

Försäkringskassans 7-stegsmodell i teori och praktik

En beskrivning av försäkringskassans bidrag till rehabiliteringen

av 39 långtidssjukskrivna patienter

under 2002

Författare Sigrid Gärdek

Handledare Birgitta Herloff

Projektarbete vid företagsläkarkursen,

Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet 2002/03

Innehållsförteckning

	Sid
Förord	2
Sammanfattning	3
Inledning	4
Syfte	5
Material och metod	5
Undersökt grupp	6
Resultat	6
Diskussion	10
Referenser	11

Förord

Jag vill här tacka min handledare Birgitta Herloff för visat intresse samt hjälp att begränsa projektet. Jag vill också tacka företagsläkare Rolf Sjöblom, Previa, för projektidéen samt värdefulla synpunkter på resultaten.

Sigrid Gärdek, AB Previa Gävlegatan 22, 113 30 Stockholm.

Telefon: 08-728 52 40. Fax: 08- 30 23 46.

sigrid.gardek@previa.se www.previa.se

Försäkringskassans 7-stegsmodell i teori och praktik

En beskrivning av försäkringskassans bidrag till rehabiliteringen av 39 långtidssjukskrivna patienter under 2002

Sigrid Gärdek, AB Previa, Gävlegatan 22, 113 30 Stockholm. Telefon: 08-728 52 40. Fax: 08- 30 23 46.

sigrid.gardek@previa.se www.previa.se

Sammanfattning

Försäkringskassans (FK) handläggare är en central person för att en smidig rehabilitering av långtidssjukskrivna skall kunna äga rum. Jag har velat visa hur FK:s insatser har sett sig för ett antal patienter sett ur företagshälsovårdens perspektiv. Patienterna som har studerats har varit bokade för rehabilitering hos företagshälsovården och de har följts under ett år. FK:s samordningsansvar har tagit sig uttryck i ställningstagande till sju rehabiliteringssteg där första steget är återgång i arbete utan andra insatser än de rent medicinska och det sjunde steget innebär bedömningen att patienten är långvarigt eller varaktigt arbetsoförmögen. I denna studie som enbart visar rehabiliteringen för ett begränsat antal patienter under en begränsad tid kan man ana FK:s närvaro främst i form av begäran om ”särskilt läkarutlåtande om hälsotillstånd” LUH. Detta utlåtande från behandlande läkare används sedan som underlag för FK:s rehabiliteringsinsatser. Vad man kan sakna är FK:s fysiska närvaro på de möten arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga konsulent regelbundet kallar till och där förutom patienten och hans/hennes arbetsledare också företagshälsovården finns med. I de här studerade rehabiliteringsärendena var FK aktiv i knappt hälften (45%). Några gånger hamnade insatserna lite snett kanske just beroende på att den fysiska närvaron saknades.

Inledning

Som företagsläkare i det dagliga rehabiliteringsarbetet med patienter från en stadsdelsförvaltning i Stockholm ställer man sig ofta frågan ”Var finns försäkringskassan”?

Inom stadsdelsförvaltningen är de yrkesgrupper, som till stor del står för den ökade långtids-sjukskrivningen i landet, väl representerade. Den största ökningen står kvinnor inom ”Barn och omsorg” för och även i mitt patientunderlag är det dessa kvinnor som är över-representerade.

Försäkringskassan (FK) slår i ett informationsblad till läkare januari 2002 (1) fast sitt övergripande samordningsansvar för de åtgärder som kan krävas för att en tidigare sjuk person skall kunna bli tillräckligt arbetsför för att kunna försörja sig själv genom arbete. Redan efter 28 dagars sjukfrånvaro skall en ”rehabiliteringsutredning” upprättas av arbetsgivaren och arbetstagaren och denna skall sen ligga till grund för den rehabiliteringsplan som vid behov upprättas tillsammans med FK i samråd med den sjukskrivne.

Det finns ibland en osäkerhet kring de olika aktörernas ansvarsområden och många gånger orealistiska förväntningar på ”de andras” insatser vilket inte underlättar rehabiliteringen för den enskilda patienten. Ansvaret för rehabiliteringen delas mellan arbetsgivare och FK. Företagshälsovården finns med som ett oberoende stöd för arbetsgivaren för att rehabiliteringsprocessen skall kunna drivas så smidigt som möjligt för de patienter som av olika anledningar fastnat i en sjukroll. De anställda personer som arbetsgivaren, i det här fallet en stadsdelsförvaltning i Stockholm, önskar hjälp med är till största delen de som inte kunnat eller velat/vågat gå tillbaka till sin tidigare arbetsplats trots att de har återfått åtminstone en viss arbetsförmåga.

Om rehabiliteringen över huvud taget skall bli framgångsrik krävs att de olika aktörerna samarbetar och då är de gemensamma rehabiliteringsmötena en god hjälp.

I allmänhet är det den behandlande läkaren inom sjukvården som ensam ansvarar för den medicinska vården och de åtgärder som krävs för att patienten skall bli frisk och kunna komma tillbaka till sitt ordinarie arbete. Det är först när arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser i form av anpassade arbetsuppgifter eller arbetsförhållanden blir aktuella som FK:s samordningsansvar kommer in i bilden.

Den enskilde handläggaren har en viktig roll i processen då det är FK som bland annat kan ge ekonomiska bidrag till hjälpmedel om arbetsplatsen behöver anpassas. Ännu viktigare med dagens sjukdomspanorama är den rehabiliteringsersättning FK kan bevilja för arbetsträning eller utbildning vilket ofta är en förutsättning för att en person skall kunna komma tillbaka i arbete efter en längre tids sjukdom. Samordningen sker i enlighet med 7-stegsmodellen (2) där FK:s handläggare i varje steg tar ställning till arbetsförmåga, ersättningsrätt och rehabiliteringsbehov.

Följande steg ingår i modellen:

- Steg 1.** Kan patienten återgå i sitt vanliga arbete utan anpassning av arbetsuppgifter eller arbetsförhållanden?
- Steg 2.** Behöver och kan arbetsplatsen anpassas på sådant sätt att patienten kan gå tillbaka i arbete?
- Steg 3.** Kan patienten omplaceras hos arbetsgivaren?
- Steg 4.** Kan patienten omplaceras hos arbetsgivaren efter rehabilitering/utbildning?
- Steg 5.** Kan patienten klara ett annat på arbetsmarknaden vanligt förekommande arbete utan rehabilitering?
- Steg 6.** Kan patienten klara ett annat på arbetsmarknaden vanligt förekommande arbete efter rehabilitering/utbildning?
- Steg 7.** Är patienten arbetsoförmögen för avsevärd tid kan han ansöka om sjukbidrag för ett eller två år. Bedöms arbetsförmågan varaktigt nedsatt kan patienten efter prövning få sjukpension.

Syfte

Studien syftar till att visa hur en patientgrupp, hänvisad till företagshälsovården för hjälp med rehabilitering, kan se ut och i vilken grad FK levt upp till sitt samordningsansvar.

Material och metod

Det ursprungliga undersökningsmaterialet består av journaler på 39 patienter, anställda vid en stadsdelsförvaltning, vilka bokats till mig under januari 2002 som rehabiliteringsfall. Från datajournaltexten har rehabiliteringsprocessen sedan följts under en ettårsperiod. Då man på den aktuella företagshälsovården bytt journalsystem under den studerade perioden har jag av tidsmässiga och praktiska skäl ej kunnat följa den ursprungliga avsikten att ingående

studera journaler på samtliga patienter utan har valt att hålla mig till de 22 patienter som var kvar i rehabiliteringsprocessen när datajournalen infördes juni 2002. En tolkning har gjorts av vilket ”steg” i rehabiliteringsprocessen, i FK:s så kallade ”7-stegsmodell” som varit aktuell. FK:s intentioner i rehabiliteringsärenden, som beskrivits i ett informationsutskick till läkare i Stockholms län i januari 2002, har jämförts med den faktiska rehabiliteringsprocessen för några slumpvis utvalda patienter. Finns brister i FK:s samordning och vad kan företagshälsovården bidra med för att rehabiliteringen skall underlättas?

Undersökt grupp

För att få en slumpvis utvald patientgrupp att studera i förhållande till FK:s insatser vid rehabiliteringen valdes de trettionio patienter från den ovan nämnda stadsdelsförvaltningen som under januari 2002 bokats under rubriken ”Rehabilitering”. Dessa skulle sedan följas under ett år.

Av de utvalda patienterna var sjutton avslutade i juni när datajournal infördes. Två personer hade bytt arbete, två hade återremitterats till sin vårdcentral och två hade remitterats till psykiatri. Övriga elva personer var avslutade efter mellan ett till sju besök vilket var betydligt glesare än den kvarvarande patientgruppen på tjugotvå personer. Den före juni avslutade patientgruppen bestod av tre män och fjorton kvinnor i åldern tjugosju till femtiotvå år.

Studien omfattar i huvudsak de 22 personer som var bokade i januari 2002 men ännu ej avslutade i juni när datajournal infördes och den studerade perioden är juni 2002 till januari 2003. Uppgifterna är tagna från de avkodade datautskriften vilka numrerats och märkts med kön och ålder.

Resultat

Den undersökta gruppen bestod av sex män och sexton kvinnor som när studien påbörjas i juni redan varit sjukskrivna länge och haft kontakt med företagshälsovården ett okänt antal månader, dock minst fem, dvs. januari till maj 2002. Åldersmässigt var de något äldre än de patienter som redan var avslutade, med en genomsnittsålder på 48 år (32 - 62 år).

Tolv personer, arbetade i skola/barnomsorg, med yrken allt från rektor till barnskötare. Sju personer kom från vård/omsorg och övriga tre personer hade administrativa arbeten.

Diagnoserna var uppdelade i psykisk (tolv personer), både psykisk och somatisk (sex personer) och enbart somatisk (fyra personer). (Tabell1)

18 personer hade ordinerats antidepressiv medicinering då den psykiatriska diagnosen var ”stressrelaterad depression” i de allra flesta fallen. Av de 22 studerade personerna hade fyra invandrarbakgrund och av dem hade tre rent somatiska diagnoser och en enbart psykisk diagnos.

Vid den aktuella stadsdelsförvaltningen fanns som rutin regelbundna rehabiliteringsmöten två gånger i månaden för de patientärenden där företagshälsovården var delaktig.

Samman kallande och alltid närvarande var, förutom företagsläkare, personalavdelningens rehabiliteringskonsult. Till dessa möten var arbetsledaren och om patienten önskade även facket inbjudna men en lika viktig person var patientens försäkringskassehandläggare.

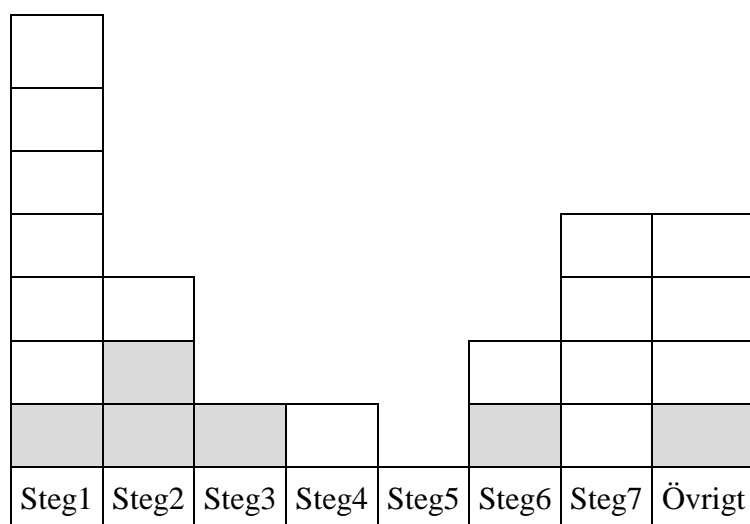
Handläggarens synpunkter på ersättningsrätt och rehabiliteringsbehov är som tidigare nämnts av stort värde för att den planering som görs under mötet och de åtgärder som diskuteras skall kunna förverkligas.

Av de 22 personer min studie omfattar var sex aktuella för rehabiliteringsmöten under de åtta månaderna och vid dessa möten kunde FK:s handläggare av olika orsaker endast närvara vid ett tillfälle.

Tabell 1. Diagnos hos personer som haft respektive inte haft rehabiliteringsmöte.

6 personer som haft rehabiliteringsmöte	Enbart somatisk diagnos 1	Enbart psykisk diagnos 2	Somatisk och psykisk diagnos 3
16 personer som ej haft rehabiliteringsmöte	Enbart somatisk diagnos 3	Enbart psykisk diagnos 10	Somatisk och psykisk diagnos 3

Försäkringshandläggarens ansvar är som tidigare nämnts att ta ställning till den försäkrades arbetsförmåga och med hänsyn till den rehabiliteringsbehov och ersättningsrätt. Detta görs i enlighet med ”de 7 stegen”. Insatserna för de 22 patienterna fördelade sig som man kan se i figur 1.



Figur 1. Rehabiliteringsutfallet för 22 patienter efter ett år. Grå rutor är män.

Steg 1.

Sju patienter (en man och sex kvinnor) kunde återgå i sitt tidigare arbete på heltid. Fyra av patienterna friskskrevs efter upptrappning av arbetstiden men utan rehabiliteringsersättning. FK begärde LUH på två patienter som dock kunde friskskrivas utan ytterligare insats. En patient friskskrevs i samband med att han bytte arbetsgivare.

Steg 2.

Tre patienter (två män och en kvinna) kom tillbaka i sina tidigare arbeten med anpassade arbetsuppgifter och deltid. Båda männen hade tät kontakt med beteendevetare. Den ene arbetade deltid med lön medan den andre arbetade mindre än 25 % och alltså i praktiken var helt sjukskrivna fortfarande. Kvinnan var den enda patienten där FK varit närvarande på det gemensamma rehabiliteringsmötet. Hon hade två allvarliga somatiska diagnoser samt en psykisk och gick fortlöpande på kontroller två ggr om året. Hon behöll kontakten med sin vårdcentral och sjukgymnast och fick mycket god hjälp av sin arbetsledare med anpassade arbetsuppgifter vilket gjorde att hon kunde arbeta deltid.

Steg 3.

En man fick ett nytt arbete hos sin arbetsgivare utan inblandning från FK.

Steg 4.

En 61-årig kvinna omplacerades i annat arbete efter arbetsträning med rehabiliteringsersättning. Två patienter avbröt påbörjad arbetsträning efter några dagar, den ena med motiveringen ”det är inte min grej”.

Steg 5.

Ingen av de aktuella patienterna sökte sig ut på den fria arbetsmarknaden. En man med en svår kronisk sjukdom ville gärna ha ett annat arbete men utan att behöva omskola sig och utan att behöva säga upp sig.

Steg 6.

En man beviljades ett års sjukbidrag för att slutföra sin prästutbildning. En kvinna arbetstränade med rehabiliteringsersättning med förlängd tid för att om möjligt kunna få ett annat arbete utanför stadsdelsförvaltningen.

Steg 7.

Fyra kvinnor beviljades sjukbidrag/sjukpension. I ett av fallen fick en 62-årig kvinna sjukpension först efter utredning av arbetsförmåga på ett rehabiliteringscenter. En patient arbetade deltid i väntan på garantipension. Åldersfördelningen bland de tolv patienter (åtta kvinnor, fyra män) som kommit tillbaka i arbete helt eller delvis var mellan 31 och 61 år. Lika många (tre kvinnor, två män) var mellan 31 och 40 år som mellan 41 och 50 år. Endast två patienter var över 50 år (Tabell 2).

Tabell 2. Endast två patienter över 50 år kom tillbaka i arbete.

31 till 40 år	41 till 50 år	51 till 60	över 61 år
3 kvinnor heltid	2 kvinnor heltid,	1 kvinna heltid	1 kvinna deltid
2 män deltid	1 man heltid, 1 deltid		

Diskussion

Min fråga var ”var finns FK?” i rehabiliteringsarbetet. Studien visar att för de aktuella 22 patienterna har FK inte varit närvarande på mer än ett av de ”gemensamma” rehabiliteringsmötena där övriga aktörer regelbundet samlats. Denna närvaro gav som resultat att patienten är nöjd med att fortsätta arbeta halvtid. Under 2002 har det saknats en fast samordnare från FK men man har blivit lovad ändring från 1:a juli 2003.

FK var dock aktiv på annat sätt i tio fall av de 22 ärendena under den studerade perioden. Fyra patienter beviljades arbetsprövning med rehabiliteringsersättning. Tyvärr avbröt två av dessa patienter arbetsprövningen efter bara några dagar vilket talar för orealistisk planering. Det är trots allt bättre med bakslag än att man inte har försökt hjälpa patienten.

Den bedömning FK förefaller göra vid det första steget i ”7 stegsmodellen” är att rehabiliteringen flyter på med hjälp av den behandlande läkaren i sjukvården. Vid andra och tredje steget bedöms arbetsgivaren klara sitt rehabiliteringsansvar själv med anpassning av arbetsplats/arbetsuppgift eller med omplacering av den anställda till annat arbete inom företaget. Tidigare, när sjuklighetspanoramata var annorlunda med mer fysiska skador efter tunga lyft eller monotont arbete, var det säkerligen vanligare med insatser från FK för ergonomisk anpassning av arbetsplatsen. Hur FK skall kunna hjälpa till med arbetsplatsanpassning vid stresskador borde vara en uppgift för företagshälsovården att visa på. Vi sitter inne med kunskaperna men har många gånger svårt att nå ut med dem till arbetsgivaren. Vid det fjärde steget på skalan är det betydligt lättare att se vad som behöver göras från såväl arbetsgivar- sidan som från FK.

Här är värdet av samplanering tydligt för att arbetsträning/arbetsprövning med rehabiliteringsersättning skall bli framgångsrik. Många gånger önskar man att fler patienter kunde komma in tidigare i denna del av processen.

Att motivera en långtidssjukskriven person att lämna den relativa anställningstryggheten i kommunen för att prova på ett annat arbete är svårt. För att den tillfrisknande patienten skall våga prova andra arbeten än de som arbetsgivaren har möjlighet att erbjuda krävs samordning också med arbetsförmedlingen, men enligt nuvarande regler tar man där enbart emot redan arbetslösa.

FK, som har möjlighet att bevilja rehabiliteringsbidrag för arbetsträning, arbetsprövning eller kortare utbildningar som leder till arbete, bör ha stor glädje av att få hjälp i sin bedömning av ett gemensamt möte med representanter från övriga aktörer.

Företagsläkarens roll är att göra den medicinska bedömningen av arbetsförmågan i förhållande till det aktuella arbetet. Patienten skall när han blir aktuell för rehabilitering vara färdigbehandlad från sjukvården vilket inte nödvändigtvis innebär att han/hon är helt frisk. Arbetsförmågan kan vara mer eller mindre nedsatt, mer eller mindre varaktigt. Bedömningen av rätt till sjukbidrag/sjukpension vilket är det sista steget på den sjugradiga skalan gör FK alltid sedan man begärt in ett LUH från den behandlande läkaren. I komplicerade fall får sedan handläggaren ytterligare hjälp av FK:s egen försäkringsläkare som i sin tur bedömer underlaget från sjukvården. Beslutet att bevilja sjukbidrag alternativt sjukpension kan därefter tas i en särskild nämnd.

Gemensamma rehabiliteringsmöten mellan patient, rehabiliteringskonsult från arbetsgivaren, arbetsledare, företagsläkare och inte minst FK:s handläggare är viktiga främst som en möjlighet att utnyttja tiden optimalt. Det är oacceptabelt att en tillfrisknande patient skall vara aktuell hos den redan hårt belastade företagshälsovården i flera månader utan att komma igång med arbetsträning på grund av brister i samplaneringen. Patienten kan tolka den utdragna tiden som bristande intresse från arbetsgivarens sida att få honom/henne tillbaka i arbete. Särskilt gäller detta för de nu så aktuella "utbrända" vilka bland annat utmärks av en bestående psykisk skörhet.

De skillnader i diagnos som fanns mellan patienter aktuella för "rehabmöte" jämfört med dem utan möte skulle delvis kunna bero på "utbrända" patienters obenägenhet för stora möten då de ofta besväras av lättväckt ångest. Tyvärr ökar ångesten ytterligare när planering drar ut på tiden.

Den förändring i rutinerna som införs från den första juli 2003 i den studerade stadsdelsförvaltningen och som innebär att man på rehabiliteringsmötena får en fast FK-samordnare är efterlängtd och kommer säkert att innebära smidigare och snabbare handläggning av patientärendena.

Referenser

1. Försäkringskassan Stockholms län (januari 2002). Information till läkare.
2. Försäkringskassan Stockholms län. Steg för steg modellen.