med denna. Att evidensen saknas är sannolikt främst beroende på att det inte är tillräckligt studerat. Enstaka studier pekar dock på att det kan leda till en försämrad inkomstutveckling, isolering och inaktivitet (1). Arbetet med att minska långtidssjukfrånvaron torde därför vara till nytta för såväl individen som företaget.

I HUR-projektet (Hälsoekonomisk Utvärdering av Rehabilitering) har man studerat kostnadseffektiviteten vid rehabilitering av patienter med långvariga besvär från rygg och nacke. I projektet fick personer med smärtdiagnoser från nacke/skuldra och ländrygg rehabilitering enligt, dels ett "work hardening"-inriktat program, dels enligt ett ortopedmedicinskt inriktat program med KBT (kognitiv beteendeterapi) som en viktig hörnsten. Till detta fanns en kontrollgrupp utan specifik rehabilitering. HUR-projektet visade att en kostnadseffektiv rehabilitering för långvarigt sjukskrivna för nack-/ryggbesvär skall vara strukturerad, omfattande, aktivitetsinriktad och intensiv (2) Denna typ av rehabilitering kan dock vara svår att genomföra av bland annat sociala skäl (9), men torde vara att föredra i tillämpliga fall.

Man har kunnat se att det finns en fördröjning i rehabiliteringsarbete. Denna fördröjning har visat sig ligga såväl från arbetsgivarens sida som från Försäkringskassan i en

nyutkommen rapport. Rapporten har dock inte kunnat säkerställa att väntetider inom hälso- och sjukvården skulle vara något större problem, detta kan dock vara orsakat av bristande dokumentation om väntetider. (7)

Syfte och frågeställning

Syftet med projektet var att visa hur sjukfrånvaron i ett företag kan minskas genom att gruppen, se metod, träffades och gick igenom de sjukskrivnas behov av rehabilitering. Delmål i projektet är förutom att erbjuda en fungerande struktur för rehabiliteringsarbetet av långtidssjukskrivna att tydliggöra ansvar och befogenheter. Genom projektet fanns även förhoppningen att minska kostnader för sjukskrivningar inom företaget, detta kommer dock inte att belysas närmare i detta arbete.

Undersökt grupp

Den grupp som undersöktes var personal på företaget som varit sjukskriven eller haft sjuk- eller aktivitetsersättning under mer än 1 månad i följd. Gruppen bestod av 23 individer och 24 sjukperioder. För att avhandlas på de möten som varit skulle de även ha lämnat ett skriftligt godkännande till ansvarig på arbetsplatsen samt att ärendet skulle vara aktivt vid mötestillfället.

För att behandlas på mötet skulle personen varit sjukfrånvarande minst 30 dagar innan mötet, det vill säga att det tillkom personer under projektets gång

Fördelningen av några bakgrundsfaktorer i den undersökta gruppen presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Undersökt grupp

		Män	Kvinnor	Totalt
Deltagare		9	15	24
Sjukskrivning		7	10	17
Sjukersättning		2	5	7
Diagnoser	Muskeloskeletalt	4	8	12
	Psykiskt	2	2	4
	Tumörer	1	1	2
	Övrigt	2	4	6
Medianlängd av sjukfrånvaron (d) räknat vid projektets start		344	658	539
Medianålder		55	48	53,5

I projektet var det 11 individer som inte deltog även om de uppfyllde kraven för deltagande. Orsakerna till detta varierade mellan individerna. Bland orsakerna såg man nekande till deltagande, vissa tillfrågades inte av olika skäl som till exempel: var gränsfall vad gällde tid eller sådant som beräknades återgå i tjänst utan särskild insats. Den exakta frekvensen mellan orsakerna är okänd för mig

Metod

Upplägget för projektet var att anordna regelbundna möten mellan företagsläkare, företagssköterska, rehabiliteringshandläggare från Försäkringskassan, rehabiliteringssamordnare på företaget, arbetsledare och huvudskyddsombud.

Varje möte varade 3 till 4 timmar. Första delen av mötet ägnades åt allmän information från företag, Försäkringskassan och/eller företagshälsovård.

För varje enskild individ som behandlades upprättades en individuell plan (bilaga 1) med rubrikerna:

- Person
- Arbetsplats
- Arbetsledare
- Datum för sjukskrivning och omfattning
- Sjukdomsorsak samt redogörelse för symtom och besvär
- Rehabiliteringsåtgärder med tydliggörande av vem som ansvarade för vad.
- Kommentarer

Rehabiliteringsåtgärder som avsågs i projektet var varierande såsom anpassningar av arbetsplats/arbete, annat arbete, vidare utredning av deras besvär och till strukturerad rehabilitering som Rygginstitutet, pbmStressmedicine etc. Vidare utredningar är exempelvis specialistbedömningar, magnetkameraundersökningar och försäkringsmedicinska bedömningar.

Resultat

Projektet uppfyllde alla intentioner, men den allmänna uppfattningen var ändå att det inte fungerat som förväntat. Projektet löpte från 2005-02-01 till 2005-12-31, resultaten beskriver hela denna tid.

Vi möttes vid 5 tillfällen, 3 under våren och 2 på hösten,. Vid första tillfället fanns det ett par personer som vi inte hann gå igenom varför de prioriterades vid nästkommande tillfälle. Vid resterande möten kunde alla aktuella ärenden tas upp.

Alla deltagande personer fick en personlig handlingsplan upprättad som tydliggjorde ansvar. Arbetsledarna uppgav att de fått en bättre kunskap om sitt ansvar och sina möjligheter.

Totalt kan man se en minskning av antalet långtidssjukfrånvarande både totalt och inom studerad grupp. Vid starten var det 31 stycken och vid avslutningen 25 stycken, där den största minskningen skett i gruppen frånvarande 1-3 månader. I procent av personalstyrkan har den sjunkit från 8,3 till 5,9 %. Dessa siffror gäller totalt på företaget och inkluderar även dem som inte samtyckt.

Några siffror kring utfallet under perioden är: Medianlängden hos deltagarna sjönk från 539 till 507 dagar. Totalt på företaget sjönk antalet med sjukpenning från 22 till 14, antalet sjukersättningar ökade från 9 till 10.

Inom den studerade gruppen var det ingen som slutade vid företaget genom sjukpension, uppsägning eller på eget initiativ.

Personalmännen berättar att projektet har gett att arbetsledarna tagit ett mer aktivt ansvar i rehabiliteringsprocessen och att de genom kunskapen även blivit bättre på att anpassa arbetet för att den sjukskrivne snabbare skall komma tillbaka till arbete på hel- eller deltid. De har även fått en kunskap om sitt ansvar och befogenheter (4).

Under hela projektets gång har de flesta varit frånvarande på deltid, någon skillnad i frekvens har inte setts totalt då vissa gått från deltid till heltid och andra från heltid till deltid.

Uppfattningen att projektet misslyckades ligger i att efter försäkringskassans omorganisation fungerade inte samarbetet med dem. Kontinuiteten försvann då det kom

nya handläggare varje gång och arbetet bromsades upp. Den aktivitet som eftersträvades mellan mötena försvann i vissa ärenden.

Tabell 2. Sammanfattning av några resultat

	Start	Slut	Förändring
Sjukskrivna	22	14	-36 %
Sjukersättning	9	10	+11 %
Sjukfall antal individer	31	24	-23 %
Sjukfall i % av personalstyrkan	8,3 %	5,9 %	-29 %
Sjukfall totalt hos kommuninvånarna (3)	1237	990	-20 %
Medianlängd	539	507	-6 %

Diskussion

I studien har framkommit att delmål och syfte har uppfyllts men de flesta inblandade parter är dock överens om att de förväntningar som ställdes från början inte har uppfyllts. Om förväntningarna varit realistiska eller inte är svårt att svara på, men de andra företagen som hade en liknande modell upplevde också en klar försämring efter Försäkringskassans omorganisation (8).

Vid möte med de ansvariga personalmännen framkommer ett missnöje med utvecklingen av projektet (4). Under de första mötena skapades en framtidstro och man började skönja resultat. Genom Försäkringskassans omorganisation efter semestern blev arbetet mer tungrovt. Omorganisationen innebar att det blev ett flertal handläggare och att de flesta inte kunde komma till mötet. Det skapade även en mardröm i logistik för att få rätt personer, att vara på plats, vid rätt tidpunkt, då man måste ta hänsyn både till handläggare och till arbetsledare då dessa bara deltog i de ärenden som direkt berörde dem.

Flera av delmålen resultat har varit svåra att ge något säkert svar på, mycket beroende av att projektets löptid varit för kort. Normalt kräver det flera års löptid för att visa resultat (5). Sedan kan resultat vara svåra att tolka då längden av sjukskrivningen påverkas både av insatt rehabilitering och av det välkända faktum att rehabiliteringspotentialen sjunker med tiden, varför medianlängden kan stiga på grund av förbättrad rehabilitering i de korta sjukfallen. Dock kan den minskning som setts vara tecken på ett trendbrott om man jämför utfallet från RAR-projektet. Detta projekt har visat på att de ökade sjuktalet till stor del kan förklaras av längre sjukperioder (6).

Några jämförbara projekt har jag inte kunnat finna för jämförelse. Projekt som till exempel HAKUL (9) hade en längre löptid och på många sätt andra förutsättningar, bland annat ekonomiskt. Inte heller är projektet som genomfördes på Iggesund Tools AB (8) jämförbart då siffrorna beskriver en period längre in i projektet.

Projektet har även försvårats av det faktum att Försäkringskassan omorganiserats under projektets gång, så från att ha varit en engagerad handläggare blev det från sommaren 2005 ett flertal handläggare varav flera inte kunde delta vid mötet. Mötena blev på detta sätt mer tungrodda och det var svårare att komma till ett samförstånd och därigenom tappades fart i rehabiliteringsprocessen. Personalavdelningen planerar därför att organisera om arbetssättet.

Projektets planering hade kunnat fungera bra under de premisser som gällde från början, men efter den omorganisation som kom efter sommaren försvårades arbetet till sådan grad

att det till slut blev omöjligt. Min personliga uppfattning är att i vissa ärenden blev Försäkringskassan snarare en motpart än en medpart, vilket lett till fördröjning i ärendena, vilket kan vara i linje med de resultat Ulrik Lidwall fann i sin studie (7).

Genom den minskade sjukfrånvaron kan man anta att kostnaderna minskat för företag i den mån att projektet blivit lönsamt. Då inga egentliga mätningar är gjorda och att länet har fått minskade sjuktal enligt aktuell statistik (3) är den slutsatsen lite vanskelig. Denna statistik visar att mellan februari 2005 till årsskiftet är det en minskning av sjukfall i Hudiksvall från 1237 till 990, varför minskningen till stor del skulle kunna förklaras av yttre faktorer.

De personer som inte deltog i projektet av olika anledningar kan eventuellt påverkat det mätbara resultatet. Dock torde de haft mindre betydelse för uppfattningen av projektets värde. De som inte deltog har sannolikt även haft nytta av den ökade kunskapen hos arbetsledare, även om de inte haft alla nyttoeffekter.

Slutsats

Även om projektet delvis blivit ett misslyckande har man fått en större förståelse för rehabiliteringens grunder och ett ökat ansvarstagande av arbetsledarna. De ansvariga på företaget ser dock att projektet har blivit en avstamp för framtiden och att det kommer att fortsätta i en modifierad form. Projektet har gett en kunskap och förståelse hos arbetsledarna för deras roll och möjligheter vid rehabiliteringsarbetet. Genom denna kunskap får de ansvariga personalmännen ett ökat stöd. Det har även blivit en ökad kommunikation mellan arbetsledarna för att kunna skapa möjligheter till omplacering. Det som misslyckades i projektet var att efter försäkringskassans omorganisation fungerade de inte som en samverkanspart vilket medförde att man måste finna andra former för fortsatt rehabiliteringsarbete. Man har kunnat se, att genom belysning av de aktuella ärendena med jämna mellanrum, har man kunnat snabba på rehabilitering och därigenom sannolikt förkorta sjukfallen.

Referenser

1. Alexandersson K. och medförfattare, (2003). Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis, SBU rapport 167,
2. Bergström, G. och medförfattare. (2004). Kostnadseffektiviteten vid rehabilitering av patienter med långvarig nack-/ryggvärk. En treårsuppföljning. Slutrapport för forskningsprojektet Hälsoekonomisk Utvärdering av Rehabilitering (HUR) - Nacke/rygg. Stockholm, Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet.
3. Försäkringskassan, (2006), Månadsstatistik - Pågående sjukfall mm i Gävleborgs län. Månad: december 2005
4. Jansson S. och Lindström M., HR-experten, Ericsson Network Technologies AB, personlig kommunikation.
5. Jonsson J och medförfattare, (2003), Långtidsfrisk, Ekerlids förlag.
6. Larsson T. Och medförfattare, Den galopperande sjukfrånvaron, RARs forskningsrapport nr 1, Arbetslivsinstitutet..
7. Lidwall U., (2006), Analyserar 2006:6, Försäkringskassan.
8. Mickelsson I, personalchef, Iggesund Tools AB, personligt samtal.

9. Vingård E. och medförfattare (2004) HAKUL – Hållbar arbetshälsa inom kommun och landsting, slutrapport, Karolinska Institutet

Bilaga 1. Fingerad individuell plan

	A	B	C	D
1	Namn		Chef	Avdelning
2	Tolvan Tolvan		Kalle Boss	Tillverkningen
3	Personnr	Anställn.år		
4	121212-1212	1975		
5				
6	Datum för sjukskrivning Helt/delvis	Sjukdomsorsak/Redogörelse symtom/besvär	Rehabiliteringsåtgärder	Kommentarer
7	2002-02-10 helt	Värk från ryggen - diskbräck, upplever att även om ryggvärken blivit bättre har styrkan i höger ben försämrats och mer domningar. Klarar nu att gå endast några hundra meter.	* Påverkan på nerver? Företagsläkare remitterar för magnetröntgen * Finns andra arbetsuppgifter? Arbetsledare kollar	Möte 050404 Handläggare XX
8	50 %		Väntar på MRT prel juni	Möte 050509 Får rulla på.
9		Magnettröntgen har visat på Spinal stenosis på annan nivå än det tidigare diskbräcket. Ordinerad sjukgymnastik har ej gett något positivt		Möte 051012 Avvakar ny kontakt med ortoped i slutet av månaden för ställningstagande till operation
10				

Långtidsfriskas arbetsvillkor. En Internetbaserad enkät avseende chefers och arbetsledares psykosociala arbetsmiljö vid Akzo Nobel Stockviksverken.

Författare: Gabriel Mörner

Handledare: Tohr Nilsson, Docent, överläkare, Arbets- och miljömedicin,
Sundsvalls sjukhus.

Projektarbete vid Arbetlivsinstitutets företagsläkarutbildning 2005/06

Sammanfattning

Huvudfrågan i studien handlar om vilka arbets- och sociala förhållanden som ökar sannolikheten för att en individ skall vara långtidsfrisk. Vilket per definition innebär att individen under den senaste 2 års-perioden haft högst ett tillfälle av sjuknärvaro och högst ett tillfälle av sjukfrånvaro per år och då som mest 5 dagar. Hypoteser som undersöks är om det finns samband mellan höga närvarokrav och lägre sjukfrånvaro, få anpassningsmöjligheter och högre sjukfrånvaro där sambandet var svagare än förväntat med signifikant för kvinnor i Johansson och Lundbergs studie (Johansson and Lundberg 2004).

Studien bygger på svar från 63 högre chefer, arbetsledare och personer med personal ansvar vid Stockviksverken, Akzo Nobel som inbjöds till en anonym enkät som besvarades via Internet där 53 personer deltog (84%). Akzo Nobels chefer hade en högre andel långtidsfriska individer 66 % jämfört med 32 % i Aronssons studie, långtidsfriskas arbetsvillkor (Aronsson 2004).

Vår studie visade att den största andelen av Akzos chefer, arbetsledare och personer med personalansvar hade mindre sannolikhet att vara sjukfrånvarande vid få anpassningsmöjligheter och närvaro krav. Den största andelen långtidsfriska 20 personer fanns i gruppen med 0-2 anpassningsmöjligheter och sjönk sedan med ökat antal anpassningsmöjligheter. Den största gruppen med långtidsfriska 12 stycken (27%) angav ett närvarokrav och andelen långtidsfriska sjönk med ökat antal närvarokrav. Motsatt resultat sågs i Johansson och Lundbergs studie i Stockholms län 1998 som visade att de som hade små anpassningsmöjligheter har större sannolikhet att vara sjukskrivna och de som hade höga närvarokrav hade lägre sjukfrånvaro

En möjlig förklaring är att långtidsfriska chefer och arbetsledare på Akzo hade en hög arbetsbelastning som minskar anpassnings möjligheter samt att långtidsfriska individer gynnas av en tydlig struktur i arbete och krav som upplevs som rimliga. Långtidsfriska individer kan ha fokuserat och anpassat sig till sina arbetsuppgifter där närvaro och frånvaro krav kommer i andra hand.

Andelen icke långtidsfriska sjönk också med ökat antal närvarokrav. Den största andelen icke långtidsfriska utgörs sannolikt av sjuknärvaro då analys av rapporterad sjukfrånvaro och långtidsfriskhet angav 20 personer (38%) att de ej är långtidsfriska men att i samma grupp så har 12 personer ej varit sjukfrånvarande senaste året och 5 personer hade en sjukfrånvaro på mindre än 5 dagar det senaste året. Det förefaller som om sjuknärvaron minskar med ökat antal anpassningsmöjligheter.

Inledning

I regeringsförklaringen 2002 deklarerade Göran Persson att en fortsatt god ekonomiskt utveckling kräver en bred uppslutning kring två stora arbetsuppgifter – båda helt avgörande för vårt lands framtid. Vi måste göra arbetslivet mänskligare och vi måste minska sjukskrivningarna. Regeringens mål för sjukskrivningar är att halvera antalet sjukdagar fram till år 2008. Parallellt ska antalet förtidspensioneringar varje år minska. Den offentliga sektorn ska gå före och vara en mönster arbetsplats (Göran Persson 2002-10-01).

Sjukfrånvaron kan orsakas av förhållanden på arbetsplatsen, individuella egenskaper och/eller frånvaro av hälsa. God hälsa ses som ett mycket eftersträvarsvärt mål av de flesta människor och kan definieras som ett tillstånd av välbefinnande. En bibehållen hälsa är en förutsättning för ett gott liv som kan definieras som ett långt hälsosamt liv fyllt av positiva upplevelser. Arbetslivet har en avgörande betydelse för folkhälsan. Även om orsakerna till ohälsa i betydelsen som nedsatt hälsotillstånd bara delvis beror på arbetsplatsförhållandena så är det viktigt att skapa hälsofrämjande processer som leder till en god och utvecklande arbetsmiljö.

Det är framför allt två begrepp, promotion och prevention som är intressanta när det gäller diskussionen om hälsa och ohälsa. Prevention riktas mot en specifik riskgrupp där riskfaktorer identifieras med målet att minska eller eliminera dessa faktorer. Promotion riktar in sig på att skapa stödjande processer som ger förutsättningar för bättre hälsa för alla på en arbetsplats. De viktigaste begreppen för hälsobefrämjande på arbetsplatsen är ledarskap, resurser och egen kraft. I det hälsobefrämjande arbetet kan det ingå allt som syftar till att stödja och verka för att människor mår bra.

Många företag är aktiva i sitt hälsoinriktade arbete och har arbetat på lokal nivå där de utgått ifrån sina egna verksamheter och utvecklat en hälsobefrämjande process som passade den egna organisationen. Några företag har använt den så kallade Luxemburg deklARATIONEN utvecklad inom det europeiska nätverket som ett stöd för att på lokal nivå kunna diskutera och bestämma vad som ingår i den hälsobefrämjande process (EU 2005). Studier har visat att förutom lokal förankring och gemensam syn sågs ledningens stöd som avgörande för ett framgångsrikt hälsobefrämjande arbete (Bergholtz 2000).

Svenska interventionsstudier

Källestål och medarbetare har presenterat en översikt av svenska studier där effekten av intervention studerades. Sökningarna omfattade åren 1990 till 2004 och resulterade i 110 kunskapsöversikter som efter en granskning av två personer gällande kvalitet kvarstod 36 studier. Nio behandlade övergripande hälsobefrämjande insatser på arbetsplatser var effektiva.

Sex kunskapsöversikter behandlade förebyggande av nacke, rygg och besvär ifrån rörelseorganen. I fyra studier var träning effektiv för att förebygga ryggsmärta. Inga säkra slutsatser gällande övriga rörelseorgan. Åtta kunskapsöversikter behandlar arbetsolycksfall, skador, säkerhetsbefrämjande och våld. Ett begränsat stöd finns för att interventioner kan minska antalet skador. Åtta artiklar behandlar kostförändringar och eller viktminskning, fysisk aktivitet och insatser mot hjärt-kärlsjukdomar och högt kolesterolvärde. Insatser mot hjärt-kärlsjukdomar gav en viss effekt framför allt om individuell rådgivning ingick. Intervention för att minska kroppsvikten gav inga säkra långtidseffekter. I gruppen med övriga studier visade att två rökfria arbetsplatser minskar rökningen bland arbetstagarna. Stresshanteringsprogrammen var svåra att bedöma då ett flertal olika metoder användes. Författarna drog slutsatsen att åtgärder för att stärka den psykosociala miljön är få och bör ökas. Studier på organisationsnivå föreslås även stimuleras (Carina Källestål (redaktör) 2000).

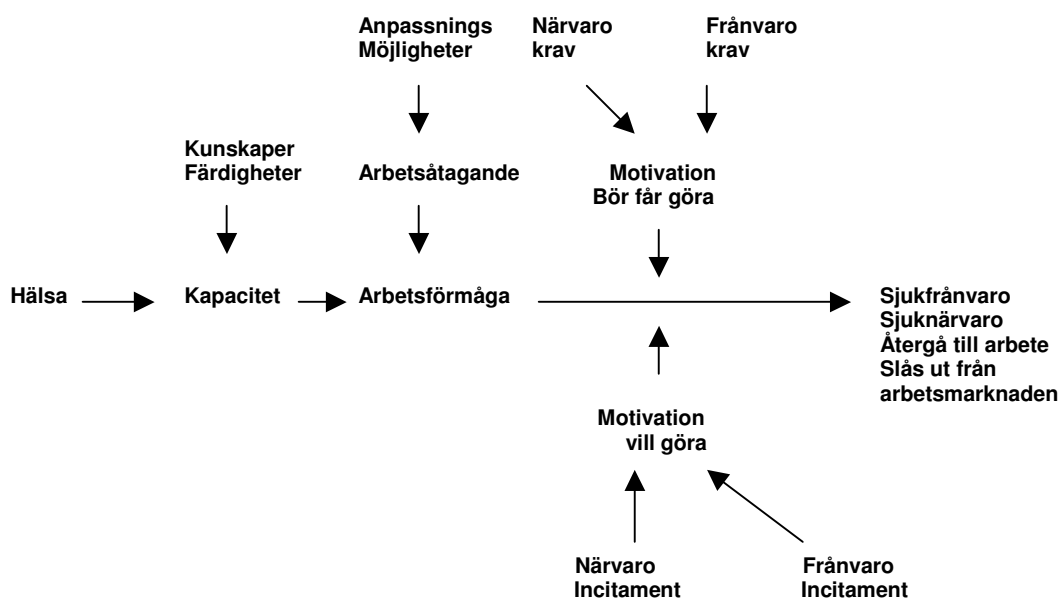
Folksams hälsoindex

Folksams hälsoindex redogör för alla sjukskrivningar och långtidssjukskrivna i Sveriges kommuner och bland alla bolag noterade vid Stockholmsbörsen. Under 2005 för privat sektor hade totalt 235 börsbolag fått hälsobetyg utifrån uppgifter ifrån bolagens årsredovisningar 2004. Bolag med fler än 10 anställda ska redovisa sjukfrånvaron i sin årsredovisning. Sjukfrånvaron var 42 % lägre bland anställda inom börsbolagen än bland kommun anställda. Långtidssjukfrånvaron som står för större delen av den samlade

sjukfrånvaron var 54 % lägre inom börsbolagen. Långtidssjukfrånvaron utgjorde för börsbolagen 57 % och kommunerna 73 % av andelen av den totala sjukfrånvaron. Närmare 100 000 människor i Sverige är i behov av rehabilitering för att kunna börja arbeta igen. Enligt Folksam studier skulle kvalificerad rehabilitering kunna medföra att minst hälften av alla sjukskrivna med rehabiliteringsbehov kunna återgå i arbete. Det skulle minska sjukförsäkrings kostnaden med 4 miljarder (Folksam 2005).

Sjukflexibilitetsmodellen

Sjukflexibilitetsmodellen som introducerades av Gun Johansson och Ingvar Lundberg är ett försök i att utveckla en modell för sjukfrånvaro som ohälsorelaterad handling (Johansson and Lundberg 2002). Beslutet om att gå till jobbet eller inte bestäms av villkor i och utanför arbetet och det handlingsutrymme som finns. Ibland kan handlingsutrymmet vara så begränsat så att endast ett alternativ uppfattas som möjligt. Detta kan vara när långtidssjukskrivning avslutas med sjukersättning. Ohälsa minskar ofta individens arbetsförmåga. Kapaciteten beror på individens kunskaper och färdigheter. En individ med högre kapacitet kan antas tåla mera ohälsa och bibehålla arbetskapaciteten. Arbetsåtagandet styrs ofta via ett anställningskontrakt. Vid ohälsa kan arbetstagaren i olika utsträckning välja mellan vilka arbetsuppgifter som man kan klara av ex vis genom att korta ner arbetsdagen, arbeta i lugnare takt eller arbeta hemma. Personer med stort beslutsutrymme har större möjlighet att stanna kvar i arbete. Ex en kranförare som har stukat fotleden kan arbeta på förrådet med kontorsarbete.



Figur 1. Sjukflexibilitetsmodellen (Johansson and Lundberg 2002).

Närvarokrav beskriver negativa konsekvenser av att utebli som gör att människor trots ohälsa anser att de bör gå till arbetet respektive inte får stanna hemma. Arbetskamrater kan få mer att göra, arbetsuppgifter ackumuleras eller verksamheter måste ställas in om man är borta. Att inte kunna stanna hemma på grund av ekonomiska skäl eller rädsla för att förlora jobbet kan vara ett närvarokrav.

Frånvarokrav beskriver negativa konsekvenser av att gå till jobbet vid ohälsa. Om man är förkyld och riskerar att smitta arbetskamrater eller om man är oönskad på arbetet kan utgöra frånvarokrav.

Närvaroincitament utgör förhållanden som gör att människor går till jobbet trots ohälsa. Behov av socialt stöd ifrån arbetskamrater, utvecklande och stimulerande arbetsuppgifter kan utgöra ett sådant incitament.

Frånvaroincitament beskriver förhållanden som gör att man uteblir ifrån jobbet. Meningsfulla fritidsaktiviteter, omsorg om familjemedlemmar kan utgöra ett sådant incitament.

Med sjukflexibilitetsmodellen som utgångspunkt har några studier genomförts av närvarokrav och anpassningsmöjligheter. I en studie genom slumpmässigt urval av befolkningen i Stockholm län 1998 (Johansson and Lundberg 2004) insamlades uppgifter via enkät där cirka 6500 yrkesverksamma individer ingick i analysen. De som hade små anpassningsmöjligheter hade större sannolikhet att vara sjukskrivna. Sambandet var svagare än förväntat och var statistiskt signifikant hos kvinnor. Anpassningsmöjligheter visade inget samband med sjuknärvaro. De som hade höga närvarokrav hade lägre sjukfrånvaro och högre sjuknärvaro.

I nästa studie av anpassningsmöjligheter (Johansson and Lundberg 2003) där studerades långtidssjuka och uppgifter om man hade möjligheter att anpassa arbetet under nio specifika förhållanden. Om man vid ohälsa kunde 1. välja bland arbetsuppgifter 2. skjuta upp vissa arbetsuppgifter 3. få hjälp av arbetskamrater 4. arbeta långsammare 5. påverka raster 6. förkorta arbetsdagen 7. gå hem och utföra arbetet senare 8. arbeta ostört på arbetsplatsen 9. arbeta hemma.

Urvalet bestod av privatanställda tjänstemän som år 2000 varit sjukfrånvarande minst 90 dagar. Ett år senare erhöll de en enkät där de fick beskriva anpassningsmöjligheter och om det återgått i arbete. Resultatet visade ett starkt samband mellan antal anpassningsmöjligheter och om man hade återgått i arbete. Av de som saknade anpassningsmöjligheter hade 32 % av männen och 45 % av kvinnorna helt eller delvis återgått i arbete. Bland dem som hade samtliga nio anpassningsmöjligheter hade 87 % av både män och kvinnor återgått i arbete. I en uppföljande enkät 2002 visade att antal anpassningsmöjligheter inte sammanhängde med sjukfrånvaro mellan 1-7 dagar/år. Det fanns ett samband mellan antal anpassningsmöjligheter och sjukfrånvaro 30 dagar eller mer per år.

Ledarskapets betydelse

Ledarskapets betydelse för långtidsfriska och långtidssjuka har studerats bland kommunalanställda i Habo kommun. Antalet innevånare i kommunen är knappt 10 000. I kommunen finns ett väl diversifierat småskaligt näringsliv med vissa stora arbetsgivare (Isakssons, NEFAB). Andelen kommuninnevånare med utländsk bakgrund är lägre än genomsnittet. Andelen friska var 46 %, korttidssjuka < 7 dagar (29 %), sjuka 7-40 dagar (15%), sjuka 41-100 dagar (5%), sjuka > 100 dagar (5%). Genomsnittssjukfrånvaron var 27,4 dagar per anställd i kommunal verksamhet. 438 personer besvarade en SLOT-G enkät som visade att ju nöjdare personalen var med arbetsklimatet/ledarskapet desto större andel långtidsfriska fanns på arbetsplatserna med en korrelation $R = 0.58$ vilket är signifikant $p = 0.004$. Andelen långtidssjuka visade en svag negativ korrelation till ökad arbetstillfredsställelse/nöjdhet vilket indikerade att även långtidssjukfrånvaron påverkas av ett bra arbetsklimat/ledarskap (Thorfinn 2003).

Akzo Nobel

Akzo Nobel är ett holländskt företag producerar läkemedels produkter, färg och kemikalier med 70 000 anställda i 75 länder. Ett antal av Akzo Nobels företag är lokaliserade i Stockvik en mil söder om Sundsvall som har cirka 500 anställda. Det är ett integrerat

fabriksområde som producerar olika kemikalier i synergi med varandra. Produkterna inkluderar klordioxid för blekning av pappers massa, hartser och lim för tillverkning av spånskivor och expanderbara polymer microsfärer. Expancel bildades 1980 som tillverkar microsfärer som är ett plast skal innehållande en gas som finns i expanderad och oexpanderad form. Det används i ett flertal olika produkter bland annat bläck till skrivare, papper, textil, polyuretan, pvc plast.

Akzo Nobel Surface chemistry (Övre Fabriken) tillverkar kemiska ämnen som ingår i produkter för hår och hudvård, rengöringsmedel och vattenbaserad färg. Produkterna används också vid textilframställning i väg beläggningar och djurfoder.

Akzo Nobel är inne i rationaliseringsprocess där olika stödjande funktioner som inte tillhör kärnverksamheten sannolikt kommer att konkurreras ut för att minska kostnader.

Transport, underhåll, mekaniska och elverkstaden har en osäker framtid vad gäller driftsformen och antal arbetstillfällen. Det finns en ökad oro och osäkerhet som speglar sig i besöken vid företagshälsovården. Det är av intresse att undersöka hur den psykosociala miljön är för arbetsledare, personer med personal ansvar och högre chefer i relation till långtidsfriskas arbetsvillkor.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är försöka finna faktorer som ligger till grund för en hälsosam arbetsmiljö och som kan avspeglas i låg sjukfrånvaro och en bra självrapporterad hälsa. Studien kartlägger den psykosociala arbetsmiljön hos personal med personal ansvar, arbetsledare och högre chefer. Finns det samband mellan närvarokrav, frånvarokrav, anpassningsmöjligheter, arbetsledning och långtidsfriska individer? Hur ser lång och korttidsfrånvaron ut?

Undersökt grupp

Sextiotre tjänstemän, 39 män och 14 kvinnor med personal ansvar, arbetsledare och högre chefer vid Stockviksverken, Akzo Nobel inbjöds att delta i enkäten gällande deras psykosociala arbetsmiljö vid ett informationsmöte.

Metod

Data insamlades via ett databaserat frågeformulär med validerade frågor som valdes ut ifrån SF36. HaKul studien gällande allmänna frågor, frågor om hälsa, livsstil, och arbete. Frågor om anpassningsmöjligheter, närvarokrav, närvaroincitament inhämtades från Johansson och Lundbergs studie gällande sjuflexibilitetsmodellen (Johansson and Lundberg 2002). Enkäten besvarades via internet ifrån valfri dator ifrån den 31 januari till den 17 februari med frågor av Likert-typ som hade bundna svarsalternativ, det vill säga påståenden/frågor med svarsalternativ enligt en 3-5 gradig skala ifrån Oftast/alltid till Sällan/aldrig. Personer med personal ansvar, arbetsledare och chefer inbjöds till en frivillig undersökning genom ett informations möte. Ett brev med information om enkäten och en personlig svars kod delades ut vid mötet den 17 februari och icke närvarande personer fick inbjudan via internposten. Svars koden användes för att bara inbjudna deltagare svarar på enkäten som sedan raderas vid databearbetning så att deltagarna är anonyma.

”Hälsa” efterfrågades med frågorna, i allmänhet skulle du vilja säga att din hälsa är? Jämfört med ett år sedan hur skulle du bedöma ditt allmänna hälsotillstånd nu?

”Anpassningsmöjligheter i arbetet” studerades genom frågorna ”På vilket sätt kan du anpassa ditt arbete om du känner dig hängig, har värk, är förkyld eller liknande?” Kan du

1. Välja bland arbetsuppgifter
2. Skjuta upp vissa arbetsuppgifter
3. Få hjälp av andra arbetskamrater
4. Arbeta långsammare
5. Påverka raster
6. Förkorta arbetsdagen
7. Gå hem och utföra arbetet senare
8. Arbeta ostört på arbetsplatsen
9. Arbeta hemma

Svarsalternativet oftast eller alltid gavs värdet lika med 1 och sedan summerades svaren i fråga 1-9 för varje deltagare.

"Närvarokrav" studerades genom frågorna - Om du stannar hemma på grund av sjukdom kan din frånvaro få följande konsekvenser?

1. Går du till jobbet ändå för att du får mindre ekonomisk ersättning när du är hemma
2. Går du till jobbet ändå för att du är rädd att förlora jobbet
3. Ingen kan överta arbetsuppgifter
4. Får mer att göra då jag kommer tillbaka till jobbet
5. Mina arbetskamrater för mer att göra
6. Möten eller andra verksamheter måste ställas in
7. Klienter eller kunder blir lidande

Svarsalternativet oftast eller alltid gavs värdet lika med 1 och sedan summerades svaren i fråga 1-7 för varje deltagare.

"Närvaroincitament" studerades genom frågorna - Om du känner dig hängig har värk är förkyld eller liknande

1. Går du till jobbet ändå för att du upplever ditt arbete som roligt och stimulerande?
2. Går du till jobbet ändå för att du har en bra kontakt med dina arbetskamrater?

"Frånvarokrav" studerades genom frågan - Har du någon gång under det senaste året upplevt krav ifrån arbetet på att du skall prestera 100 % och att om du inte kan prestera det så är det lika bra att du stannar hemma?

Balansen mellan krav i arbetet och de egna kunskaper och färdigheter studerades med frågan - Hur stämmer kraven i ditt arbete med dina kunskaper och färdigheter?

Den psykosocialarbetsmiljön studerades med frågor gällande den egna arbetsmiljön, kompetens, stöd och förtroende för sin arbetsledning rangordnades och sammanställdes de individer som hade svarat oftast eller alltid på frågorna/ påståenden, resultatet uttryckts i procent av hela gruppen. Om du känner dig hängig har värk är förkyld eller liknande – går du till jobbet ändå för att du upplever ditt arbete som roligt och stimulerande? , går du till jobbet ändå för att du har en bra kontakt ned dina arbetskamrater?

Den statistiska analysen genomfördes med hjälp av data programmet SPSS där enkätsvaren redovisas i både antal individer och procentsatser. Signifikansen beräknades ej på grund av gruppernas storlek.

Resultat

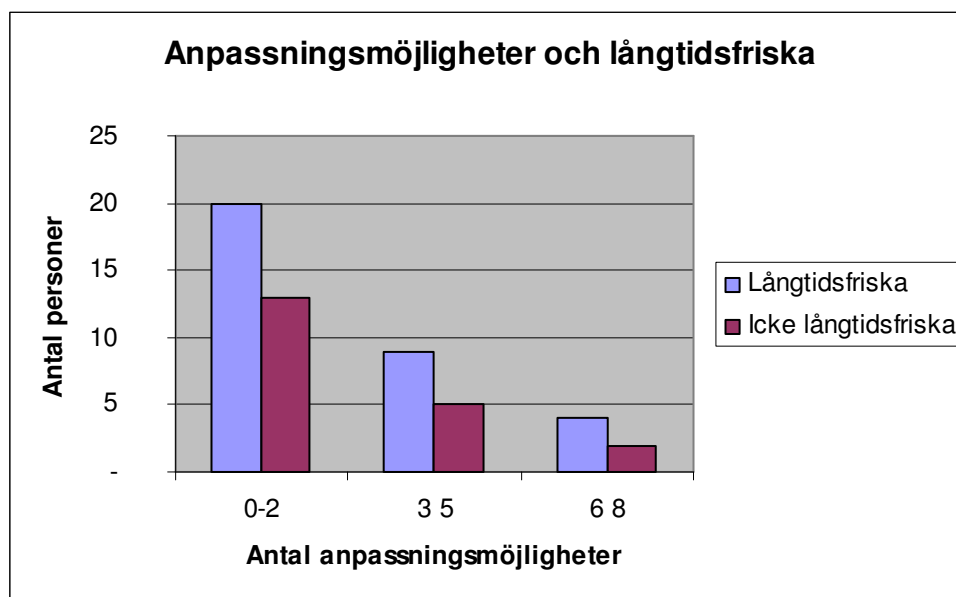
53 av 63 personer (84 %) besvarade enkäten, 21 högre chefer, 18 förstalinje chefer och 14 arbetsledare. Åldersfördelningen var 1 person 16-29 år, 30 personer 30-49 år och 22 personer 50 år eller äldre. De flesta var gifta, 37 personer (70%), 12 sammanboende (23%) och 4 ensamstående (7%). De flesta som svarade på enkäten 31 stycken arbetar på Expancel, 10 ifrån Övre fabriken, 5 ifrån Casco, 4 ifrån Eka och 3 personer ifrån Karbiden där könsfördelningen totalt sett var 39 män och 14 kvinnor. Bortfallet på 10 personer var jämt fördelat mellan olika arbetsplatserna och ålder. De flesta hade en lång yrkeserfarenhet där den största gruppen med 16 personer hade arbetat 20 år eller mera. 13 personer hade arbetat mellan 11-19 år, 12 personer har arbetat 5-9 år och 12 personer 0-4 år.

Två av tre personer motionerar regelbundet minst 20 minuter på fritiden 2-3 gånger i veckan. Tre av fyra personer (39 personer, 74%) sover oftast eller alltid bra. Det fanns ingen större skillnad i motions och sömnvanor hos långtidsfriska och icke långtidsfriska. Åtta av tio (43 personer, 81 %) uppskattade sin hälsa som mycket god eller god och två av tre uppskattade sin hälsa som oförändrad jämför med föregående år. Den självrapporterade sjukfrånvaron visade att 30 personer (57 %) inte varit sjukfrånvarande senaste året, 18 personer (34%) har varit sjukfrånvarande 1-5 dagar senaste året, 4 personer har varit sjukfrånvarande 6-10 dagar och 1 person har en sjukfrånvaro mer än 24 dagar det senaste året. Andelen långtidsfriska är 62% (33 av 53 personer), där den som är långtidsfrisk per definition under den senaste 2 års perioden haft högst ett tillfälle av sjuknärvaro och högst ett tillfälle av sjukfrånvaro per år och då som mest 5 dagar.

Vid analys av rapporterad sjukfrånvaro och långtidsfriskhet angav 20 personer (38%) att de ej är långtidsfriska men att i samma grupp så har 12 personer ej varit sjukfrånvarande senaste året och 5 personer hade en sjukfrånvaro på mindre än 5 dagar det senaste året. Dessa 17 personer (32%) har antingen haft en sjukfrånvaro mer än 5 dagar föregående år men med tanke på den långa sjukfrånvaron så utgör den största andelen sannolikt av sjuknärvaro.

Anpassningsmöjligheter

De flesta hade få anpassningsmöjligheter, 26 personer (49%) angav 0-2 anpassningsmöjligheter, 13 personer (25%) hade 3-5 anpassnings möjligheter och 6 personer (11%) hade 6-8 anpassningsmöjligheter. Svaren i diagrammet är uppdelade i långtidsfriska och icke långtidsfriska i de tre indelade grupperna.



Figur 2. Antal anpassningsmöjligheter hos långtidsfriska och icke långtidsfriska personer.

Den största andelen långtidsfriska 20 personer fanns i gruppen med 0-2 anpassningsmöjligheter och sjönk sedan med ökande anpassningsgrader (figur 2).

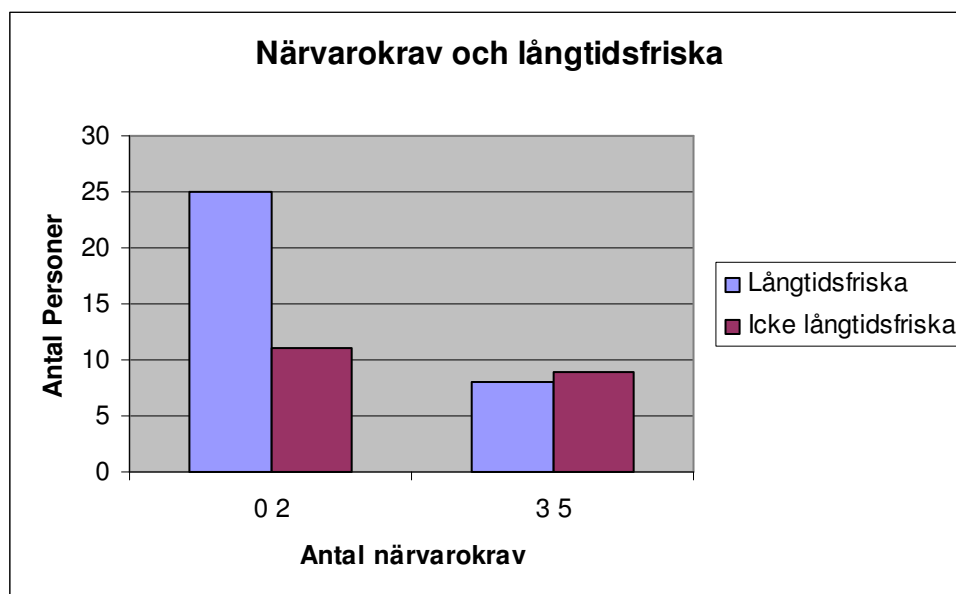
Andelen sjukfrånvarande sjönk med ökat antal anpassningsmöjligheter.

Vid analys av rapporterad sjukfrånvaro och långtidsfriskhet angav 20 personer (38%) att de ej är långtidsfriska men att i samma grupp så har 12 personer ej varit sjukfrånvarande senaste året och 5 personer hade en sjukfrånvaro på mindre än 5 dagar det senaste året.

Självrapporterad hälsa och anpassningsmöjligheter studerades där den största gruppen som hade 0-2 anpassningsmöjligheter angav 21 av 53 (40%) angav en god till utmärkt hälsa och 2 (4%) med någorlunda hälsa. I gruppen med 3-5 anpassningsmöjligheter angav 8 (15%) personer en god till utmärkt hälsa, 2 (4%) personer någorlunda hälsa. I gruppen med 6-8 anpassningsmöjligheter angav 4 (8%) en god till utmärkt hälsa och inga personer en någorlunda hälsa.

Närvarokrav

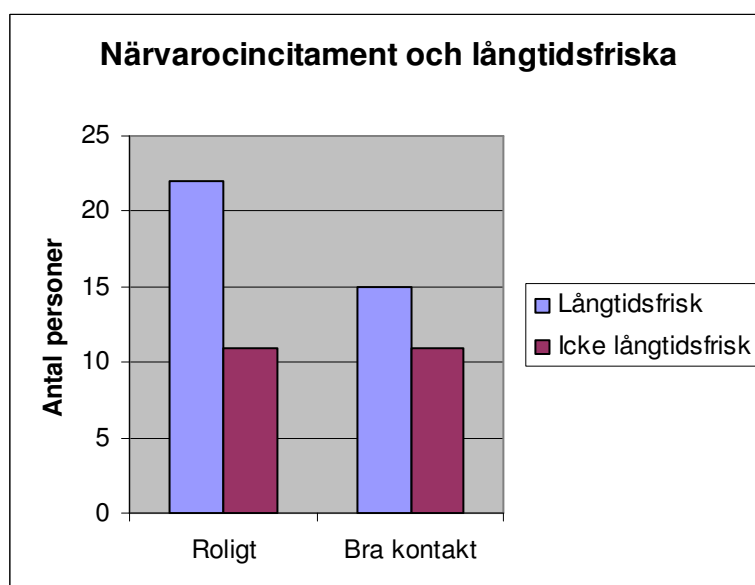
Den största gruppen med 25 personer som var långtidsfriska angav inga till två närvarokrav, 8 personer med tre till fem närvarokrav. I gruppen icke långtidsfriska angav 11 individer inga till två närvarokrav och 9 personer tre till fem närvarokrav (figur 3). Vid analys av närvarokrav och långtidsfriska sågs inget samband mellan ökat antal närvarokrav och långtidsfriska. Den största gruppen med långtidsfriska 15 stycken (28%) angav ett närvarokrav och andelen långtidsfriska sjönk med ökat antal närvarokrav.



Figur 3. Antal närvarokrav hos långtidsfriska och icke långtidsfriska personer.

Närvarocincitament

Den största gruppen med 33 personer (62%) upplevde oftast eller alltid sitt arbete som roligt och stimulerande, 26 personer (49%) upplevde oftast eller alltid att de har en bra kontakt med sina arbetskamrater (figur 4). Andelen långtidsfriska i första gruppen var 22 personer (42%) och i den andra gruppen 15 personer (28%). Personerna som hade roligt på arbetet hade en större andel långtidsfriska.



Figur 4. Närvarocincitament hos långtidsfriska och icke långtidsfriska personer.

Frånvarokrav

Den övervägande delen 47 personer (87%) svarade sällan eller aldrig och andelen långtidsfriska var 28 personer (53%). 4 personer svarade ibland, och 2 personer svarade oftast eller alltid.

Krav, kunskap och ledarskap

Den största andelen 36 personer (68%) svarade att kraven motsvarar mina kunskaper och färdigheter, 15 personer (28%) svarade att kraven var något högre än mina kunskaper och färdigheter. En person i vardera gruppen tyckte att kraven var mycket högre eller längre än mina kunskaper och färdigheter. Andelen långtidsfriska i gruppen som upplevde att kraven motsvarar mina kunskaper och färdigheter var 22 personer (42%) och 14 personer (26%) var inte långtidsfriska. Två olika arbetsplatser jämfördes, Expancel där 23 av 31 personer (74%) och i övre fabriken svarade 4 av 10 personer (40%) att kraven i arbetet motsvarade mina kunskaper och färdigheter. 7 av 31 personer (23%) i Expancel och 5 av 10 personer (50%) i övre fabriken svarade att kraven var något högre än de egna kunskaperna och färdigheterna. Alla kvinnor 14 stycken, 33 av 39 män (85%) var alltid eller oftast nöjda med kvaliteten på arbetet.

Vid genomgång av frågor gällande den egna arbetsmiljön, kompetens, stöd och förtroende för sin arbetsledning rangordnades och sammanställdes de individer som hade svarat oftast eller alltid på nedanstående påståenden, resultatet uttrycks i procent.

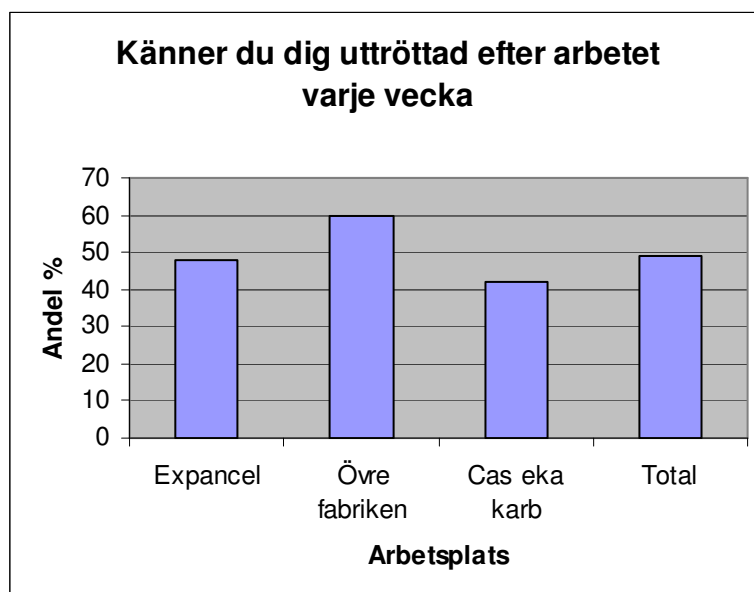
Tabell 1. Arbetsmiljöfrågor som besvarats med ofta eller alltid uttryckt i procent av hela gruppen.

Arbetsmiljöfrågor som besvarats med ofta eller alltid	Andel %
Alltid för det mesta nöjd med kvaliteten på arbetet	89%
Förtroende för min arbetsledning	87%
Målen för mitt arbete är tydliga	87%
Får den kompetensutveckling du anser dig behöva	87%
Tydlig klargjort vilket ansvar och befogenhet som jag har	85%
Får alltid eller oftast stöd av sin chef	74%
Arbetsuppgift som är obehaglig, rädd att inte klara av	51%
Respektlöst kränkande språk 1dag/v – 2 dagar/månad	8%
Diskriminerad mobbad, sexuellt trakasserad på arbetet	4%

Trötthet.

Trötthet efter en hel arbetsdag efterfrågades där 26 personer (49%) svarade att de varje dag eller någon dag i veckan känt sig helt uttröttade efter en hel arbetsdag (figur 6.6).

Svarsfrekvensen för arbetsplatserna var för Expancel 15 av 31 (48%), Övre fabriken 6 av 10 (60%), Casco Eka och Karbiden 5 av 12 (42%).



Figur 5. Personer med trötthet någon dag varje vecka på olika arbetsplatser.

Hälften av medarbetarna upplever att de varje dag eller någon dag i veckan känt sig helt uttröttade efter en hel arbetsdag som överensstämde med SCB arbetsmiljöundersökning där 42 % av männen och 46% av kvinnorna kände sig kroppsligt uttröttad efter arbetet varje vecka.

Möjligheten att bestämma över den egna arbetstakten skiljde sig inte för männen men var högre för kvinnorna där 24 av 39 män (62%) och 10 av 14 kvinnor (71%) kunde bestämma arbetstakten under halva arbetstiden eller mer, motsvarande siffror för männen var 58 %, kvinnor 43 % i SCB Arbetsmiljöundersökning 2003 (SCB 2003).

Vid genomgång av möjligheten att påverka den egna arbetstakten och sjukfrånvaro mindre än fem dagar senaste året visade att den största gruppen 32 av 53 (60%) kunde bestämma sin arbetstakt i mer än hälften av sin arbetstid och 15 av 53 (28%) kunde bestämma sin arbetstid i mindre än en fjärdedel av arbetstiden. Högre chefer hade den största möjligheten att påverka den egna arbetstakten, 17 av 21 personer (81%), första linje chef 11 av 18 personer (61%) och arbetsledare 4 av 14 (43%).

Övriga synpunkter

22 av 53 personer (42%) lämnade svar i frågan om övriga synpunkter. Nästan alla synpunkter handlade om en mycket stressig arbetssituation som inte riktigt framkommer i enkätfrågorna. De flesta har bra stöd ifrån sin chef och trivs bra med sina arbetskamrater men styrs mycket av krav uppifrån ledningen i Holland med ständiga omstruktureringar. En del balanserar på en skör tråd och funderar på att söka sig ett annat arbete för att "överleva". Det är så stressigt ibland att man inte hinner återhämta vid nya arbetsuppgifter, finns aldrig lugnare perioder. Det gäller att kunna säga nej och försöka prioritera men situationen är inte hållbar i längden.

Några känner att stödet ifrån många chefer inte är tillräckligt. Situationen är för många medarbetare allt för stressig. Chefer och medarbetare måste träna sig i att kunna stötta och hjälpa i dessa frågor.

Det är viktigt att kunna vända tankar och fokusera på att de egna värderingar styr, man skall inte genomföra saker som man inte tror på. Då gör man avkall på sina grundvärderingar och riskerar därmed att drabbas av utmattningsdepressioner.

Det kommer hela tiden förändringar och med den följer en otydlighet som skapar osäkerhet i organisationen. Då är det viktigt att kunna plocka fram inre drivkrafter och en tro på att jag kan!

En del respekterar inte andras arbeten och tid på arbetsplatsen. Många i högre befattning förstår inte hur mycket arbete som krävs i det operativa arbetet. En del har bortförhandlat övertid men som chef förväntas ändå arbeta 150 timmar övertid.

En bristande kompetens på olika nivåer innebär att en del medarbetare får allt för mycket att göra. Svårigheten är att acceptera att jag inte får vissa saker gjorda på grund av tidsbrist.

Några tycker att rutinerna för introduktion till nya tjänster är urusla, man förväntas fixa det helt själv. En viss favorisering av personal förekommer.

Diskussion

Vår studie visade att den största andelen av Akzos chefer, arbetsledare och personer med personalansvar hade mindre sannolikhet att vara sjukfrånvarande vid få anpassningsmöjligheter och närvaro krav. Den största andelen långtidsfriska 20 personer fanns i gruppen med 0-2 anpassningsmöjligheter och sjönk sedan med ökat antal anpassningsmöjligheter. Den största gruppen med långtidsfriska 12 stycken (27%) angav ett närvarokrav och andelen långtidsfriska sjönk med ökat antal närvarokrav. Motsatt resultat sågs i Johansson och Lundbergs studie i Stockholms län 1998 som visade att de som hade små anpassningsmöjligheter har större sannolikhet att vara sjukskrivna och de som hade höga närvarokrav hade lägre sjukfrånvaro.

En möjlig förklaring är att långtidsfriska chefer och arbetsledare på Akzo hade en hög arbetsbelastning som minskar anpassnings möjligheter samt att långtidsfriska individer gynnas av en tydlig struktur i arbete och krav som upplevs som rimliga. Långtidsfriska individer kan ha fokuserat och anpassat sig till sina arbetsuppgifter där närvaro och frånvaro krav kommer i andra hand.

Andelen icke långtidsfriska sjönk också med ökat antal närvarokrav. Den största andelen icke långtidsfriska utgörs sannolikt av sjuknärvaro då analys av rapporterad sjukfrånvaro och långtidsfriskhet angav 20 personer (38%) att de ej är långtidsfriska men att i samma grupp så har 12 personer ej varit sjukfrånvarande senaste året och 5 personer hade en sjukfrånvaro på mindre än 5 dagar det senaste året. Det förefaller som om sjuknärvaron minskar med ökat antal anpassningsmöjligheter.

Akzo Nobels chefer hade en högre andel långtidsfriska individer 66 % jämfört med 32 % i Aronssons studie om långtidsfriskas arbetsvillkor (Aronsson 2004).

Det fanns inga större skillnader vad gäller arbetsplats och arbetsuppgifter och andelen långtidsfriska som var relativt jämt fördelat. Andelen långtidsfriska per arbetsplats var för Expancel 19 av 31 (61%), Övre fabriken 7 av 10 (70%) och för övriga (Casco, Eka och Karbiden) 7 av 12 (58%). Andelen långtidsfriska för olika arbetsuppgifter visade att 14 av 21 (66%) högre chefer, 11 av 18 (61%) och arbetsledare 8 av 14 (57%) var långtidsfriska.

Den höga andelen som får stöd ifrån sin chef kan bidra till den höga andelen långtidsfriska. Stödet ifrån högre chef är högre jämfört med SCB arbetsmiljöundersökning. Sju av tio känner att de alltid eller oftast får stöd av sin chef. En av 14 kvinnor (7%) och 5 av 39 män (13%) angav att de sällan fick stöd ifrån sin chef som är lägre jämfört med SCB arbetsmiljöundersökning där 38 % av männen och 31 % av kvinnorna för det mesta inte, aldrig fick stöd och uppmuntran ifrån sina chefer. I studien om långtidsfriskas arbetsvillkor var de största procentuella skillnaderna om det fanns möjlighet att få stöd från chef när arbetet känns besvärligt (42 % bland de som upplever att de alltid kan få stöd ifrån chefen tillhörde gruppen långtidsfriska)(Aronsson 2004).

En högre andel av medarbetare är nöjda med kvaliteten på arbetsuppgifterna vilket kan bidra till den höga andelen långtidsfriska. Undersökningen visade att nio av tio medarbetare anser att målen, ansvaret och befogenheten för sina arbetsuppgifter är tydliga och är för det mesta nöjd med kvaliteten på arbetsuppgifterna och kompetensutvecklingen. I SCB arbetsmiljöundersökning 2003 var 71 % av männen och 73 % av kvinnor i det stora helt nöjd med arbetet (SCB 2003). I studien om långtidsfriskas arbetsvillkor fanns det stora

skillnader för de som är nöjda med kvaliteten på arbetet (36% långtidsfriska) och de som inte är nöjda (12% procent långtidsfriska) (Aronsson 2004).

Två av tre personer upplevde oftast eller alltid sitt arbete som roligt och stimulerande och hälften att de hade en bra kontakt med sina arbetskamrater. Största andelen långtidsfriska återfanns i gruppen som hade roligt på arbetet. Nio av tio hade inga frånvarokrav. Att ha roligt på arbetet och ha bra kontakt med sina arbetskamrater verkar öka sannolikheten för att vara långtidsfrisk.

Balansen mellan kraven i arbetet och de egna färdigheter stämde väl överens för sju av tio medarbetare som angav att kraven motsvarade mina kunskaper och färdigheter, en av tre angav att kraven var något högre. Det fanns en viss skillnad hos långtidsfriska personer där fyra av tio angav att kraven och kunskaperna motsvarade mina kunskaper och färdigheter, andelen för icke långtidsfriska var en av fyra. Inga säkra slutsatser kan dras på grund av gruppernas storlek. Det förefaller dock som om att en arbetsmiljö där kraven motsvarade arbetstagarens kunskaper och färdigheter ökar möjligheten för långtidsfriskhet.

Hälften har under det senaste året haft någon arbetsuppgift som upplevs som obehaglig och är rädda för att de inte klarar av. Det är ett möjligt problemområde där stödet ifrån högre chef/arbetsledare behöver utvecklas.

Inga kvinnor och 5 % av männen har under det senaste året känt sig diskriminerade, mobbad, sexuellt trakasserad eller på annat sätt kränkt på arbetet. Andelen för kvinnorna var låg och för männen var andelen jämförbar med SCB arbetsmiljöundersökning där personlig förföljelse/mobbning ifrån chefer, arbetskamrater var för män och kvinnor var 8 %, sexuella trakasserier ifrån chefer, arbetskamrater var för män 1,2 % och kvinnor 2,2 % i SCB arbetsmiljöundersökning (SCB 2003). Vid analys av långtidsfriska och kön så fanns det ingen skillnad mellan grupperna. I HaKul studien ökade risken för långtidssjukskrivning vid utfrysning. Att kvinnorna inte känt sig diskriminerade kan bidra till en bra arbetsmiljö och att de håller sig långtidsfriska. En liten jämförbar del män kände sig diskriminerade men det verkade ej påverka andelen långtidsfriska. En möjlig förklaring är att det finns en policy för kränkande särbehandling som kan vara ett stöd.

Fyra av tio medarbetare som svarade på frågan övriga synpunkter så hade sju av tio en mycket stressig arbetssituation. Arbetet styrdes mycket av krav ifrån högre ledning med omstrukturering för att minska kostnader och öka lönsamheten. Det fanns inga lugnare perioder med tid för återhämtning. En del balanserade på en skör tråd och funderade på att söka annat arbete. Den upplevda stressiga arbetsmiljön hade inte gett utslag vad gäller andelen långtidsfriska som fortfarande är hög. Medarbetarna bör ha kunskaper i stressrelaterade symptom för att kunna intervensera i ett tidigt stadium innan det leder till sjukskrivning och ökad problemkomplexitet.

Slutsats

Den stressiga arbetsmiljön är ett möjligt problem som inte har avspeglats i andelen långtidsfriska som fortfarande är hög. Det är möjligt att begreppet långtidsfrisk inte är ett bra mått för att spegla den psykosociala arbetsmiljön hos chefer, arbetsledare och personer med personalansvar på Akzo då en majoritet var långtidsfriska och andelen icke långtidsfriska utgörs sannolikt till största delen av sjuknärvaro. De långtidsfriska hade en

stressig arbetsmiljö med tydliga mål och bra stöd ifrån högre chef där de flesta trivdes bra på sitt arbete. Kraven på arbetet motsvarade ofta individens kunskaper och färdigheter, där de långtidsfriska oftast kunde anpassa arbetstakten och var ofta nöjd med kvaliteten på arbetet som utfördes.

En tidig intervention vad gäller symtom på stress är viktig för att minska risken för sjukfrånvaro. En tidig intervention är också viktig hos en sjukfrånvarande individ för att kunna tillvarata rehabiliteringspotentialen och minska problemkomplexiteten som kan öka med tiden.

Rekommendationer

Att alla arbetstagare utbildas i att känna igen tidiga symtom på stress och ohälsa så att en tidig intervention möjliggörs.

Att stöd ifrån chef tydliggörs vad gäller arbetsuppgifter som av underställd personal upplevs som obehaglig eller är rädd för att inte klara av.

Att riktlinjer etableras, ses över för introduktion till ny tjänst, befordran.

Att företagshälsovården arbetar i förebyggande syfte för att minska risken för sjukfrånvaro och utnyttjas som resurs vid hantering av arbetsmiljön.

Referenser

Aronsson, G. (2004). Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie Arbetslivsinstitutet.

Bergholtz, Z. (2000). "Att arbeta förebyggande. Idag syndar jag, men med dåligt samvete. En sociologisk utvärdering av preventionsprojekt Förekom-Hjärta. Lunds universitet 2000."

Källestål C (redaktör), M. B., Ewa Menckel, Anders Schaerström, Lothar Schelp, Cecilia Unge (2000). "Hälsobefrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter." Rapport Folkhälsoinstitutet: 7.

EU. (2005). "Luxenburg deklarationen." from http://www.eu2005.lu/en/actualites/documents_travail/2005/04/26declalux/youthforum.pdf

Folksam (2005). "Folksams rapport om Folkhälsoindex i privat sektor."

Johansson, G. and I. Lundberg (2002). Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar. Sjukflexibilitetsmodellen – utgångspunkter och resultat: 229-242.

Johansson, G. and I. Lundberg (2003). "Anpassningsmöjligheter och återgång i arbete bland långtidssjukskrivna tjänstemän, Slutrapport , Stockholm, Alecta."

Johansson, G. and I. Lundberg (2004). "Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness and flexibility model " Social Science & Medicine 58: 1857-1868.

Marmot M, F. A., Shipley M, North F & Syme SL (1995). "Sickness absense as a measure of health status and functioning: From whitehall study " Journal of epidemiology and Community health 49: 124-130.

Nicholsson, N. (1997). "Absense behavior and attendance motivation: A conceptual synthesis." Journal of management Studies 14: 231-252.

SCB (2003). "SCB Arbetsmiljöundersökning."

Thorfinn, A. (2003). "Ledarskap och hälsa, en studie över ledarskapets betydelse för långtidsfriska och långtidsjuka i Habo kommun." Arbetslivsrapport 9: 75-90.

Vahtera, J., M. Kivimäki, et al. (2001). "The role of extended weekends in sickness absenteeism." Occupational & Enviromental Medicine 58: 818-822.

Kartläggning av arbetsmiljön för 1:a linjens chefer vid ett elektronikföretag

Författare: Björn Franzon

Handledare: Peter Westerholm, Professor em., Arbetslivsinstitutet, Stockholm

Sammanfattning

Bakgrund:

Ett elektronikföretag har de senaste fem åren genomgått en större strukturomvandling. Personalen har minskat från 2500 till ca 1900. Antalet första linjens chefer minskade från 115 till 50 under åren 2001-2004. De senaste två åren har cheferna fått utökade ansvarsområden gällande framför allt ekonomi och nya kundgrupper. Mellan januari 2004 och januari 2006 slutade 22 första linjens chefer av totalt 52 . (42 %)

Frågeställning

1. En kartläggning av första linjens chefers arbetsmiljö och arbetsförhållande önskas.
2. Kan arbetsmiljön vara en bidragande faktor till att så många slutat?

Undersökt grupp

Samtliga första linjens chefer som tjänstgjorde mars 2006.

Metod

Företaget är uppdelat i fem regioner som omfattar hela Sverige. Två chefer per region djupintervjuades.

Informationen från intervjuerna utgjorde underlaget till en enkät som gick ut till samtliga chefer.

Resultat

Sammanlagt 42 av 46 enkäter besvarades (91 %). Arbetstiden för cheferna var hög, i genomsnitt 51-55 tim per vecka. 68 % av cheferna angav att man ändå delvis prioriterade bort sin personal och 80% angav att nya kunder delvis prioriterades bort av tidsskäl.

De allra flesta (95 %) upplevde att såväl arbetets svårighetskrav som kunskapskrav och ansvar ökat de senaste två åren. 21 % av de tillfrågade var nöjda med balansen mellan arbetsliv och privatliv. 79 % var tveksamma eller svarade nej på samma fråga. Flertalet av de tillfrågade (88 %) hade behövt anpassa sitt privatliv på något sätt för att klara den nya chefsrollen.

Av den tillfrågade gruppen anger 17 % att man troligen är kvar som chef om fem år och övriga 83 % är tveksamma eller negativa till att de är kvar som chef vid den tidpunkten. På en öppen fråga om varför man är tveksam att fortsätta angav 29 % hög arbetsbelastning som orsak till att man slutar. 7 % ansåg att toppstyrning var problemet och 10 % ville gå vidare av andra skäl.

Slutsats

I åldersgruppen 40-65 år är åldersfördelningen jämn med ca 15 % pensionsavgång per femårsperiod. Då 42 % slutat enbart de senaste två åren tyder detta på att det finns fler faktorer än enbart pension, som orsak till att cheferna avslutat sin tjänst.

Enkäten visar att cheferna är hårt pressade i sin arbetssituation med såväl uppoffringar av privatlivet som bortprioriteringar av väsentliga arbetsuppgifter som följd.

En överväldigande majoritet av första linjens chefer ansåg att kraven har ökat de sista två åren och att flera än fyra chefer av fem var tveksamma eller neg till att vara kvar i sin

befattning om fem år. Det är därför rimligt att anta att en hög arbetsbelastning har varit en av orsakerna till att så många slutat de senaste två åren.

Inledning

Strukturomvandlingar och besparingar är led i effektiviseringsprocesser för att öka företagets konkurrenskraft. En del sägs upp. Andra får nya arbetsuppgifter. Hur den nya organisationen kommer att fungera kan många gånger vara svårt att förutse.

Ett elektronikföretag stod inför en omstrukturering och hårda besparingskrav 2001.

Antalet anställda var totalt 2500, och arbetsledarna var 115. Under de följande tre åren minskades antalet anställda till 1800. (jan 2004). Vart tredje jobb försvann. De två åren därefter ökade antalet anställda till 1900 (jan 2006).

Arbetsledarna, som från början var 115, minskade till ca 50 (jan 2004). Antalet har varit relativt oförändrat de senaste två åren. Under omstruktureringsprocessen har arbetsledarna fått mer personal att ta hand om. Nya ansvarsområden har lagts till, exempelvis att sälja till nya kunder och att ha ekonomiskt redovisningsansvar för den egna enheten.

Arbetsledartiteln har ändrats så att man nu är första linjens chefer.

Av de 115 ursprungliga arbetsledarna 2001 var 46 kvar i jan 2004. Två år senare (jan 2006) var bara hälften av dessa kvar som arbetsledare. Några har gått i pension, men det kan långt ifrån vara den enda förklaringen till att så många slutat. Frågan har väckts om arbetssituationen i sig kan ha bidragit.

Någon samlad bild av arbetsmiljön för den nya chefsrollen finns inte. I ett framtidsperspektiv kan det dessutom vara oroande om det blir alltför hög omsättning av chefer.

Företaget är rikstäckande och indelat i fem regioner. Varje region är i sin tur indelat i 10 distrikt. Antalet distrikt är ca 50 och kan variera något genom att distrikt slås ihop eller att nya startas. Varje chef har i genomsnitt 40 personer under sig, (variation 30-60).

Syfte och frågeställning

Syftet med undersökningen är att kartlägga arbetsförhållandena för första linjens chefer, speciellt med inriktning på arbetsbelastning och dess eventuella påverkan på privatlivet. Då många chefer har slutat de sista två åren har också frågeställningen väckts om arbetsmiljön kan vara en bidragande faktor till att så många slutat och andra ev kommer att sluta.

Undersökt grupp

Undersökt grupp är samtliga första linjens chefer, totalt 46. Fem av dessa är kvinnor.

Sex personer är under 40 år. I åldersintervallet 40-64, där flertalet befinner sig, är det en jämn spridning av åldrarna. Genomsnittsåldern är 50,1 år.

Metod

Inledningsvis gjordes djupintervjuer med två chefer från varje region. Intervjuerna följde ett i förväg uppgjort formulär. Under intervjun gjordes en beskrivning av den egna enheten, samt hur en normal arbetsvecka ser ut. Arbetsbelastningen på de olika ansvarsområdena penetrerades samt krav, stödfunktioner, resurser och information. Andra områden som diskuterades var möjlighet till egen utveckling, befogenheter samt om det fanns tydliga mål i organisationen. Hela intervjun spelades in på band och tog i genomsnitt 1 tim 20 min.

Informationen från intervjuerna utgjorde grunden till en enkät som sedan gick ut till samtliga chefer.

Den följande enkätundersökningen bestod av 32 frågor. 24 av dessa hade bundna svarsalternativ. Åtta frågor hade utöver bundna svarsalternativ kompletterats med en öppen svarsrad.

De övriga tolv frågorna på enkäten hade ett graderande svar där siffran ett stod för "var inte alls nöjd" och tio stod för "var helt nöjd".

Enkäten följde i stort sett samma inriktning som intervjuerna. Arbetstid och prioriteringar kartlades. Möjligheten att få samt ge information värderades liksom resurser, kvalitet och möjlighet för egen utveckling. Viktigaste kraven angavs samt om dessa har ökat eller minskat under de sista två åren. Ett flertal stödfunktioner skattades. Kopplingen arbetsliv och privatliv gavs tre frågor. Fem frågor rörde stress samt självskattning av egen hälsa och arbetsförmåga. De två sista frågorna nyttjades till möjligheten att värdera, huruvida man trodde sig vara kvar som första linjens chef om ett respektive fem år. Här fanns också möjlighet att själv ange orsak till att vederbörande eventuellt slutade.

Resultat

Sammanlagt 42 av 46 enkäter besvarades (91 %). Bortfallet är 4 enkäter vilket motsvarar 9 %.

Vid telefonkontakt med de som ej besvarat enkäten uppgavs tidsbrist som orsak till att enkäten ej besvarats. Bortfallet torde ej påverka slutresultatet nämnvärt.

Den genomsnittliga arbetstiden var 51-55 tim/vecka. Fördelningen av arbetstid var sådan: att personal fick i genomsnitt 13/tim per vecka, ekonomi 15 tim/vecka och befintliga kunder 6 tim/vecka. Till nya kunder ägnades 3 tim/vecka i genomsnitt. Spridningen var här mellan 0-19 tim. 45 % angav en timme eller mindre i veckan till nya kunder. Till enhetens kompetensutveckling ägnades i genomsnitt 3,3 tim/vecka. Här var spridningen mellan 0-5 tim/vecka utom två som angav 10 respektive 12 tim/vecka. 17 % angav 0 tim/vecka för kompetensutveckling. Under rubriken "övrigt" ägnades i genomsnitt 13 tim/vecka. (fig1-4)

Samtliga tillfrågade angav att något eller några områden delvis bortprioriterades av tidsskäl.

Vanligast var nya kunder som 80 % delvis bortprioriterade. 68 % prioriterade delvis bort sin personal och 66 % enhetens kompetensutveckling. 10 % angav ekonomi och på en öppen svarsrad angav 7 % egen kompetensutveckling. På frågan om det önskades mera tid till något/några områden svarade 83 % personal, 80 % nya kunder, 62 % enhetens kompetensutveckling, 38 % befintliga kunder och 10 % ekonomi. (fig5-6)

Tillgång till information skattades till sju på den tiogradiga skalan, med liten spridning. Att informera den egna personalen nådde 4,6 på samma skala. Här var spridningen större. 57 % av gruppen markerade lägre än 5. Om det fanns resurser för att göra ett bra jobb fick 6,3 på skalan ett till tio. Spridningen var över hela fältet och 31 % markerade under 5. (fig7-9)

Nöjd med kvaliteten på utförda arbeten fick 7,4 på skalan ett till tio, och spridningen var liten.

Att ha tid för egen kompetensutveckling nådde 4,0 och möjlighet att bestämma över sin egen arbetstakt fick 5,0 på den tiogradiga skalan. (fig10-12)

På frågan om vilket område där kravet upplevdes som tyngst svarade 70 % ekonomi, 14 % nya kunder och 12 % personal. Enhetens kompetensutveckling och administration fick 2 % vardera. Att kraven ökat sista två åren tyckte 95%. Därefter angavs inom vilket/vilka områden som detta skett. 78% ansåg att kraven ökat kring ekonomi och 57% kring nya kunder. Övriga områden fick under 10 %. (fig13-15)

Fyra olika stödfunktioner skattades på den tiogradiga skalan. Att få hjälp med en knivig personalfråga skattades till 6,7 på den tiogradiga skalan och att få stöd i en teknisk fråga fick 6,1. Båda dessa områden hade en spridning över hela fältet. 24 % av cheferna angav under fem ifråga om stöd i en personalfråga och 36 % under 5 då det gällde hjälp i en teknisk fråga.

Hjälp att lösa ett problem kring ekonomi skattades till 6,6 och stöd att lösa ett problem kring kunder/avtal till 6,1. I de två sista frågorna låg svaren mer samlat kring medelvärdet. Därefter följde en fråga om hur nöjd man totalt sett var som chef med stödet från ledningens sida. Genomsnittet blev 5,7. Spridning över hela fältet och 26 % angav under fem.

Frågor rörande stöd avslutades med att kryssmarkera ett område där ökat stöd önskades. Här fanns utöver givna alternativ även en öppen svarsrad. 39 % önskade ökat stöd kring ekonomi,

28 % kring nya kunder, 11 % med att höja enhetens kompetens och 11 % kring personal. Stöd till befintliga kunder önskade 2 %. Under övrigt angav resterande 9 % av gruppen administration, support, nya avtal och en klapp på axeln som svar. (fig 16-21).

Fem frågor rörde förändringen i arbetsvillkoren det senaste året. Tre svarsalternativ fanns för respektive fråga. Dessa var minskat, oförändrat eller ökat.

Tre arbetsområden erhöll samma svarsfrekvens. 85 % ansåg att såväl arbetets svårighetsgrad, kunskapskrav samt ansvar för de egna arbetsuppgifterna hade ökat. 15 % att det var oförändrat och ingen att det minskat. Omväxling i arbetsuppgifterna ökade hos 56 % av cheferna, var oförändrat hos 27 % och minskade för 17 %. Möjlighet att utvecklas och lära nytt i arbetet minskade för 39 %, var oförändrat för 39 % och ökade för 22 % i den undersökta gruppen. (fig 22 a-c).

Självskattning av stress gjordes med hjälp av fem svarsalternativ. 9 % var ständigt stressade, 31 % ofta stressade, 55 % stressade ibland, 5% ansåg att man sällan kände sig stressad på jobbet och ingen svarade att de aldrig gjorde det. (fig 23).

Tre frågor berörde kopplingen mellan arbetsliv och privatliv. På frågan om man hade krafter kvar efter jobbet svarade 38 % ja, 57 % var tveksamma och 5 % svarade nej. Nöjd med balansen mellan arbetsliv och privatliv var 21 %. Tveksamma kände sig 50 % och 29 % var inte nöjda. Att behöva anpassa sitt privatliv på något sätt efter tillträde som chef hade 88 % av gruppen behövt göra. Fem parametrar skattades. 48 % av samtliga tillfrågade minskade sin motion/fysträning, 57 % fick mindre tid till hobby/fritidsintressen. Att det fanns mindre tid till umgänge med vänner och familjen fick båda 40% i svarsfrekvens. 24 % hade minskat sin semester. 12 % angav att de ej behövde göra anpassningar i sitt privatliv. (fig 24-26).

Fyra frågor berörde självskattning av hälsotillstånd och arbetsförmåga. Såväl hälsa samt fysisk och psykisk arbetsförmåga skattades till ganska bra. Ingen av svaren hade någon större spridning. (fig 27-30).

Att vara chef om ett år trodde sig 60 % av de tillfrågade vara, 30 % svarade kanske och 10% nej. Samma fråga upprepades fast med tidsperspektivet fem år. 43 % trodde då att de knappast var kvar i sin befattning 40 % kanske och 17 % svarade att de troligtvis var kvar i sin nuvarande chefsbefattning. Sista frågan hade en öppen svarsrad där man kunde ange orsaken till varför man eventuellt slutade. 29 % angav att man inte skulle orka med jobbet. 19 % gick i pension och 10 % gick vidare till andra jobb. 7 % menade att toppstyrning var orsak till att de eventuellt slutade och övriga avstod att kommentera. (fig 31-32).

Jämförelser av resultat har gjorts mot WOLF-studien (4) och arbetslivskohorten (5) för några av frågorna. De hämtade resultaten från WOLF-studien representerar män mellan 40-64 år. Kön och ålder är relativt jämförbar med den grupp chefer som enkäten riktade sig emot. Arbetslivskohorten har en något yngre grupp. Åldrarna ligger här mellan 25-50 år och jämt fördelat mellan män och kvinnor.

Jämförelse med WOLF-studien visar att kunskapskraven och ansvar ökat dubbelt så mycket för första linjens chefer som för den undersökta gruppen i WOLFstudien. 7,3% i WOLF-studien hade sista året fått minskade möjligheter att utvecklas och lära nytt. För de undersökta cheferna var det 39% som minskade samma möjligheter. (fig 33-36)

Hälsotillstånd och arbetsförmåga jämfördes mot både WOLF-studien och arbetslivskohorten.

Såväl hälsotillstånd som fysisk och psykisk arbetsförmåga skattades sämre av de undersökta cheferna jämfört med de andra två undersökta grupperna. Skillnaden var störst när det gällde att skatta sin mentala och psykiska arbetsförmåga. 12% av cheferna ansåg sin nuvarande arbetsförmåga vara mycket bra i förhållande till de mentala och psykiska krav som ställdes.

Motsvarande siffra för gruppen i WOLF-studien och arbetslivskohorten var 37% respektive 38% (fig 37-39.)

Diskussion

Denna studie visar med all tydlighet att en stor del av de undersökta personerna upplevde sin arbetssituation som mycket pressad. Den genomsnittliga arbetstiden var 51-55 tim/vecka. Trots detta angav samtliga chefer att något eller några områden bortprioriterades.

Hela 80 % av den tillfrågade gruppen uppgav att man delvis tvingades prioritera bort nya kunder, ett resultat som torde ha ett omedelbart praktiskt värde för en företagsledning som vill ha nya kunder och expandera. Anmärkningsvärt är också att 66 % delvis tvingas prioritera bort enhetens kompetensutveckling och 17 % ägnar 0 tim/vecka till detta.. Långsiktigt är detta en svaghet i en organisation på denna marknad, som på sikt kan innebära sänkt konkurrenskraft.

Informationen var relativt god för cheferna, däremot fanns inte tid att informera egen personal. En tredjedel av cheferna upplevde att resurserna var otillräckliga. De allra flesta var dock nöjda med kvalitén på utförda arbeten. Flertalet hade dålig möjlighet till egen kompetensutveckling och svårt att bestämma över egen arbetstakt. Genomgående tycktes det som att kraven ökat sista två åren. Framförallt gällde det ekonomisk målstyrning. Genomsnittsvärdena för stödfunktionerna är genomgående ganska bra men då spridningen

är stor kring medelvärde måste det beaktas att 25 – 30 % har dåligt stöd i sin chefsfunktion. Mer än var fjärde chef vill också ha ökat stöd gentemot nya kunder.

Fokus gavs också på skärningspunkten mellan arbetsliv och privatliv. 88 % hade tvingats till anpassning av sitt privatliv sedan de tillträdde sin befattning. Dessutom hade var fjärde chef minskat sin semester, vilket ytterligare styrker uppgifterna om en ansträngd arbetssituation.

Av 115 arbetsledare 2001 är 30 kvar 2006. Ett urval har skett och de som orkat med arbetssituationen är de som är kvar. I nuläget skattar de en ganska god hälsa och arbetsförmåga. Men tittar man framåt tror sig ändå bara 17 % vara kvar som första linjens chefer om fem år. 83 % är tveksamma eller svarar nej. Nästan var tredje svarar spontant att de inte orkar som orsak.

Samband mellan subjektiva arbetsförhållanden och utbrändhet är väl kända i andra studier. Faktorer som påverkar arbetsrelaterad ohälsa är exempelvis: övertid, svårförenliga krav, finns resurser, stöd, nöjd med kvalitén och bestämma arbetstakt (1). Glapp mellan mål och medel utgör antagligen en central orsak till arbetsrelaterad utbrändhet. Att vara inlåst på arbetsmarknaden, dvs uppfattningen att man inte befinner sig i sitt önskade yrke eller arbetsplats, kan förstärka tendensen till utbrändhet (2).

Om individer som riskerar att drabbas av utbrändhet har olika handlingsalternativ t ex att sluta sin anställning kan antalet utbrända ändras. En faktor av särskild betydelse för detta är möjligheten att byta jobb (3). Mot bakgrund av detta kan en bakomliggande orsak till att så många slutat sista året vara den arbetsbelastningen. Då gruppen som slutat inte är undersökt är det dock svårt att dra några säkrare slutsatser kring dessa.

Blickar man framåt i tiden på den grupp som är första linjens chefer finns större anledning till oro. Undersökningen pekar på en rad riskfaktorer för utbrändhet och en stor andel av gruppen 83 % är tveksamma till att orka arbeta kvar om fem år. En viss omsättning krävs alltid men frågan är om den blir så stor i den här gruppen att det får negativa konsekvenser. Nackdelen med att en bred majoritet av tidsskäl tvingas prioritera bort både nya kunder och kompetensutveckling har redan nämnts.

Slutsats

Kartläggning av arbetsmiljön för första linjens chefer vid det undersökta elektronikföretaget, visar på en upplevd mycket pressad arbetssituation för dessa chefer. Genomsnittlig arbetstid är 51 – 55 tim/vecka. Såväl arbetets svårighetsgrad som ansvar och kunskapskrav bedömdes ha ökat sista två åren. Ökningen var framförallt inom områdena ekonomi och kontakt med nya kunder.

Nästan alla (88 %) hade tvingats till uppoffringar i någon form av sitt privatliv för att klara arbetet. Exempelvis hade var fjärde chef minskat sin semester. Trots detta tvingades samtliga av de undersökta cheferna att delvis bortprioritera viktiga arbetsområden. Det gällde framförallt kontakt med nya kunder, den egna personalen samt såväl den egna som enhetens kompetensutveckling.

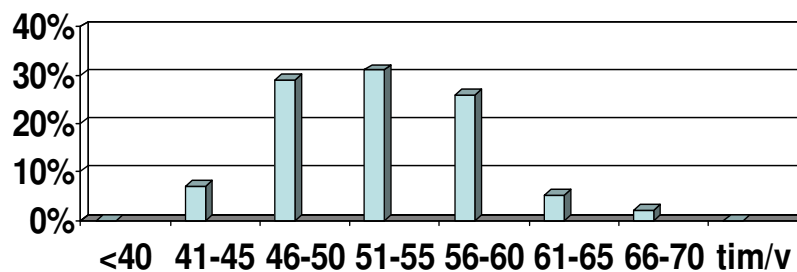
En genomgående uppfattning var att det fanns tillräckligt med information för att fullfölja arbetsuppgifterna, däremot fanns inte tid att informera egen personal. Stödet upplevdes vara tillräckligt för 75 % av cheferna medan en fjärdedel tyckte sig ha otillräckligt stöd. De allra flesta var nöjda med kvalitén på arbetena som enheten utförde.

Referenser

1. Hallsten L, Bellaagh K, Gustafsson K. Utbränning i Sverige en populationsstudie. Arbete och Hälsa 2002:6.
2. Aronsson G, Dallner M & Gustafsson K (2000) Yrkes och arbetsplatsinlåsning. En empirisk studie av omfattning och hälsokonsekvenser. Arbete och Hälsa 2000:5.
3. Hallsten L (1985). Burnout: En studie kring anpassnings och utvecklingsprocesser i en Byråkrati. Rapport nr 18:2. Länsarbetsnämnden, Stockholm.
4. Westerholm P.(redaktör). Psykosocial belastning och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Minisymposium i WOLF-projektet 8 feb 2001. Arbete och hälsa 2002:7.
5. Berntson E, Hemmingsson T, Härenstam A, Marklund M, Torgén M, Wikman A. Arbetslivskohorten. Teknisk rapport 1. Arbetslivsrapport nr 2005:8.

Bilaga

Fig1.

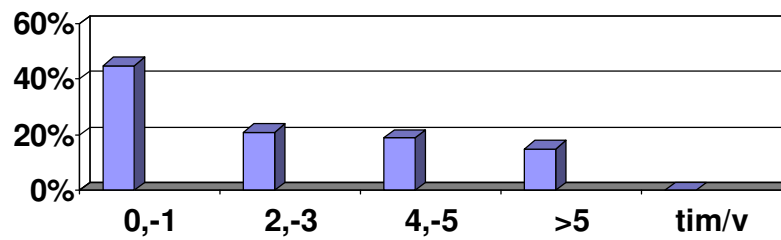


- ”Hur många timmar i veckan ägnar du totalt sett åt ditt arbete ?”
- Svarsgenomsnitt 51-55 tim/vecka.

Fig 2.

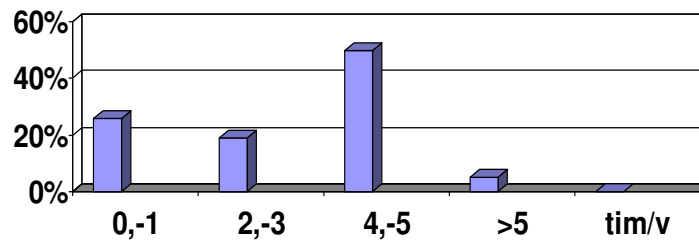
- ”Hur mycket av din tid skattar du går åt till följande arbetsuppgifter under en ”genomsnittsvecka”?.
- Personal _____ tim/vecka (13)
- Ekonomi _____ tim /vecka (15)
- Befintliga kunder _____ tim/vecka (6)
- Nya kunder _____ tim/vecka (3)
- Enhetens kompetensutveckling _____ tim/vecka (3,3)
- Övrigt _____ tim/vecka (13)

Fig 3



- ”Hur mycket av din tid ägnar du till nya kunder under en genomsnittsvecka?”
- Svarsgenomsnitt för gruppen är 3,0 tim
- 45 % anger 1 tim eller mindre

Fig 4.



- ”Hur mycket av din tid ägnar du till enhetens kompetensutveckling under en genomsnittsvecka?”
- Svarsgenomsnitt för gruppen är 3,3 tim
- 17 % angav 0 tim/vecka för kompetensutveckling av den egna enheten.

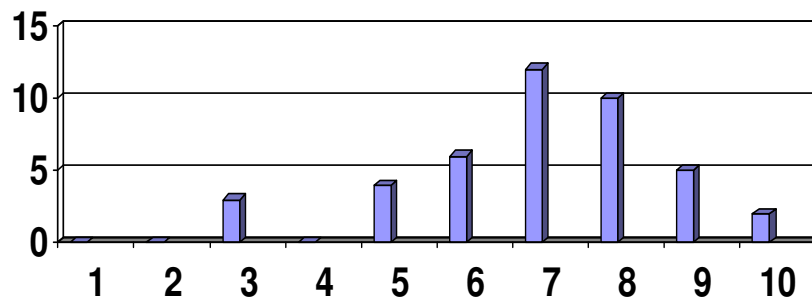
Fig 5.

- ”Markera om det är något eller några områden som du delvis tvingas prioritera bort av tidsskäl.”
- ___ Personal (68 %)
- ___ Ekonomi (10 %)
- ___ Befintliga kunder (27 %)
- ___ Nya kunder (80 %)
- ___ Enhetens kompetensutveckling (66 %)
- ___ Annat : _____ (7 % egen utv 2 % processutv)
- ___ Nej jag känner att tiden räcker till så jag behöver inte prioritera bort något. (0 %)

Fig 6.

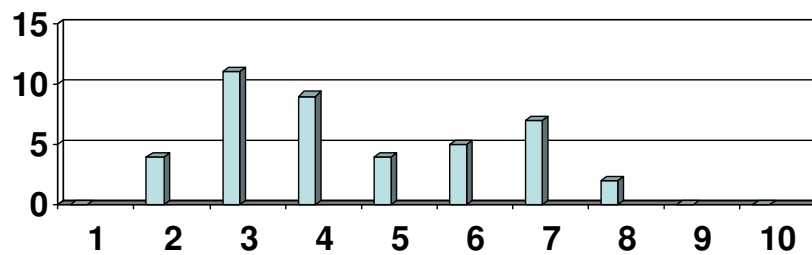
- ”Önskar du att det fanns mera tid till något/några av dessa områden? Om ja får du kryssmarkera 1-3 områden.”
- ___ Personal (83 %)
- ___ Ekonomi (10 %)
- ___ Befintliga kunder (38 %)
- ___ Nya kunder (80 %)
- ___ Enhetens kompetensutveckling (62 %)
- ___ Annat : (10 % egen kompetensutveckling)
- ___ (2 % visioner)
- ___ Nej jag känner att tiden räcker till (0 %)

Fig 7.



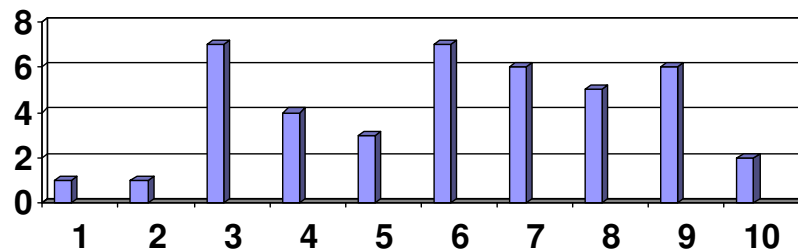
- "Har du tillgång till den information som du verkligen behöver för arbetet"
- Siffran ett markerar "jag får inte alls den information jag behöver"
- Siffran tio markerar "jag får all den information jag behöver"
- Svarsgenomsnitt 7,0

Fig 8.



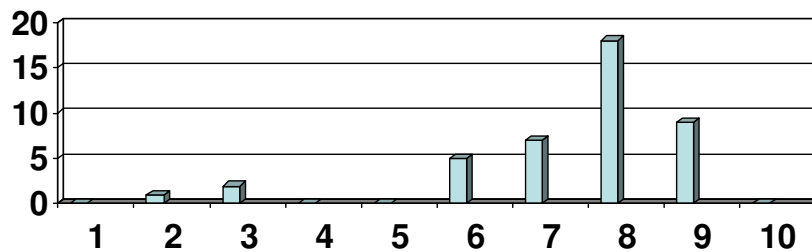
- "Hinner du informera personalen i den utsträckning du skulle vilja"
- Siffran ett markerar "jag hinner inte informera min Personal alls"
- Siffran 10 markerar "jag hinner informera min personal om allt"
- Svarsgenomsnitt 4,6

Fig 9.



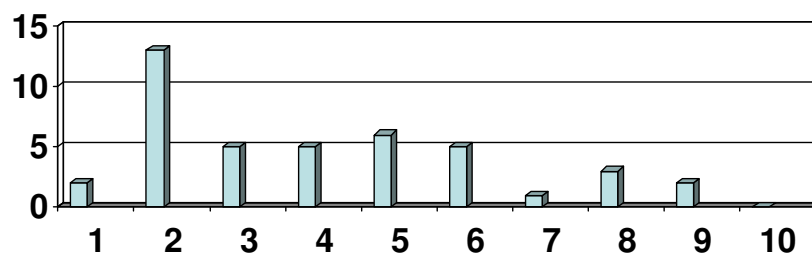
- "Har du dom resurser som krävs för att göra ett bra jobb"
- Siffran ett markerar "jag har inte alls dom resurser som behövs"
- Siffran tio markerar "jag har alla resurser som behövs"
- Svarsgenomsnitt 6,3

Fig 10.



- "Är du nöjd med kvalitén på utförda arbeten vid din enhet"
- Siffran ett markerar "jag är inte alls nöjd med kvalitén"
- Siffran tio markerar "jag är helt nöjd med kvalitén på arbetena"
- Svarsgenomsnitt 7,4

Fig 11.



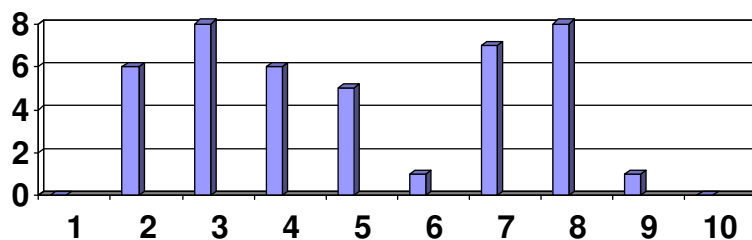
■ "Har du tid för utveckling av din egen yrkeskompetens"

■ Siffran ett markerar "nej inte alls"

■ Siffran tio markerar "ja absolut"

■ Svarsgenomsnitt 4,0

Fig 12.



■ "Har du möjlighet att bestämma över din egen arbetstakt"

■ Siffran ett markerar "nej aldrig"

■ Siffran tio markerar "ja alltid när jag behöver"

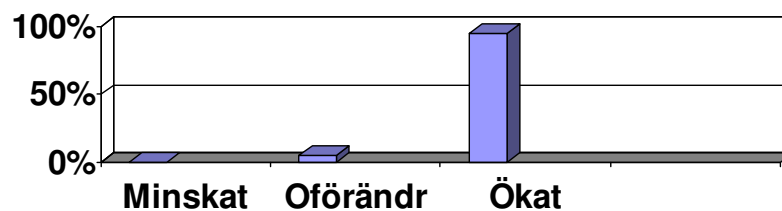
■ Svarsgenomsnitt 5,0

Fig 13.

■ ”Som distriktschef har du ett antal krav på dig. Inom vilket område upplever du att kravet är som tyngst. (markera ett område)”

- ___ Personal (12 %)
- ___ Ekonomi (70 %)
- ___ Befintliga kunder (0 %)
- ___ Nya kunder (14 %)
- ___ Enhetens kompetensutveckling (2 %)
- ___ Annat: (administration 2 %)

Fig 14.



■ ”Tycker du att kraven som ställs på dig som chef under dom sista två åren har?”

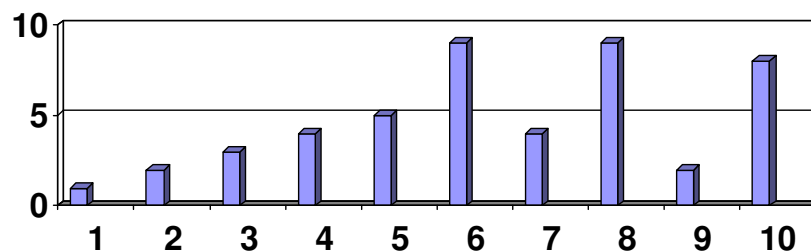
- ___ Minskat
- ___ Är oförändrat
- ___ Ökat

Fig 15.

■ ”Om kraven har ökat, inom vilket/vilka områden har detta skett?”

- — Personal (7 %)
- — Ekonomi (78 %)
- — Befintliga kunder (7 %)
- — Nya kunder (57 %)
- — Höja enhetens kompetens (5 %)
- — Annat: administration (5 %)
processutv (2,5 %)
rapporter (2,5 %)
arbetsmiljö (2,5 %)

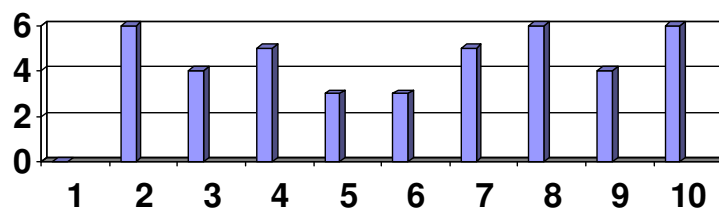
Fig 16.



■ ”Om du skulle behöva hjälp att hantera en knivig personalfråga. Finns det någon du kan vända dig till för att få hjälp?”

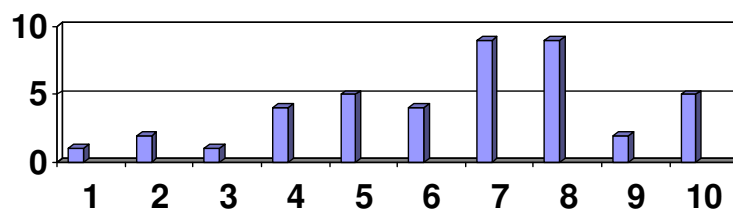
- Siffran ett markerar ”nej inte alls”
- Siffran tio markerar ”ja absolut”
- Svarsgenomsnitt 6,7.
- 24 % markerar mindre än 5.

Fig 17.



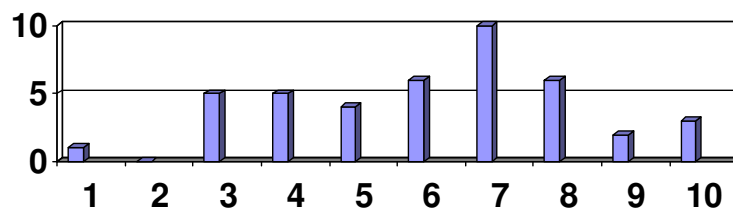
- "Om du skulle behöva hjälp med en praktisk/teknisk fråga finns det någon du kan vända dig till för att få hjälp"
- Siffran ett markerar "nej inte alls"
- Siffran tio markerar "ja absolut"
- Svarsgenomsnitt 6,1
- 36 % anger under 5

Fig 18.



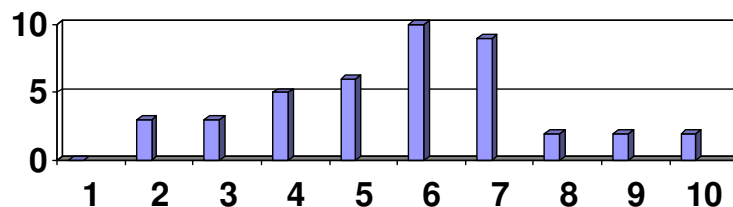
- "Om du skulle behöva hjälp med att lösa ett problem kring ekonomi/ekonomiska styrsystem. Kan du få det?"
- Siffran ett markerar "nej inte alls"
- Siffran tio markerar "ja absolut"
- Svarsgenomsnitt 6,6

Fig 19



- ”Om du skulle behöva hjälp att lösa ett problem som uppstår kring kunder/avtal, kan du få det?”
- Siffran ett markerar ”nej inte alls”
- Siffran tio markerar ”ja absolut”
- Svarsgenomsnitt 6,1.

Fig 20

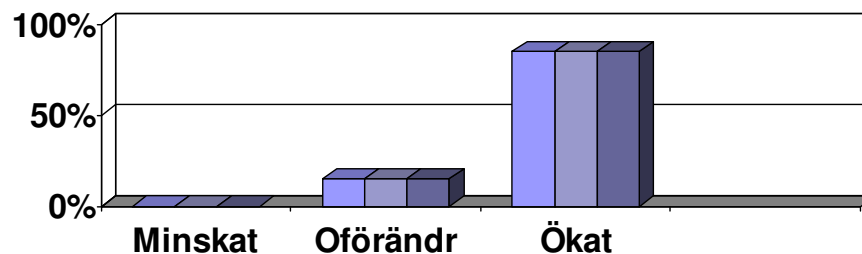


- ”Är du totalt sett nöjd med de stöd du har från ledningens sida som chef?”
- Siffran ett markerar ”nej inte alls”
- Siffran tio markerar ”ja absolut”
- Svarsgenomsnitt 5,7.

Fig 21

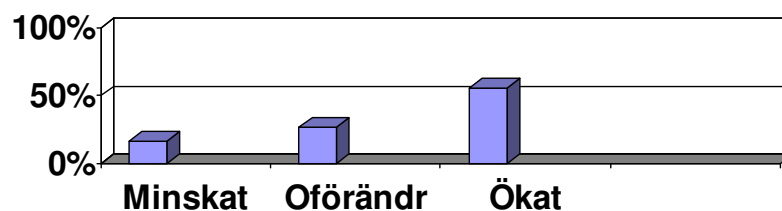
- ”Om du kunde få ökat stöd kring ett av följande områden. Vilket skulle det vara?”
- ___ Personal (11 %)
- ___ Ekonomi (39%)
- ___ Befintliga kunder (2 %)
- ___ Nya kunder (28 %)
- ___ Höja enhetens kompetens (11 %)
- ___ Övrigt (9 %)
- (Administration, klapp på axeln, support, nya avtal)

Fig 22 a



- ”Hur har arbetsvillkoren förändrats för din del under det senaste året i följande avseende
Arbetets svårighetsgrad, kunskapskrav samt ansvar för de egna arbetsuppgifterna?”
- ___ Minskat
- ___ Oförändrat
- ___ Ökat

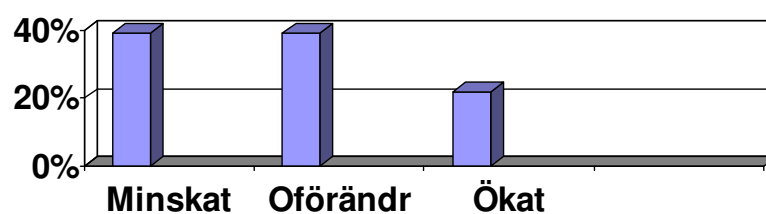
Fig 22 b



■ ”Hur har arbetsvillkoren förändrats för din del under det senaste året i följande avseende:
Omväxling i arbetsuppgifter?”

- — Minskat
- — Oförändrat
- — Ökat

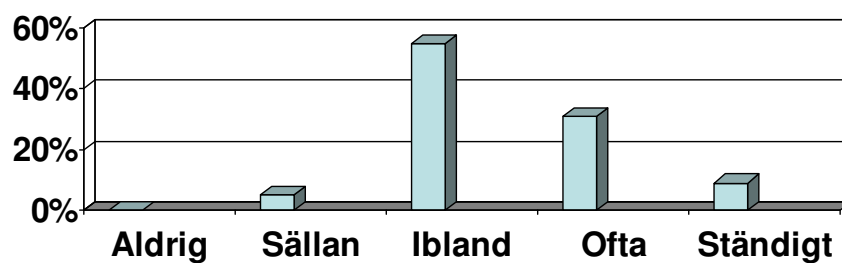
Fig 22 c



■ ”Hur har arbetsvillkoren förändrats för din del under det senaste året i följande avseende:
Möjlighet att utvecklas och lära nytt i arbetet?”

- — Minskat
- — Oförändrat
- — Minskat

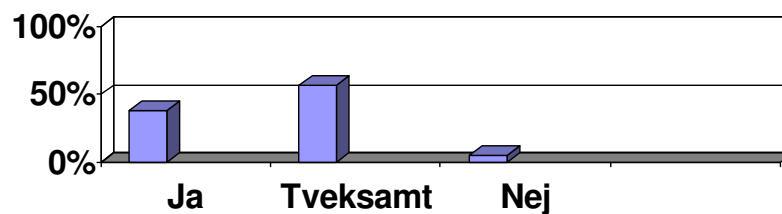
Fig 23



■ ”Känner du dig stressad på jobbet?”

- — Ständigt (9 %)
- — Ofta (31 %)
- — Ibland (55 %)
- — Sällan (5 %)
- — Aldrig (0 %)

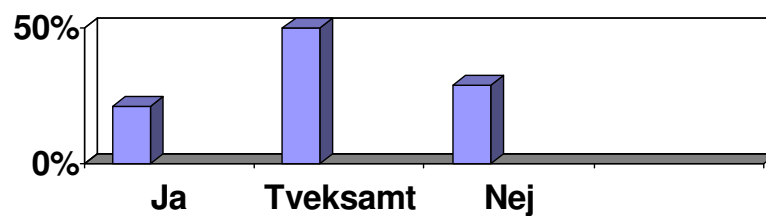
Fig 24



■ ”Har du krafter kvar när du kommer hem efter jobbet?”

- — Ja (38 %)
- — Tveksamt (57 %)
- — Nej (5 %)

Fig 25



■ ”Är du nöjd med balansen mellan arbetsliv och privatliv?”

■ ___ Ja (21 %)

■ ___ Tveksamt (50 %)

■ ___ Nej (29 %)

■ ___ Kommentar (om du vill precisera)

Fig 26

■ ”Sedan du blev Distriktschef har du behövt anpassa ditt privatliv på något sätt?”

■ ___ Minskat min motion/fysträning (48 %)

■ ___ Mindre tid till hobby/fritidsintressen (57%)

■ ___ Mindre tid till umgänge med vänner (40 %)

■ ___ Mindre tid till umgänge med familjen (40 %)

■ ___ Minskat min semester (24 %)

■ ___ Annat (2 %)

■ ___ Nej jag har inte behövt anpassa mitt privatliv (12 %)

Fig 27

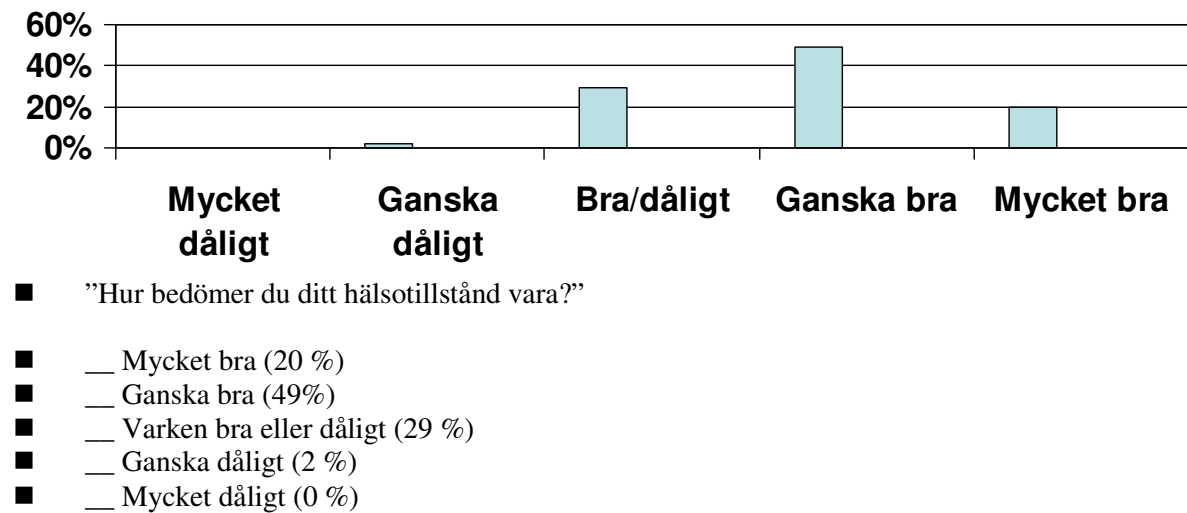


Fig 28

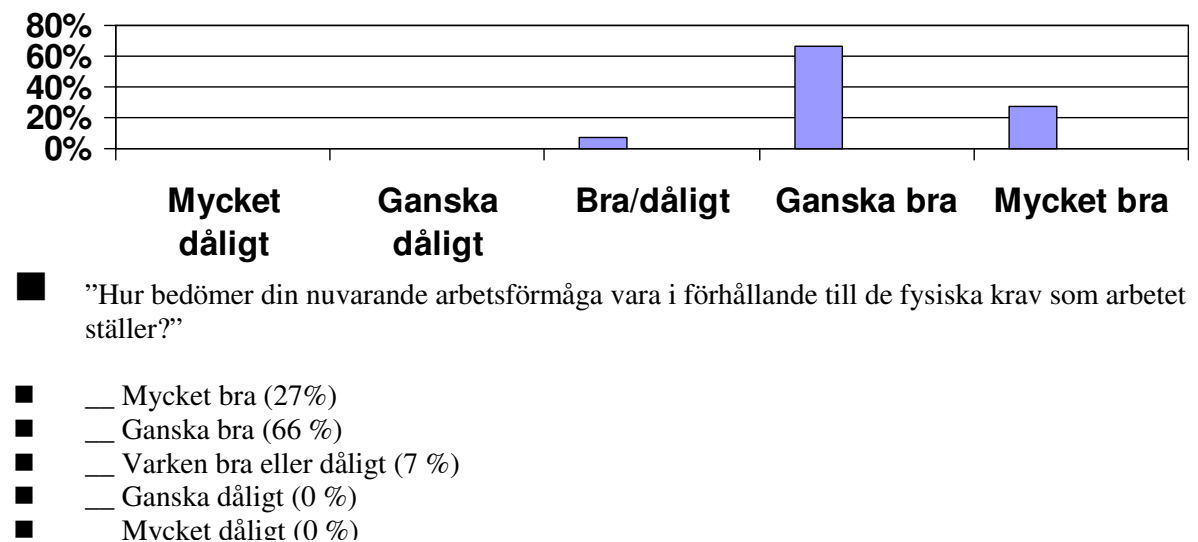
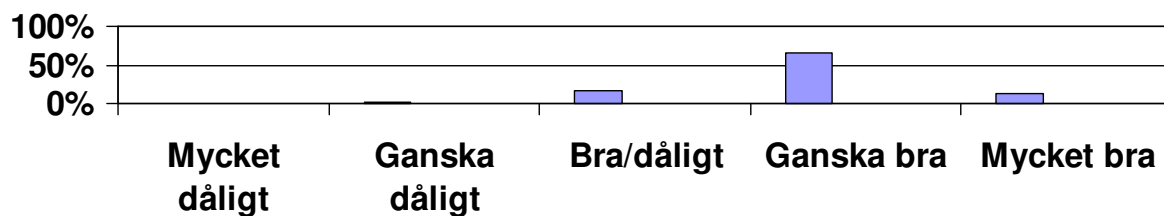


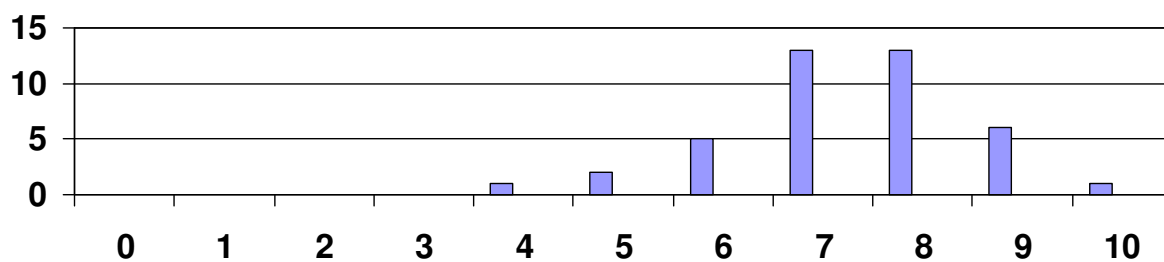
Fig 29



■ ”Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de mentala och psykiska krav som arbetet ställer?”

- ___ Mycket bra (12 %)
- ___ Ganska bra (66 %)
- ___ Varken bra eller dåligt (17 %)
- ___ Ganska dåligt (5 %)
- ___ Mycket dåligt (0 %)

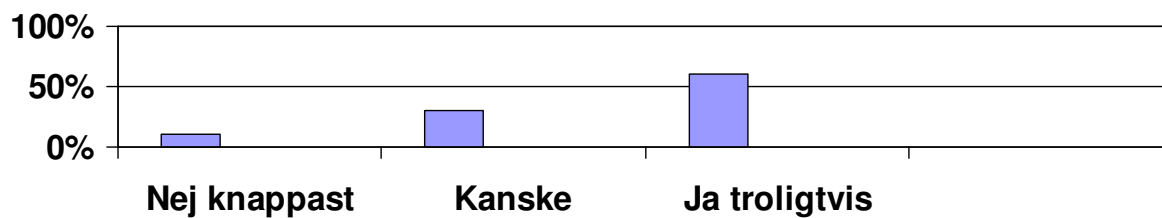
Fig 30



■ ”Vilket poängtal mellan 0 och 10 skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga?”

■ Svarsgenomsnitt för gruppen 7,38

Fig 31



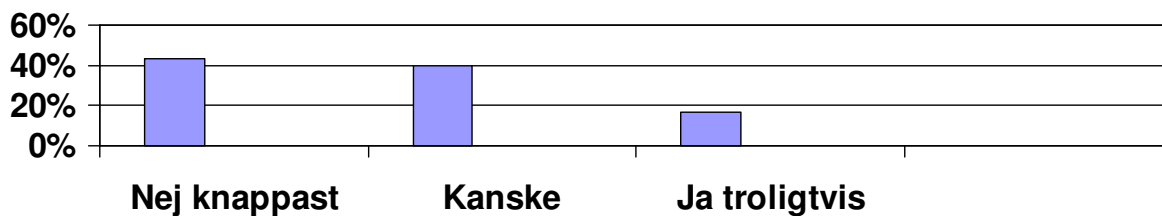
■ ”Tror du att du fortfarande arbetar som distriktschef om ett år?”

■ — Nej knappast (10 %)

■ — Kanske (30 %)

■ — Ja troligtvis (60 %)

Fig 32



■ ”Tror du att du fortfarande arbetar som distriktschef om fem år?”

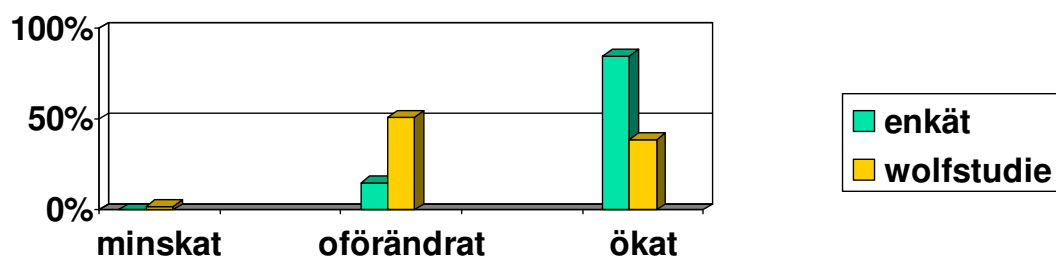
■ — Nej knappast (43 %)

■ — Kanske (40 %)

■ — Ja troligtvis (17 %)

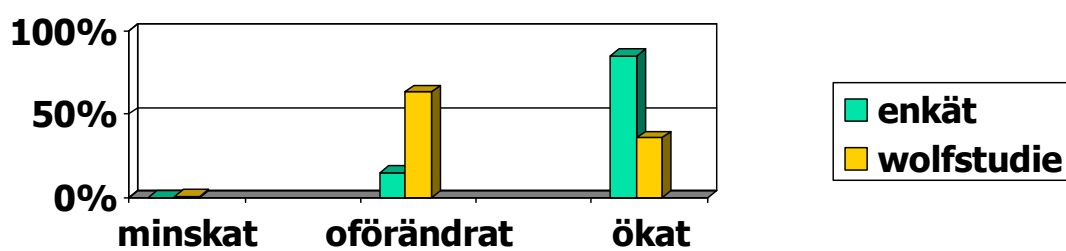
■ Om inte vad är orsaken till att du slutar? — 29 % anger att man inte orkar.

Fig 33



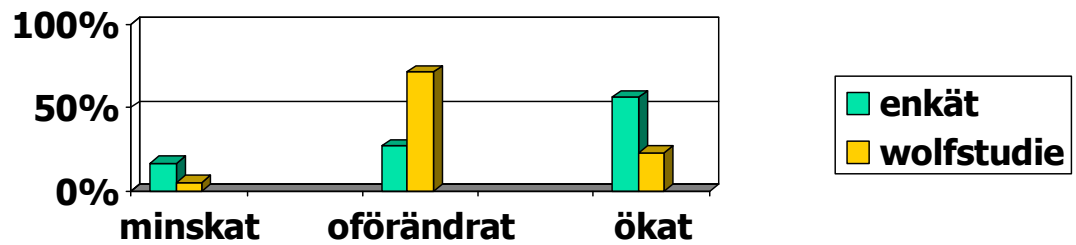
”Hur har arbetsvillkoren förändrats för din del under det senaste året i följande avseende:”
- kunskapskrav i arbetet

Fig 34



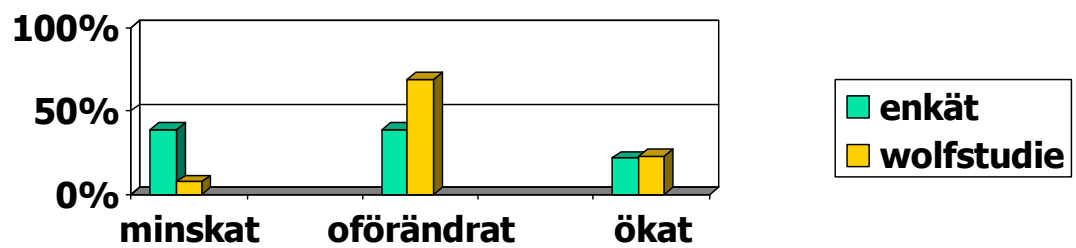
■ ”Hur har arbetsvillkoren förändrats för din del under det senaste året i följande avseende:”
■ -Ansvar för de egna arbetsuppgifterna?

Fig 35



- ”Hur har arbetsvillkoren förändrats för din del under det senaste året i följande avseende:”
- -omväxling i arbetsuppgifterna

Fig 36



- ”Hur har arbetsvillkoren förändrats för din del under det senaste året i följande avseende:”
- -möjligheter att utvecklas och lära nytt i arbetet

Fig 37 ”Hur bedömer du ditt hälsotillstånd vara”

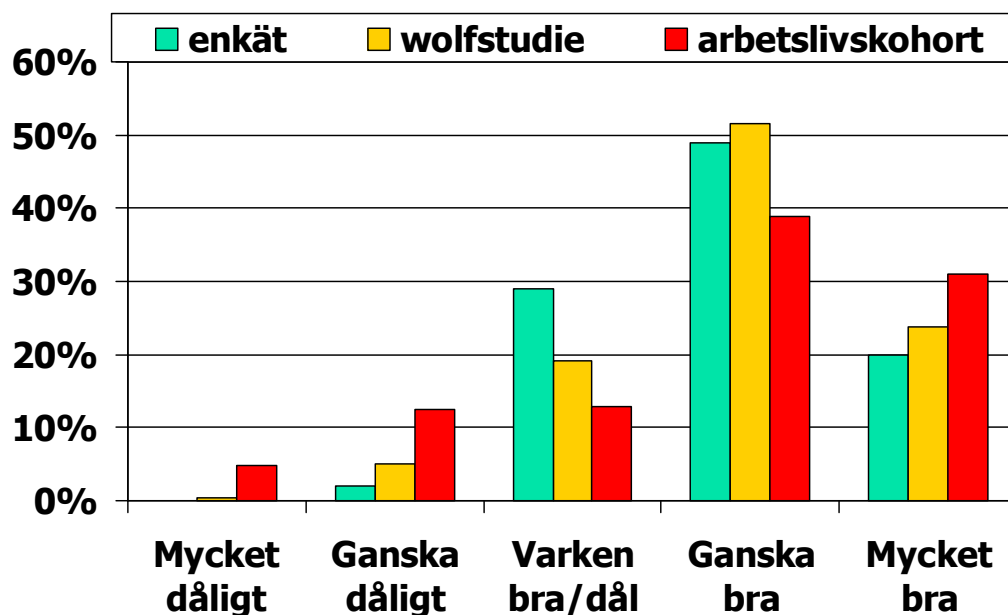


Fig 38 ”Hur bedömer Du din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de fysiska krav som arbetet ställer?”

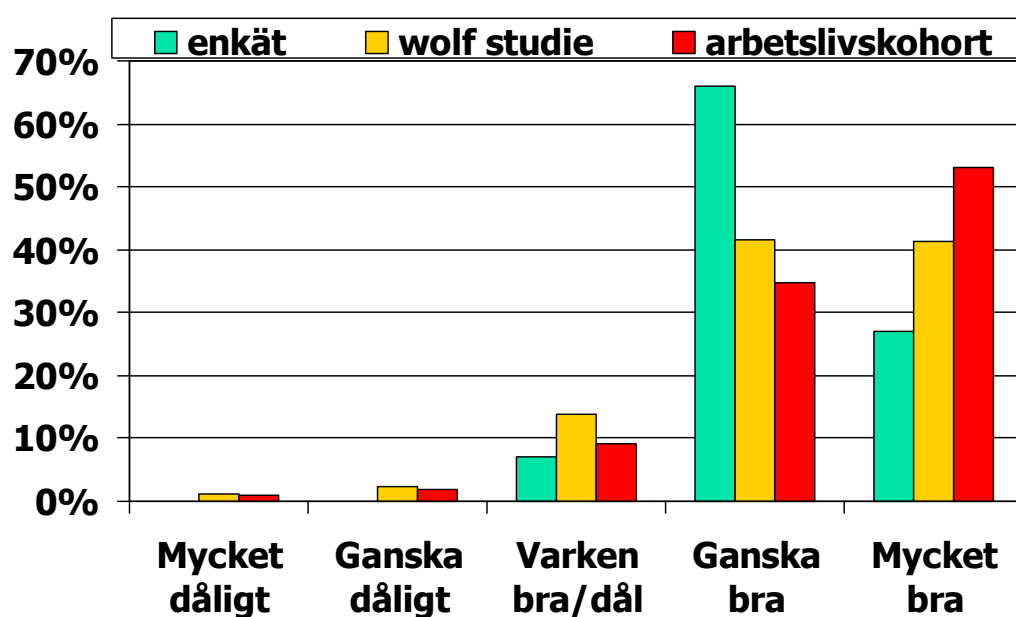
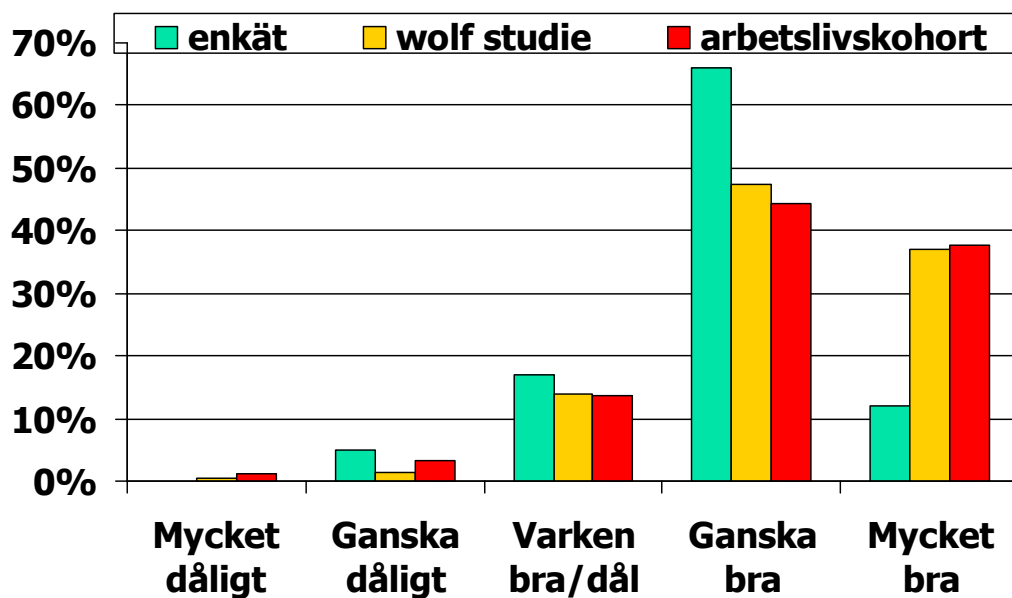


Fig 39 ”Hur bedömer Du din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de mentala och psykiska krav som arbetet ställer?”



Diagnos utmattning – uppföljning efter 3 år

Författare: Merja Helenius Aronsson

Handledare: Aleksander Perski, Docent, Institutet för Psykosocial Miljömedicin,
Karolinska Institutet och Stressmottagningen, Stockholm

Sammanfattning

I Sverige finns sedan 1997 en stor, och fram till nu ökande grupp sjukskrivna patienter med diagnoser sammanhörande med psykisk ohälsa, varav många idag har diagnosen utmattningssyndrom.

Detta är en svårbehandlad patientgrupp av flera orsaker. Dels för att sjukdomsförloppet idag tar sig långt och medför ett långt lidande för patienten.

Dels också för att det ännu inte finns vetenskapliga studier om hur behandling och rehabiliteringen för dessa patienter skall utformas på bästa sätt. Man vet heller inte om de rehabiliteringsinsatser man hitintills gjort, har någon positiv betydelse för arbetsförmågan på lång sikt.

År 2000 fick Stressmottagningen som arbetar i anslutning till Institut för Psykosocial medicin och Karolinska Institutet, en förfrågan från ett av våra större pensions- och sjukförsäkringsbolag, om diagnostik och rehabilitering av en grupp långtidssjukskrivna tjänstemän i privat verksamhet.

Symtomen personerna uppvisade överensstämde i stort med de kriterierna för utmattningssyndrom som Socialstyrelsen senare formulerade.

Denna patientgrupp fick under 6 månader, en individualiserad, stressinriktad behandling på Stressmottagningen som genomfördes under 2001. Ett år efter att man påbörjat behandlingen dvs år 2002 gjordes en 1-års uppföljning och då såg man en klar reduktion av symtom och förbättring av arbetsförmåga i förhållande till innan rehabiliteringen.

Det aktuella projektet som denna artikel handlar om är en ny undersökning av denna grupp för att se om och hur arbetsförmågan på denna grupp förändrats efter 3 år.

Den nya enkätstudien visade att studiedeltagarna var i arbete i samma omfattning som tidigare, ca 60 % men att arbetsgraden är betydligt högre.

Resultatet talade för att en påtaglig förbättring skett av arbetsgraden efter 3 år hos dem som återgått i yrkesverksamhet vid 1-års uppföljning efter avslutad rehabilitering.

Inledning

Sedan 1997 har sjukskrivningssiffrorna hos Försäkringskassan ökat för diagnoser avseende psykisk ohälsa. Patientgruppen med psykisk ohälsa utgör idag den näst största sjukdomsgruppen som är orsak till sjukfrånvaro från svenska arbetsplatser och består av 28,9 % (61 273 personer) av samtliga sjukskrivna i Sverige (december 2005). (1)

En betydande del av denna psykiska ohälsa utgörs av diagnosen utmattningssyndrom. Det är en diagnos som Socialstyrelsen satte upp kriterier för och godkände i november 2004 (2), och som dessförinnan betecknades av olika typer av stressrelaterade fysiska eller psykiska symtom och diagnoser.

Utmattningssyndromet i sig finns beskrivet redan på 80-talet av psykiatern Kristina Maslach (3) hos vårdpersonal i USA.

Någon vedertagen behandling har inte funnits för patienter men utmattningsdiagnos, utan man har provat sig fram med olika typer av terapier sedan antalet sjukfall ökade i slutet av 90-talet.

Stressmottagningen som arbetar i anslutning till Karolinska Institutet har sedan år 2000 rehabiliterat patienter med dessa symtom och kan uppvisa mycket goda resultat idag med avseende på symtomreduktion, ökning av arbetsförmåga och återgång i yrkesverksamhet. 1999 kontaktades Stressmottagningen av försäkringsbolaget Alecta, som önskade hjälp med diagnostik och om möjligt behandling av en grupp långtidssjukskrivna privatanställda tjänstemän med ITP-försäkring (4).

Kandidaterna till interventionen valdes konsekutivt från alla som varit sjukskrivna mer än 3 månader med stressrelaterade diagnoser, under 4 månader före studiens början.

Gruppen bestod ursprungligen av 93 personer men 13 personer föll bort efter bedömningssamtal med läkare och psykolog ffa pga att de var i behov av annan typ av vård. 80 personer erbjöds att delta i Stressmottagningens program.

När rehabiliteringsinsatserna inleddes december 2000 hade 86 % (69 personer) av patienterna varit sjukskrivna mer än 90 dagar under den senaste 12 månadersperioden, och 19 % (15 personer) var i arbetet i någon grad .

Varje deltagare fick ett individuellt utformat rehabiliteringsprogram som bl.a. innehöll behandling med kognitiv alternativt kognitiv beteendeterapi individuellt eller i grupp, sjukgymnastik med inriktning på avslappning, andning och ökad kroppskännedom. I slutet av programmet fick flertalet av patienterna stöttning av speciella rehabcoacher i samband med återgång i arbete. Programmet varade under totalt 6 månader.

I december år 2000 påbörjades den första behandlingsomgången av 40 personer och efter 6 månader påbörjades behandling av resterande 40 personer.

Ett år efter att patienterna börjat på Stressmottagningen gjorde man en uppföljning och den visade ett positivt resultat; 61 % (49 personer) var i arbete helt eller delvis eller arbetstränade, 30 % (24 personer) var fortfarande helt sjukskrivna och 9% (7 personer) hade fått sjukpension.

Förbättringen avseende arbetsförmåga utföll med signifikans.

Syfte

Det aktuella projektets syfte var att se vad som hände med patienter som varit sjukskrivna för det som vi idag kallar utmattningssyndrom på längre sikt. Vad vi vet finns inga tidigare studier gjorda på detta.

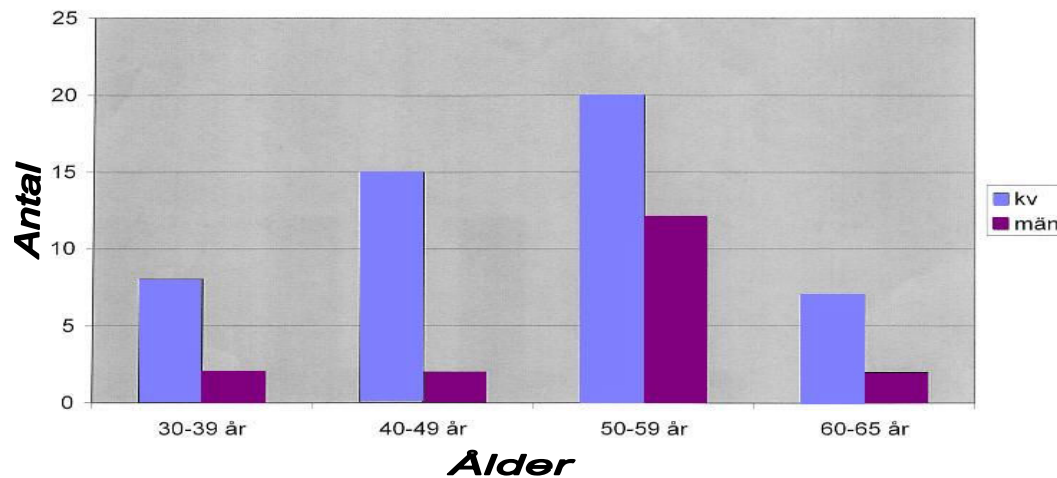
Frågan var om personerna som återfått sin arbetsförmåga bibehöll denna och i så fall i vilken omfattning? Inträffade det några förändringar, och hur såg de ut? Lönar det sig att rehabilitera denna grupp patienter även på längre sikt?

Undersökt grupp

Den grupp som undersöktes i denna studie är samma grupp av 80 utmattade patienter från undersökningen år 2000/2001 men med ett bortfall på 3 personer som vi inte lyckats nå. Totalt skickades 77 frågeenkäter ut fördelat på våren respektive hösten 2005 och 68 personer svarade vilket ger en svarsfrekvens på 88 %. Någon närmare analys av bortfallet är inte gjort. 50 kvinnor och 18 män svarade och 9 kvinnor respektive 1 man avstod. Någon kontrollgrupp finns inte för de undersökta vare sig vid uppföljningen år 2002 eller 2005

Den undersökta gruppen hade år 2005 ett åldersspann på 30 till 64 år och medelvärdet var 50,2 år.

Tabell 1. Åldersfördelning av deltagarna i studien



Metod

Undersökningen utfördes med hjälp av enkäter som efterfrågade ålder, kön, arbetsförmåga och arbetsgrad. Man efterhörde också ev. sjukskrivning, sjukersättning och diagnos som orsak till detta.

Frågorna var utformade med fasta svarsalternativ men det fanns också möjlighet att kommentera svaren. Enkätens utformning överensstämde i stort med den enkät personerna svarat på när det gick in i den ursprungliga studien.

Enkäterna skickades ut i 2 omgångar, vår och höst 2005, precis som den ursprungliga gruppen intervjuades för att 3 år skulle ha förflutit sedan personerna senast hade varit i kontakt med Stressmottagningen.

Ett påminnelsebrev skickades ut.

Resultat

Den nu utförda undersökningen visade att 39 av 68 undersökta personer var i arbete, heltid eller deltid och om man räknar med de 3 personer som arbetstränade, hade 61,7% (42 personer) arbetsförmåga. 38,2% (26 personer) hade sjukersättning och ingen var längre heltidssjukskriven (utan arbetsträning).

I den s.k. "arbetande" gruppen fanns personer som var graviditetslediga, studerade heltid och var arbetslösa (totalt 4 personer).

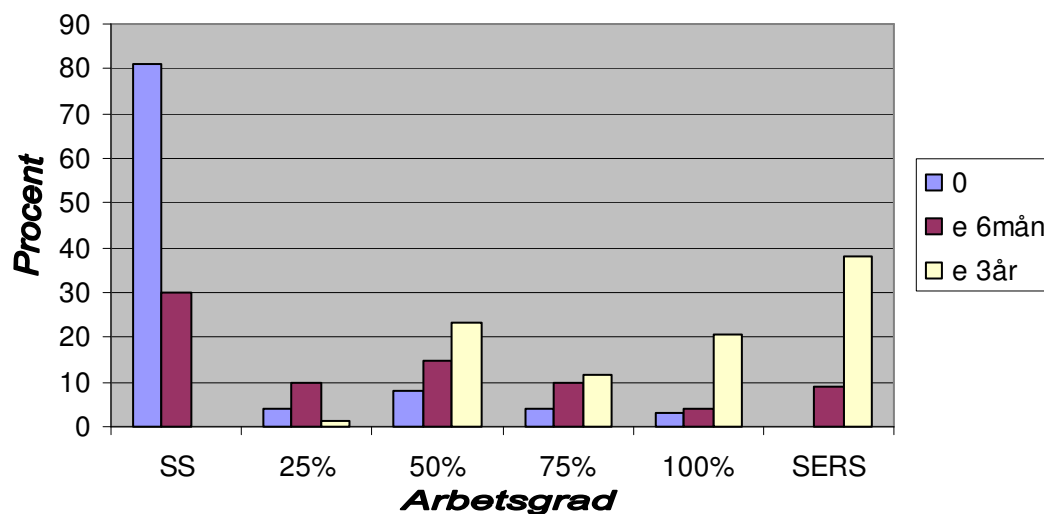
Man såg att de som tidigare varit heltidssjukskrivna och fortfarande hade heltid eller delvis arbetsförmåga, i stor omfattning hade erhållit tidsbegränsad eller permanent sjukersättning.

De som var sjukskrivna och/eller hade sjukersättning, hade det för diagnosen utmattningssyndrom, förutom några enstaka som utöver diagnosen utmattning hade andra diagnoser som fibromyalgi, status post whiplash, ulcerös kolit eller post traumatiskt stressyndrom.

Tabell 2. Patienternas sysselsättningsgrad före behandling och vid uppföljning 1 år respektive 3 år efter avslutat program på Stressmottagningen

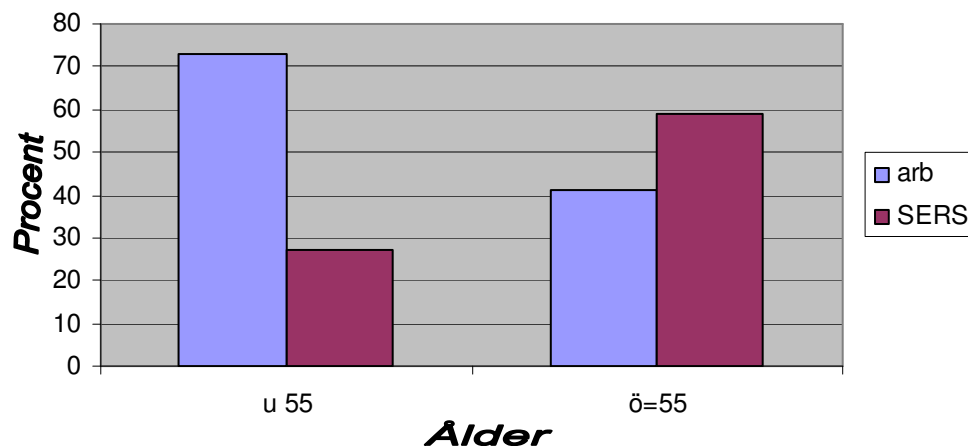
Sysselsättning	n=80 före terapi	n=80 1 år efter	n=68 3 år efter	
SS 100%	65 (81%)	24 (30%)	2 (3%)	
SS 75%	3 (4%)	8 (10%)	1 (1,5%)	dessutom är
SS 50%	7 (8%)	12 (15%)	16 (23,5%)	1 person är barnledig
SS 25%	3 (4%)	8 (10%)	8 (11,7%)	1 person studerar 100%
Arb 100%	2 (3%)	3 (4%)	10 (14,7%)	
Arbetssträning	0	18 (22%)	3 (4,4%)	
Arbetslös	0	0	2 (2,9%)	
Sjukbidrag	0	3 (4%)		
Förtidspension	0	4 (5%)	26 (38,2%)	
Antal sysselsatta		49 (61%)	42 (61,8%)	

SS =sjukskrivna SERS = sjukersättning

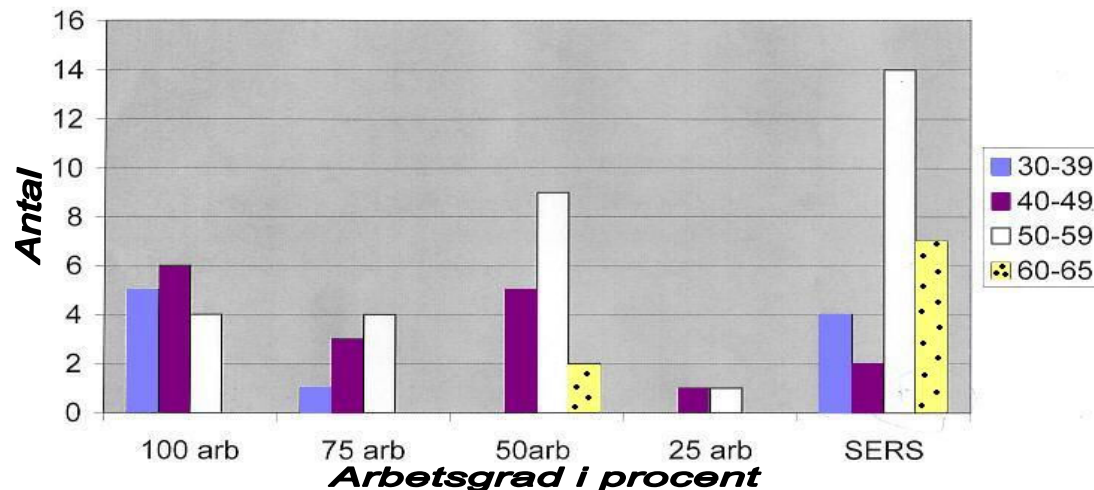


Man kunde också se i undersökningen att det fanns skillnader i hur mycket man arbetade i olika åldrar. Man såg att sjukersättning var vanligare bland de "äldre", medan de yngre återhämtade sig i större omfattning och stannade i arbete. Vi har i vår undersökning sett att gränsen för "äldre" är ca 55 år.

Tabell 3. Andelen arbetande under och över 55 års ålder. SERS= sjukersättning.



Tabell 4. Åldersfördelning med avseende på arbetsförmåga och sjukersättning.



Vi kunde se att i den yngsta gruppen med sjukersättning, kvinnor 30-39 år, fanns det 2 kvinnor som drabbats av recidiv. Orsaken till recidiven tror vi var att man inte följt den vid programmets slut överenskomna rekommendationen om en långsam återgång till arbete.

Slutsats

I den nu aktuella undersökningen framkommer att antalet sysselsatta efter 3 år är av samma omfattning som vid tidigare 1-årsuppföljning (år 2002), 61 %, och att arbetsgraden är högre, se tabell 2.

De som tidigare varit sjukskrivna vid 1-års uppföljningen har till största delen erhållit tidsbegränsad eller permanent sjukersättning om de var fortsatt arbetsoförmögna.

Man kan se att den goda effekten efter rehabilitering kvarstår och att arbetsförmågan inte försämrats över tid. Arbetsgraden har ökat hos dem som återgått i arbete vilket talar för en successiv förbättring.

Man kan enligt en tidigare studie konstatera, att rehabilitering av utmattade patienter lönar sig, och att vi nu också i denna studie har belegg för att detta goda resultat kvarstår och förbättras ytterligare efter 3 år.

Diskussion

Det finns många frågor att diskutera angående den undersökta gruppen (4). Det är troligen en ganska homogen grupp ur arbetssynpunkt, privatanställda tjänstemän men också en delvis heterogen grupp avseende symtom och diagnoser, varför man ställer sig frågan om den idag är representativ för en grupp patienter med arbetsrelaterat stressorsakat utmattningssyndrom.

Som svar på frågan får man nog säga att gruppen är representativ för patienter med utmattningssyndrom som generell diagnos, men att den inte är helt representativ för patientgruppen med arbetsrelaterade stressymtom som orsak till utmattningen.

Behandlingen har varit individuellt utformad, och patienterna har fått ta del av olika moment i rehabiliteringen allt efter behov. Den behandling man gett har inte varit tidigare prövad på utmattningssyndrom annat än i mycket begränsad omfattning.

Man kan också se att åldersprofilen på patienterna varit hög liksom utmattningsgarden, som ger sämre förutsättningar för återhämtning.

Bortfallet vid den nya undersökningen som är litet, är inte analyserad. Det kan ha varit de som mår bäst eller de som mår sämst som inte svarat och det kan ha betydelse för utfallet. Man kan också fråga sig om det var av någon betydelse att Stressmottagningen skickade ut frågeenkäterna till sina tidigare patienter?

Vi har inte efterhört om patienterna erhållit någon annan form av stressbehandling efter att de slutade på Stressmottagningen, vilket man bör tänka på vid eventuell undersökning av ny grupp.

Det finns ingen kontrollgrupp till någon av de 2 undersökta grupperna. Vi kan se att det skulle ha varit av stort intresse att se om patienter som inte fått någon rehabilitering alls återhämtade sig vad gäller arbetsförmåga. Dock talar de stora mängderna sjukpensionärer med utmattningsdiagnos för att få patienter i denna grupp spontant återkommit till arbete utan någon behandling eller rehabiliteringsinsats.

Denna patientgrupp var den första som rehabiliterades av Stressmottagningen och utgjorde ett pilotprojekt.

Då 1-årsuppföljningar av senare rehabiliterade grupper vid Stressmottagningen med arbetsrelaterat stressorsakat utmattningssyndrom givit betydligt bättre resultat vad gäller arbetsåtergång, vore det givetvis intressant att göra en mer långsiktig uppföljning även på dessa grupper för att se om de goda resultaten kvarstår och om patienterna även där förbättras över tid.

Referenser

1. Forsakringskassan.se [homepage on the Internet]. Sjukförmåner.[updated 2006 March 17]. Available from: <http://statistik.forsakringskassan.se/>.
2. Socialstyrelsen; Klassifikationer, information från Socialstyrelsen, november 2004.(Sweden): Socialstyrelsen 2004.
- 3 . Maslach K.Utbrändhet. Natur och kultur 1998.
4. Perski A, Grossi G. Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. Läkartidningen 2004;101(14):1295-8

Påverkar injektionsteknik utfall i lokal injektionsbehandling av lateral epikondylit?

Författare: Michael McKeogh

Handledare: Hans Erik Norbeck, Docent, Previa, Stockholm

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2005/06

Sammanfattning

Lateral humerusepikondylit är en vanlig åkomma som orsakar både lidande och sjukfrånvaro. Trots detta är både etiologi och behandling omtvistat. En av de vanligaste behandlingsformerna, lokal injektion av kortikosteroider, anses ge god behandlingseffekt. Det är allmänt accepterat att olika operationstekniker för samma åkomma ger olika behandlingseffekter och det är möjligt att detta även kan gälla injektionsteknik. Ingen studie har dock hittills utvärderat själva injektionstekniken som en del i behandlingen. Studien utformades för att jämföra behandlingsresultat av två förvalda injektionstekniker. Då ett kombinationspreparat innehållande både kortikosteroider och lokalbedövningsmedel användes, planerade man att mäta om den eventuellt snabba symptomlindringen med det lokalbedövande medlet kunde ha ett prognostiskt värde på individnivå.

För att testa detta standardiserades alla fysiska variabler kring injektionstekniken (sprutor, nålar, injektionssubstans, volym) och patienterna inkluderades från 8 olika centra. Studiens utformning var en (pilot) multicenter randomiserad behandlingsstudie i en rikstäckande företagshälsovårds regi. Patienterna randomiserades till en av två injektionstekniker lodrätt (grupp 1) respektive axial (grupp 2).

Gemensam patientdatabas och datainsamlingens utformning möjlig gjorde att patienter inkluderades på den lokala orten och att uppföljning skedde via standardiserade patient enkäter vid dag ett, 1,5 månader, tre månader och sex månader.

11 subjektiva mätparametrar, uppdelade i tre områden (1 smärtupplevelse, 2 aktivitetsbegränsning på fritiden, 3 aktivitetsbegränsning på arbetet) insamlades, före, samt 1,5, 3 och 6 månader efter behandlingen. Vidare registrerades om patienten upplevde den snabba effekten av lokalbedövningen vid behandlingen. Denna observation användes för uppdelning i subgrupper. Information angående eventuell sjukskrivning samlades in vid varje mätpunkt.

En ganska sträng definition av epikondylit har använts och inkluderingsvillkoren har varit hårda. Detta för att renodla undersöknings materialet och följaktligen var antalet inkluderade patienter i studien lågt (N=27, grupp 1 n=14 och grupp 2 n=13).

I båda grupperna var effekten av behandlingen markant efter 1,5 månader. 86% av patienter i grupp 1 rapporterade förbättring och 69% av grupp 2. Av patienterna som dessutom fick snabb effekt av bedövningsmedel i grupp 1 var siffrorna 82% och i grupp 2 60%.

Vid tre månader hade effekten tilltagit, 93% av patienter i grupp 1 rapporterade förbättring och 85% av grupp 2. För patienterna som fick den snabba effekten av bedövningsmedlet var siffrorna 91% för grupp 1 och 90% för grupp 2.

Vid 6 månader rapporterade 79% av patienterna i grupp 1 förbättring och 77% av patienterna i grupp 2. För patienterna som fick den snabba effekten av bedövningsmedlet var siffrorna 91% för grupp 1 och 90% för grupp 2.

Några statistiska signifikanta skillnader (mätt med chi2 metoden) i behandlings grupperna kunde ej hittas vid 1,5 månaders, tre eller sex månaders uppföljning. Den snabba effekten av bedövningsmedlet hade inget statistiskt signifikant prognostiskt värde.

Inledning

Lateral humerusepikondylit är en vanlig åkomma som orsakar både lidande och sjukfrånvaro. Trots detta är både etiologi och behandling omtvistad.ⁱ Incidensen beräknas till 1-5%^{ii,iii,iv} varav merparten är lateral och en mindre del medial epikondylit.

Lateral epikondylit är en åkomma som ofta resulterar i kontakt med företagshälsovård (FHV).^v Nya yrkesrelaterade fall är associerade till ”icke-neutral” position av armar och händer, bruk av tunga handverktyg, hög belastning och repetitivt arbete. Bland kvinnor finns även en association med låg psykosocial support på arbetsplatsen^{vi}.

Insatser från FHV är ofta arbetsplatsinriktade med ergonomisk bedömning av arbetsplatsen, ordination av tekniska hjälpmedel eller ändrade arbetsrutiner. Dessa insatser kompletteras oftast med någon eller några av följande behandlingar.

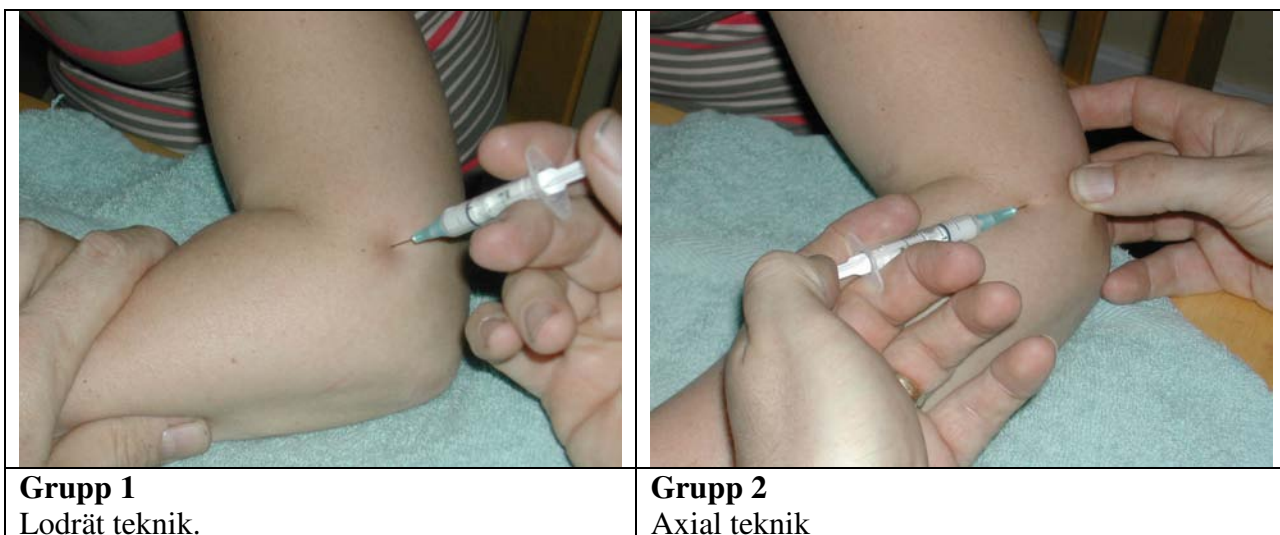
- Sjukgymnastinsatser i form av excentrisk träning eller töjning, epikondylitbandage, ultraljud och även TENS har provats. En ”systematic review” av 23 randomiserade kontrollerade studier, Smidt och medförfattare,^{vii} har trots det stora antalet studier visat motsägelsefulla resultat för alla interventioner förutom ultraljud, som endast visar svag effekt.
- Akupunktur har använts i många år och det finns vetenskapligt stöd för akupunktur som en effektiv behandling i ett tidigt skede.^{viii}
- Peroral antiflogisticabehandling kopplad till vila är en första linjen medicinska behandling. Denna behandling ger en statistisk signifikant symptomreduktion men biverkningarna är problematiska.^{ix}
- Lokala antiflogistica har jämförts med perorala i samma patienter och kan vara effektiv. Antal patienter i studien var dock lågt. (N=14).^x
- Kortikosteroid injektion (se nedan)
- I svåra terapiresistenta fall kan kirurgiska ingrepp vara indicerade.^{xi}

De vanligaste medicinska insatserna är dock antiflogisticabehandling, (antigen peroral eller lokal i form av gel/plåster), eller lokal steroid injektion. Många patienter efterfrågar just ”kortisoninjektion” och det finns en stark tilltro till behandlingen.

Behandlingen är ur ett medicinskt perspektiv snabb och enkel att administrera. Patienterna upplever den som smärtsam och att besvären kan förvärras under de första 24 timmarna. Behandlingseffekten kan dock väntas inom 48-72 timmar.^{xii}

Smidt och Windt har i en randomiserad kontrollerad studie från 2002 (N=185) visat att kortikosteroidbehandling var signifikant bättre än alla andra metoder vid sex veckor men återfallsfrekvensen var hög. Vid sen uppföljning, 52 veckor, visade det sig dock att fysioterapi givit bättre resultat än injektionsbehandling, detta var dock ej statistiskt signifikant.^{xiii} Hay och Pattersson har i en lika stor randomiserad kontrollerad studie (N=164) följt upp patienterna under 2 år. Deras slutsats bekräftar att tidig lokal kortikosteroidbehandling var effektivare än antiflogistica och placebo vid 4 veckor. Vidare bekräftas att resultatet i alla grupper (injektionsbehandling, naproxen och placebo) var bra vid ett och två år. De visade även att injektionsbehandlingsgruppen inte hade någon ökad återfallsfrekvens vid 1 år jämfört med naproxen och placebo.^{xiv}

I klinisk praxis finns, i princip, två olika tekniker för injektion (se figur 1). Utifrån detta faktum väcktes frågan om själva tekniken kan påverka resultatet. Det hör också till allmän praxis att kortikosteroiden blandas med lokal bedövning. En snabb effekt av bedövningsmedel kan då väntas inom några få minuter, men den inträffar inte alltid. Det är möjligt att denna snabba effekt kan ha ett prognostiskt värde. Många läkare använder den snabba effekten av lokalbedövningen som en bekräftelse på att den aktiva substansen har hamnat rätt, men någon studie där denna snabba effekt har visats vara av prognostiskt värde har ej kunna hittas. Om man lyckades hitta ett sådan pålitlig prognostisk faktor skulle det vara möjligt att inleda tidigt kompletterande behandling där den bedömdes indicerade.



Figur 1. Här visas de två olika injektionsteknikerna. Lodrät teknik är vanligast och ger kortast avstånd från huden till punkten med maximal smärta. Axial teknik ger längre avstånd men behandlaren kan palpera den maximala smärtpunkten samtidigt som han för kanylen dit.

Ett stort antal patienter skulle behövas i en sådan studie för att göra resultatet statistiskt signifikant. För att få tillräckligt med material krävs att flera centra deltar, att varje behandlande läkare injicerar med båda teknikerna och att tidsramen för uppföljningen är ganska lång. Den aktuella studien genomfördes i AB Previas regi.

Syfte och frågeställning

Huvudsyftet med studien var att utgöra ett pilotprojekt för kommande större studier som skulle uppnå större statistisk styrka.

Huvudfrågeställningen är "Påverkar injektionstekniken resultatet av lokal injektionsbehandling av lateral epikondylit"?

Det planerades att även belysa flera frågor

1. Kan den snabba bedövningseffekten av ett kombinerat kortikosteroid/lokalbedövningsmedel vara en prognostisk indikator för behandlingseffekt på lång sikt?
2. Kan läkarens känsla av att ha träffat periostiet med injektionskanylen ha ett prediktivt värde?

Undersökt grupp

Yrkesaktiva patienter mellan 30- 65 år av båda kön som sökte företagshälsovård för lateral epikondylit.

I denna studie definierades lateral epikondylit som radiell armbågssmärta under minst 4 veckor med samtliga tre följande kliniska undersökningsfynd.

1. Distinkt palpationsömhet laterala / radiella humerusepikondylen
2. Provokationssmärta vid aktiv extension i handleden mot motstånd
3. Provokationssmärta vid aktiv extension av digit 3 mot motstånd (Maudsley långfingertest).

Patienter exkluderades om något av följande tre villkor var uppfyllda

1. Tidigare injektionsbehandling av lateral epikondylit i den aktuella armen.
2. Tidigare reaktion på någon av injektionens komponenter.
3. Pågående sjukskrivning (oberoende av etiologi). Dock exkluderades inte patienter som blev sjukskriven under studiens gång.

Patienterna randomiserades till en av två grupper:

Grupp 1: Personerna i grupp 1 fick sin kortisoninjektion med sprutans nål vinkelrätt mot huden och epikondylen. Se vänster bild i figur 1

Grupp 2 : Personerna fick sin injektion med nålen i det närmaste parallell med huden och epikondylen. Se höger bild i figur 1

Efter randomisering visade det sig att åldersfördelningen i grupperna var lika. (Se tabell 1)

Tabell 1. Åldersfördelning per grupp

	Ålder		
	Min	Median	Max
Grupp 1 (n=14)	32	47	56
Grupp 2 (n=13)	32	45	64

Symptomduration i veckor fram tills inkluderande i studien var också lika i både grupper se tabell 2.

Tabell 2. Symptomduration i veckor uppdelat på grupp

	Symptomduration i veckor		
	Min	Median	Max
Grupp 1 (n=14)	4	10	60
Grupp 2 (n=13)	5	7	52

Däremot var könsfördelningen ej jämförbar (se tabell 3)

Tabell 3. Könsfördelning per grupp

	Män	Kvinnor
Grupp 1 (n=14)	9	5
Grupp 2 (n=13)	4	9

Metod

Denna studie planerades som en multicenter randomiserad studie där den enda insatsen från den behandlande läkaren utöver själva behandlingen var att informera patienten om studien, få patientens samtycke och ge patienten den första standardiserade enkäten.

Därefter kunde all uppföljning ske utan den behandlande läkarens medverkan.

Studiens upplägg med randomisering till en av två behandlingsalternativ krävde etiskt godkännande. Detta söktes och beviljades från den lokala Etiska kommittén.

Nio centra deltog. Materialinsamling planerades under en sexmånadersperiod 050501 tom 061130. Varje deltagande läkare fick ett studiepack med information om studien,

instruktioner om injektionsteknik och nödvändigförberedelse. All utrustning, injektionskanyler, injektionssprutor och injektionssubstans var densamma i alla centra. Injektionssubstans "Depomedrol Cum Xylocain"© i form av 1 ml ampuller användes för att få en standardiserad blandning av kortikosteroid och lokalbedövningsmedel. I samband med erbjudande av lokalsteroidbehandling fick de patienter som valde att medverka fylla i en patientenkät och därefter randomiserades de till antingen grupp 1 (N=14) eller grupp 2 (N=13) (se figur 1). För varje patient fanns en sluten kuvert med detaljer om vilken grupp patienten skulle randomiseras till. Detta öppnades efter patienten hade gett sin medgivande till att deltar i studien. Patienterna gavs behandlingen och dokumentation i datorjournalen skedde i en förprogrammerad mall där basdata samlades. Behandlande läkare ombads att dokumentera sin egen uppfattning om han hade träffat "rätt"(periostiet). En förnyad undersökning av patienten efter fem minuter genomfördes och patientens upplevelse av förbättring dokumenterades. Patienterna följdes därefter upp med en ny enkät som skickades hem efter 1,5 månader, 3 och 6 månader.

Vid varje undersökningstillfälle dvs. före injektionen (baseline), efter 1,5 månader, 3 respektive 6 månader, fick deltagarna fylla i en enkät med 11 frågor, som täckte följande 3 områden (block)

- 1) smärtupplevelse
- 2) aktivitetsbegränsningen på fritiden
- 3) aktivitetsbegränsningen på arbetet.

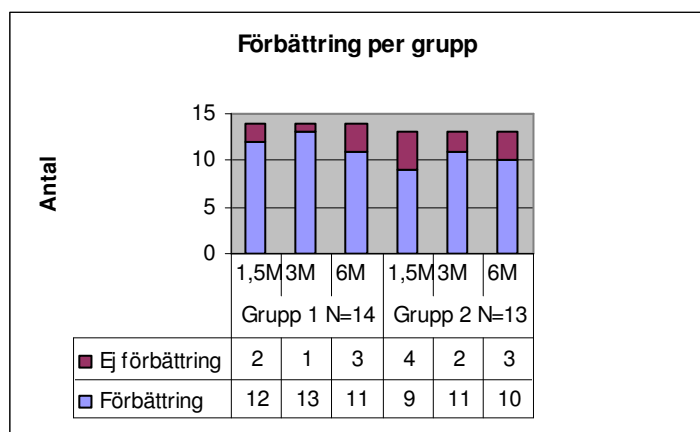
Frågorna hade 5 graderade svarsalternativ som fick en numerisk värde från 0 till 4. För att kunna studera förändringar i subjektiv upplevelse, summerades vid varje enkättillfälle värdena på frågor i samma block och jämfördes med utgångsvärdena. Slutligen summerades blocksummorna för att kunna bedöma den totala förändringen.

Positiva siffror indikerar en förbättring och negativa en försämring. Chi2 tester användes för att testa statistisk signifikans.

I studien förekom ett bortfall på endast tre personer som aldrig svarade på enkäten vid 1,5 månader eller senare. Dessa är inte inkluderade i databearbetningar utan räknades bort från dag ett. Av resterande som svarade vid 1,5 månader (n=27) fanns inget bortfall vid tre eller sex månader (fem påminnelser skickades ut totalt).

Resultat

Effekten av lokal kortikosteroidinjektion var god efter 1,5 månader (21 av 27 patienter) och bättre efter tre månader (24 av 27 patienter). Effekten avtog något i båda grupperna vid sex månader. Se figur 2. Grupp ett tyckes ha bättre effekt överlag men försämringen vid sex månaders uppföljning var mer markant än i grupp två. Statistisk signifikans förelåg inte mellan grupperna (Chi2).



Figur 2. Antal patienter som upplever förbättring vid uppföljning uppdelat per grupp.

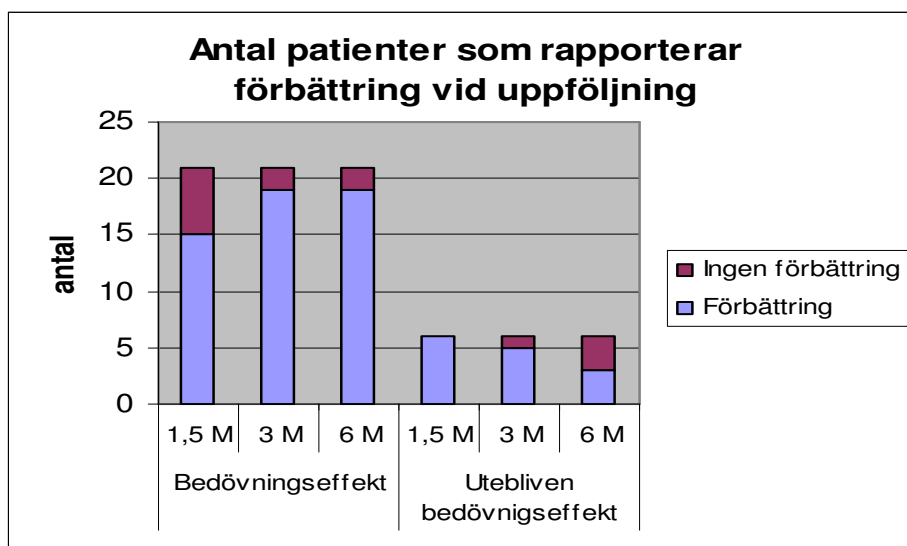
Patienterna i de båda grupperna delades upp i de som fick den snabba lokalbedövningseffekten inom 5 minuter från injektionstillfället och de där effekten uteblev för att jämföra förbättring vid uppföljnings tidpunkterna. Här förelåg det inte heller någon skillnad mellan grupperna enl. Chi2.

Se tabell 4

Tabell 4

		Månader		
		1,5	3	6
Grupp 1	Bedövnings effekt N=11	9	10	10
	Utebliven bedövningseffekt N=3	3	3	1
Grupp 2	Bedövnings effekt N=10	6	9	9
	Utebliven bedövningseffekt N=3	3	2	2

I och med att det inte fanns någon skillnad mellan grupp 1 och 2 har grupperna slagits ihop. Därefter analyserades om det fanns några skillnader mellan patienterna som fick den snabba lokalbedövningseffekten och patienterna där effekten uteblev. I gruppen som fick den snabba effekten ("bedövningseffekt") rapporterade 15 av 21 förbättring vid 1,5 månader och 19 vid 3 och sex månader. I gruppen där den snabba effekten uteblev ("utebliven bedövningseffekt") rapporterade 6 av 6 patienter förbättring vid sex veckor men antalet minskade till 5 och 3 vid 3 respektive 6 månader. Se figur 3.

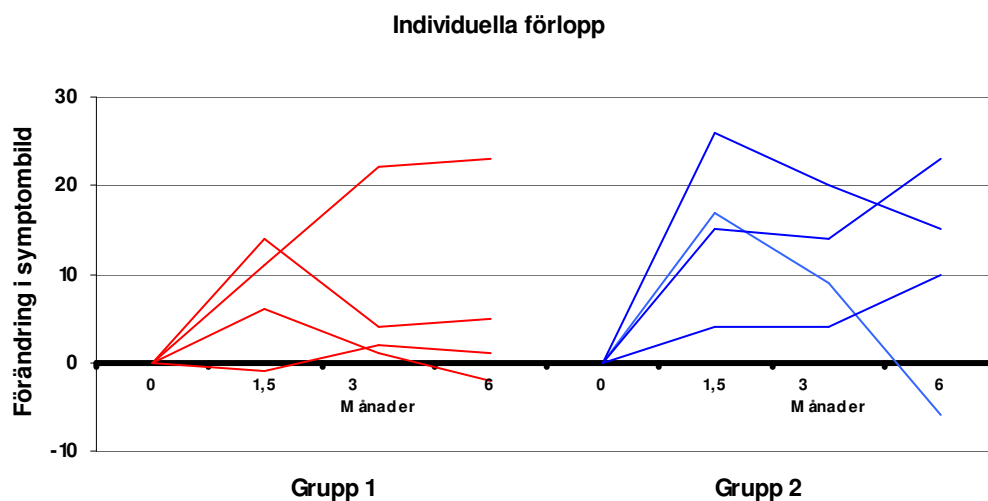


Figur 3. Fem minuter efter injektionsbehandlingen blev subjekten undersökta. Den snabba bedövningseffekten delades upp i 2 grupper ”bedövningseffekt” (N=21) och ”utebliven bedövningseffekt”(N=6).

De individuella förloppen var väldigt varierande med allt från markant förbättring 1,5 månader efter behandlingen med fortsatt effekt vid tre och sex månader till minimal förbättring eller tom försämring vid 1,5 månader och fortsatt försämring vid senare uppföljning.

Figur 4 visar 4 exempel på förlopp i vardera gruppen.

I hela 92,6% av samtliga fall hade behandlande läkare känslan av att ha träffat periostiet med injektionskanylen.



Figur 4. Individuella förlopp.

Diskussion

Resultaten bekräftade det som är tidigare känt, nämligen att resultatet av injektionsbehandling vid epikondylit är initialt god men att återfallsfrekvensen tilltar med tiden.^{13,14} Studiens utformning var enkel, krävde minimal behandlings insats och tillät att man inkluderade patienter fortlöpande från flera centra.

Hypotesen att injektionstekniken vid administration av lokal kortikosteroider vid lateral epikondylit kan påverka behandlingsresultatet är intressant. Studien har dock inte kunnat påvisa någon sådan skillnad. Inte heller kunde det påvisas, att den initiala smärtlindringen av lokalbedövningsmedlet hade något prognostiskt värde.

Den höga svarsfrekvensen 90% (bortfall 3 av 30) kan bero på att enkäten var så lätt att fylla i.

Stränga exkluderande villkor (alla med tidigare injektionsbehandlad epikondylit {samma arm} och alla med pågående sjukskrivningar {heltid eller deltid oavsett orsak}) gav ett rent undersökningsmaterial men begränsade antalet patienter avsevärt trots 6 deltagande centra. Detta kan ha bidragit till att denna studie inte kunde bekräfta eller säkert dementera injektionsteknikens betydelse. Studieupplägget skulle dock kunna användas för att ge ett svar på denna fråga, om insamlingsperioden utökades. Ytterligare uppföljning var tredje månad upp till två år skulle vara önskvärd vid en sådan satsning. Utvärderingen blir mer komplicerad ju längre uppföljningen pågår då förnyad injektionsbehandling eller andra behandlingsinsatser komplicerar bilden. Ingen av de inkluderade fallen har enligt patientens FHV journal, fått förnyad injektionsbehandling under studietiden. Detta kan dock ha skett utanför FHV:s regi. Andra parallella behandlingar (sjukgymnastik, antiflogistica, akupunktur mm) har inte heller efterfrågats efter inkluderingen och hänsyn bör tas till detta i eventuellt kommande studie.

Att dela upp skattade symptom i olika block ger möjlighet att undersöka om vissa områden (fritid eller arbete) var mer känslig för behandlingen. Metodiken tillåter denna uträkning på ett enkelt sätt men antalet patienter i denna studie var för få att möjliggöra någon meningsfull utvärdering.

En av mätparametrarna som visade sig ge dåligt utslag var läkarens uppfattning om periostiet träffades eller ej. I 25 av 27 fall uppgav läkaren att den träffats, vilket stöds av den höga andel patienter (21 av 27) som fick omedelbar smärtlindring av lokalbedövningsmedlet.

Ett förvånande resultat var att sjukskrivningar pga. epikondylit under studietiden var minimala, endast 1 av 27 behövde sjukskrivas, och då endast på halvtid.

Slutsats

Studien har inte kunnat påvisa att injektionsteknik påverkar resultatet av lokal kortikosteroid behandling vid lateral epikondylit. Vidare har man inte kunnat visa att den snabba bedövningseffekten av ett kombinerat preparat, har något prognostisk värde. Antal deltagare var dock för lågt att säkert dementera ett samband och vidare studier inom området behövs. Studien bekräftar dock att injektionsbehandling ger god symptomlindring i upp till sex månader i denna patientgrupp.

Litteraturreferenser

- ⁱ Boyer MI. Lateral tennis elbow: "Is there any science out there" J Shoulder Elbow Surg 1999;8: 481-91
- ⁱⁱ Chop WM. Tennis elbow. Postgrad Med J 1989; 86: 307-8.
- ⁱⁱⁱ Cailliet R. Elbow pain. Hand pain and impairment. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1994: 183-9
- ^{iv} Allander E. Prevalence, incidence, and remission rates of some common rheumatic diseases or syndromes. Scan J Rheumatol 1974; 3: 145-53.
- ^v Kivi P. The etiology and conservative treatment of humeral epicondylitis. Scand J Rehabil Med 1983;15(1):37-41
- ^{vi} Haahr JP. Physical och psychosocial risk faktors fo lateral epiconylitis. Occup. Environ. Med.2003;60;322-329
- ^{vii} Smidt N. Assendelft W et al. Effectiveness of physiotherapy for lateral epicondylitis: a systematic review. Annals of Medicine Volume 35, number 1 January 2003, pp 51-62(12)
- ^{viii} Trinh, KV. Acupuncture for the alleviation of lateral epicondyle pain: a systematic review. Rheumatology Volume 43 , Number 9, September 2004, pp, 1085-1090(6)
- ^{ix} Labelle H, Guibert R. Efficacy of diclofenac in lateral epicondylitis of the elbow also treated with immobilisation. Arch Fam Med. 1997 May-Jun;6(3):263-4
- ^x Burnham R. The effectiveness of topical diclofenac for lateral epicondylitis. Clin J Sport Med. 1998 Apr;8(2):78-81
- ^{xi} Boyer MI. Lateral tennis elbow: "Is there any science out there" J Shoulder Elbow Surg 1999;8: 481-91
- ^{xii} Lewis M, Hay EM. Local steroid injections for tennis elbow: does the pain get worse before it gets better? Clin J Pain, 2005 Jul-Aug;21(4):330-4
- ^{xiii} Smidt N, van der Wint DA. Corticosteroid injections, physiotherapy or wait-and-see policy for lateral epicondylitis. Lancet 2002 Feb 23;359(9307):657-62.
- ^{xiv} Hay EM, Patterson SM, Pragmatic randomised controlled trial of local corticoseroid injection and naproxen for treatment of lateral epicondylitis of elbow in primary care. BMJ 1999;319;964-968