

Uppföljning av rehabiliteringsbedömningar

Författare: Rikard Lövström, Boråshälsan AB

Handledning: Birgitta Herloff, Arbets- och miljömedicin,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Assistans: Helena Rohdén, Boråshälsan AB

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska
akademin vid Göteborgs Universitet, 2003/2004

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	2
SAMMANFATTNING	3
INLEDNING	4
Rehabteambedömningar	4
Arbetsflöde vid bedömningarna	4
Syfte	5
UNDERSÖKT GRUPP	5
METOD	5
RESULTAT	6
De flesta fick initiativet tillbaka	6
Teamets insats värderades högt	7
Åtgärdsförslagen	8
DISKUSSION	9
Kunde uppföljningen visa hur det gått?	9
Tillförde utvärderingen rehabteamet något?	9
Kan utvärderingsmodellen återanvändas?	9
Fler positiva effekter	9
Svaga punkter i rehabteambedömningarna	10
KONKLUSION	10
LITTERATURREFERENSER	10

SAMMANFATTNING

Kontaktuppgifter: Rikard Lövström, Storgatan 69, 523 31 Ulricehamn, tel 0321-53 23 30, e-post rikard.lovstrom@borashalsan.se.

En grupp på 18 personer som arbetade med montering på line bedömdes efter i snitt 14 månaders sjukskrivning av ett tvärprofessionellt team inom företagshälsovården. Arbetsgivaren valde till denna fördjupade bedömning ut de som haft långa sjukskrivningar eller där det fanns tveksamheter kring fortsatt arbetsförmåga. De utvalda träffade först företagsläkaren som gjorde en medicinsk bedömning samt sorterade upp oklarheter kring rehabiliteringsbedömningen och syftet. Sen gjorde övriga teamdeltagare (företagssköterska, beteendevetare, ergonom, arbetsmiljöingenjör) sina bedömningar och därefter träffades teamet för att göra en sammanfattning och samla ihop åtgärdsförslag för respektive bedömd person.

Företagsläkaren stämde sen av slutrapporten med den bedömde och efter smärre justeringar lämnades slutrapporten till både den bedömde och till arbetsgivaren. Tanken var att ge återkoppling till arbetsgivaren för effektivare rehabiliteringsarbete på såväl individuell som gruppnivå, samt att den bedömde skulle få ett verktyg att driva sin rehabilitering framåt.

För att utvärdera vår insats utarbetades en intervjuguide och vår sekreterare intervjuade sen de bedömda per telefon 4-5 månader efter avslutad bedömning, både för att skaffa oss en bild av de enskilda resultaten och för att finna förbättringspotentialer för vår tjänst. Ytterligare ett syfte var att se om denna procedur att utvärdera kunde fungera som uppföljningsinstrument vid komplexa företagshälsovårdsinsatser som denna.

Resultatet visade att trots att de enskilda rehabprocesserna innan bedömningen hade uppfattats stå nästan still, hade de nu stimulerats så att avgörande förändringar hade uppnåtts för 13 av de 18 bedömda. Sjukskrivningsgraden hade också minskat med i snitt 20 procentenheter. Av 104 givna åtgärdsförslag hade 81 i efterhand upplevts rimliga, 48 kunnat följas, 37 fungerat och 34 upplevts positivt. Rehabiliteringsinsatsen hade huvudsakligen uppfattats positivt med ett snittbetyg på 4.24 på en skala från 1 (sämst) till 5 (bäst).

Resultatet visade också att telefonintervjuer understödda av en intervjuguide var en fungerande metod för att utvärdera och förbättra en komplex tjänst som denna.

Svaga punkter vid rehabiliteringsbedömningarna har av artikeluppfattaren uppfattats vara risken att inkräkta på andra aktörers revir, risken att den enskilde inte orkade ta initiativet trots att bedömningen gav ett gott underlag, samt att ett lyckat slutresultat också är mycket beroende av arbetsgivarens kompetens och intresse att utveckla sig i rehabiliteringsfrågor.

Slutsatserna av utvärderingen var att vi kunde se att rehabiliteringsbedömningarna var ett bra sätt att stimulera rehabprocessen för de bedömda, samt att telefonintervjuerna fungerade bra som uppföljningsmetod för en komplex företagshälsovårdstjänst som denna. Metoden borde också kunna överföras till andra komplexa tjänster inom FHV.

INLEDNING

De ökande problemen med långa sjukskrivningar kräver åtgärder av olika slag. En åtgärd är att företagshälsovården (FHV) gör tvärprofessionella arbetslivsanpassade bedömningar av rehabiliteringspotentialer. Riksförsäkringsverket presenterade år 2000 en enkätundersökning där hälften av de sjukskrivna ansåg att arbetet helt eller delvis orsakat deras sjukskrivning och att sex av tio ansåg att de skulle kunna arbeta deltid [1]. AFA menade i februari 2003 att endast åtta procent av de långtidssjukskrivna får rehabilitering [2], trots att varje satsad krona på rehabilitering samhällsekonomiskt ger nio tillbaka [3].

Vi ser en trend inom FHV att tjänsterna som levereras till kund blir allt mer komplexa. I takt med att komplexiteten tilltar, ökar behovet av uppföljningar av tjänsterna. Det behövs resurssnåla utvärderingsmodeller som är enkla att genomföra men ändå ger tillräcklig information för att dels visa vilket resultat tjänsterna uppnår, dels fortlöpande förbättra och utveckla tjänsterna.

Rehabteambedömningar

Boråshälsan har en tjänst med tvärprofessionella rehabbedömningar i team (företagsläkare, företagssköterska, ergonom, beteendevetare och arbetsmiljöingenjör). Dessa rehabteambedömningar beställdes hösten 2003 för en grupp på 18 personer som arbetade med montering på line. Personerna hade varit sjukskrivna i snitt 14 månader. Skälen för bedömningarna var att arbetsgivaren tyckte att en fördjupad bedömning behövdes av de sjukskrivna. Antingen att den aktuella personen hade varit sjukskriven länge eller att det fanns tveksamheter om personen skulle kunna komma tillbaka i arbete på företaget.

Arbetsflöde vid bedömningarna

Rehabteambedömningarna inleddes med att FHV fick uppgifter om namn och telefonnummer till personerna på företaget. Sekreteraren på FHV kontaktade sedan personerna per telefon och förklarade bedömningens upplägg, inhämtade medicinskt underlag från relevanta vårdinstanser och skickade en tidsplanering för mötena med de olika bedömarna. Tanken var att alla professioner i teamet (företagsläkare, företagssköterska, beteendevetare, ergonom, arbetsmiljöingenjör) skulle bedöma varje utvald person för att undvika särbehandling eller att information missades.

Sekreteraren betonade att deltagande i bedömningen var helt frivilligt och att syftet var att hjälpa personen vidare. Sekreteraren förtydligade också att insatsen inte var en ersättning för personens ordinarie vårdgivare, utan endast en kompletterande bedömning. Rehabteamet skulle inte överta ansvar för sjukskrivning, behandling eller någon annan handläggning.

De utvalda träffade först företagsläkaren som sorterade upp kvarstående oklarheter kring rehabteambedömningen och syftet, gjorde en medicinsk bedömning samt värderade huruvida det fanns några hinder för fullföljande av rehabteambedömningen eller särskilt behov att anpassa den. En av deltagarna fick på grund av ett särskilt behov täffa endast företagsläkare och beteendevetare, men i övrigt var processen identisk. De utvalda försäkrades även om att professionalism och sekretess självklart rådde och att ingenting skulle lämnas vidare av teamet till arbetsgivaren utan att den enskilde godkände det i form av vår avslutande rapport. Sen gjorde övriga teamdeltagare sina bedömningar och därefter träffades teamet för att resonera sig fram till en sammanfattning och samlande av åtgärdsförslag. Slutrapporten formulerades på en A4-sida med en sammanfattning av situationen som teamet uppfattade

den, en kort beskrivning av diagnos alternativt beskrivning av centrala mekanismer samt viktiga påverkansfaktorer, och slutningen en rad möjliga åtgärder (ofta cirka 4-8 punkter) att gå vidare med.

Företagsläkaren stämde sen av slutrapporten med den bedömde och efter smärre justeringar (blev bara grammatiska justeringar, ingen ändring av andemeningen i rapporten) lämnades den i underskrivet original till arbetsgivaren och samtidigt postades ett likadant underskrivet original även till den bedömde samt till eventuella andra kontakter som den bedömde hade önskat (ofta Försäkringskassan och/eller behandlande läkare). Tanken var att ge återkoppling till arbetsgivaren för effektivare rehabiliteringsarbete såväl på individuell som gruppnivå, samt att den bedömde skulle få ett verktyg att driva sin rehabilitering framåt. Från första kontakt till lämnande av slutrapport tog det mellan två och fem veckor.

Vi stannade vid att rapportera tillbaka till den enskilde samt till uppdragsgivaren och avstod från att gå vidare med ett rehabmöte. Skälen att inte följa upp med rehabmöte var flera:

- en sammanfattande A4 var förhoppningsvis i sig det verktyg som skulle stärka den enskilde att gå vidare med såväl rehabmöten som andra åtgärder utifrån
- om vi som team hade deltagit i ett rehabmöte som resonerade igenom läget och deltog i den konkreta planeringen framåt, skulle det indirekt försvaga rollen för ordinarie behandlande läkare, sjukgymnaster etc.
- ett rehabmöte skulle öka patientens behov av uppföljning från just oss som team
- uppföljning av oss skulle medföra svårigheter pga avståndet och att arbetsgivaren skulle få svårt att överblicka vårt uppdrags omfattning och därmed kostnad

Syfte

Projektarbetet syftade dels till att Boråshälsan skulle kunna se hur tjänsten fungerat och vad som skulle kunna förbättras i tjänsten, dels till att pröva ut en utvärderingsmodell som kan utvärdera såväl dessa rehabteambedömningar som - efter smärre ändringar - andra mer sammansatta tjänster inom företagshälsovården.

UNDERSÖKT GRUPP

Den undersökta gruppen bestod av 18 långtidssjukskrivna som genomgått rehabteambedömning. De arbetade alla med montering på line.

METOD

Uppföljningen gjordes med hjälp av en intervjuguide vars innehåll togs fram i samråd mellan artikelförfattaren och handledare och sedan justerades i samråd med den sekreterare som sedan genomförde uppföljningen.

Intervjuguiden tog upp nuvarande sysselsättning, huruvida vår rehabteambedömning påverkat situationen, huruvida vårt team hade gjort det som kunde förväntas av ett sådant team, samt en betygssättning av teamets insats på en skala 1-5 där 1 var sämst och 5 bäst. Intervjuguiden tog också upp de enskilda åtgärdsförslagen som slutrapporten innehöll: huruvida de var rimliga, gick att följa, fungerade respektive upplevdes positivt. Avslutningsvis erbjöds en uppföljande telefonkontakt med teamledaren ifall det fanns återstående frågor kring bedömningen.

Sekreteraren ringde den bedömde 4-5 månader efter slutrapporten avlagts och konverserade med denne med intervjuguiden som stöd. Hon förde fortlöpande anteckningar som hon sedan skrev rent till ett resultat av intervjun. Första gången satt författaren med och lyssnade, varpå

vi efter telefonsamtalet diskuterade innehållet, frågetekniken, anteckningarna och det allmänna intrycket av metoden. Utifrån detta gjorde vi några smärre justeringar tills vi var nöjda med modellen och sedan skötte sekreteraren intervjuerna på egen hand.

RESULTAT

Den utprovade intervjutekniken fungerade väl och gav väl åskådlig och relevant information om läget för den undersökta 4-5 månader efter den ursprungliga bedömningen gjorts. Alla de bedömda svarade gärna och utförligt på frågorna. Alla utom en kunde lämna en betygssättning på rehabteamets insats.

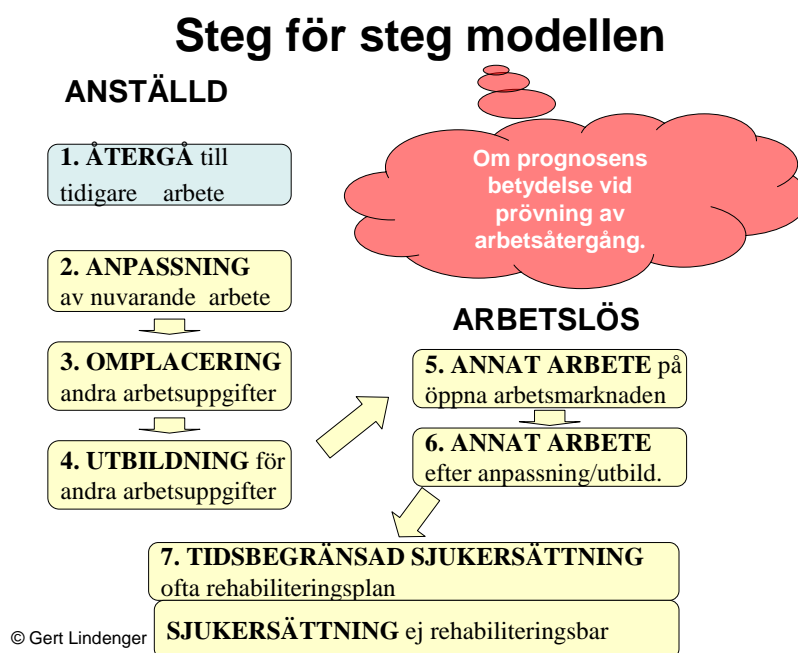
Den undersökta gruppen hade en medelålder av 42 år (22–59 år) och bestod av tolv kvinnor och sex män. Diagnoserna ses i tabell 1. Sjukskrivnings-/sjukersättningstiden var i genomsnitt 14 månader (5-25 månader). Genomsnittliga graden av sjukskrivning samt sjukersättning vid bedömningen var 89 procentenheter och vid uppföljningen 69 procentenheter. Genomsnittliga sjukskrivningsgraden sjönk således med 20 procentenheter. Diagnoserna i gruppen fördelade sig enligt tabell 1.

Tabell 1. Diagnoser i den undersökta gruppen

Diagnos	ICD 10-kod	Antal
Myalgi (muskelsmärta)	M79.1	4
Blandade tillstånd i rörelseapparaten	(flera olika)	4
Tendinit (senfästesinflammationer)	M77.9	3
Ryggsmärtor	M54.9	3
Fibromyalgi	M79.0	2
Blandade övriga tillstånd	(flera olika)	2

De flesta fick initiativet tillbaka

För att på något sätt försöka relatera utvecklingen för de undersökta, har vi korrelerat deras utveckling till Försäkringskassans 7 olika rehabiliteringssteg (se figur 1).



Figur 1. Försäkringskassans steg-för-steg-modell

Innan bedömningarna var de undersökta sjukskrivna men något försök till arbetsanpassning eller arbetsträning i egentlig bemärkelse hade inte gjorts, varför vi bedömde att de befann sig innan steg 2 i modellen. Vid uppföljningen bedömdes processen ha stimulerats för 13 av de 18 bedömda. Vi bedömde deras aktuella steg enligt tabell 2.

Tabell 2. Var de undersökta befann sig i Försäkringskassans rehabflöde

Steg	Antal	Anmärkning
1	1	Arbetade 50%, sjukskriven 50%.
2	0	
3	4	En arbetade 50%, hade 50% sjukersättning. Två arbetade deltid, 75% respektive 25%, och var för övrigt sjukskrivna. En arbetstränade 3 timmar per dag, fungerade bra så långt.
4	0	
5	1	Arbetade 50%, sjukskriven 50%.
6	6	Två gick utbildningar, två hade testats inför val av utbildning, en var hos Arbetslivstjänster (ALT) med praktik på gång, en arbetade 50% inom skyddad verksamhet och var sjukskriven resterande 50%.
7	1	Planerades få 100% tidsbegränsad sjukersättning, den processen var inte helt klar ännu.
oförändrat men i deltidsarbete	2	De hade en oförändrad situation med 50% arbete på tidigare sätt och kvarvarande 50% sjukskrivning.
arbetstränat men misslyckats	2	En var aktuell för facklig förhandling om uppsägning utan preciserad plan efter det, en var åter helt sjukskriven.
helt oförändrat	1	Hade fått fortsatt 100% sjukskrivning och hade inte tagit kontakt med någon aktör, inte heller hade arbetsgivaren tagit någon kontakt alls.

Teamets insats värderades högt

Bland de som tyckte att vår insats gjort skillnad fanns spontana omdömen som exempelvis ”tack vare bedömningen hände det äntligen något”, ”kändes bra att något hände”, ”[företaget] förstod allvaret”, ”hjälpste mig få sjukdomsinsikt”, ”bra information om min situation”, ”lärt mig var mina gränser går”, ”bra att någon tog tag i saken”.

De undersökta satte alla betyg på rehabteamets bedömning på en femgradig skala 1-5 där betyget 1 var sämst och 5 bäst. Fördelningen av satta betyg syns i tabell 3. Medelvärdet blev 4.24.

Tabell 3. Fördelningen av satta betyg på rehabteamets övergripande insats

Betyg	Antal	Anmärkning
5	7	
4	9	
3	0	
2	0	
1	1	
vet ej	1	Uppgav glömska som orsak till att betyg inte kunde sättas

De spontana omdömena om teamet var till exempel ”de var vänliga och trevliga”, ”det kändes meningsfullt”, ”förklarade mycket som jag inte förstått förut”. De negativa kommentarerna

rörde sig exempelvis om att vi upprepade oss, ”en del frågor upprepade sig hos de olika kategorierna”, och att de hade vissa invändningar kring hur relevant vissa teamfunktioner var (tre sådana anmärkningar på arbetsmiljöingenjören, två på beteendevetaren och en på kostinformation som gavs av företagssköterskan). De flesta menade dock att alla i teamet tillförde något positivt. En del fick värdera sin arbetsplats med ergonom och arbetsmiljöingenjör ute på plats, vilket fanns också som ett spontant önskemål bland de som inte fick det. Bland de negativa kommentarena fanns också att vår insats var etiskt tveksam när konsekvensen sedan kunde bli att en som bedömts av teamet blev uppsagd från sin tjänst.

Åtgärdsförslagen

De åtgärder som föreslogs i slutrapporterna berörde de olika kategorierna som finns i tabell 4. Det hände att vi gav flera preciserade råd kring samma typ av åtgärd, t.ex. arbetsträning, och varje råd räknades då som ett separat åtgärdsförslag. I tabellen summeras alla åtgärdsförslag.

Tabell 4. Föreslagna åtgärder fördelat på kategorier

Åtgärd	Antal
Arbetsträning	22
Träning (egen eller handledd)	12
Arbetsvägledning	11
Information (specifik eller övergripande, från oss eller andra till den enskilde)	10
Smärtstillande medicinering	9
Rehabmöte	9
Sjukgymnastisk behandling (värme, TNS, akupunktur och liknande fysikaliska behandlingsmetoder)	8
Utredning (kompletteringar av vårt team eller andra)	6
Uppsägning (fanns med i resonemanget, men oftast som ett sista steg i en handlingsplan som föreslogs i slutrapporten)	5
Hjälpmedel	5
Utbildning	3
Samtalsstöd	1
Sociala insatser	1
Åtgärder i den fysikaliska arbetsmiljön	1
Arbetsskadeanmälan	1
Summa antal förslag	104

Förslagen fullföljdes i olika utsträckning fram till uppföljningstillfället. En översiktlig bild kan fås i tabell 5. Det fanns förslag som inte verkade rimliga men som ändå hade genomförts. Det fanns också en rad förslag som inte hade genomförts, men där anledningen kunde ha varit att det av praktiska skäl var för tidigt, eller att det inte blev aktuellt på grund av att andra åtgärder genomfördes istället.

Tabell 5. Uppföljning av åtgärdsförslagen

Typ av utfall separat för varje förslag	Antal
Totalt antal förslag	104
Rimligt?	81
Följt?	48
Fungerat?	37
Positivt?	34

Ytterligheterna representerades i ena änden av två undersökta som inte upplevt något positivt av något enda förslag. I andra änden fanns fem bedömda som både genomfört och upplevt positiva effekter av majoriteten av de givna förslagen.

Tre av de bedömda önskade vid uppföljningen ha en uppföljande telefonkontakt med företagsläkaren.

DISKUSSION

Uppföljningen gav inget bortfall, den intervjuade gruppen är identisk med den ursprungligen bedömda.

Kunde uppföljningen visa hur det gått?

Författaren kunde konstatera att situationen hade ändrats för 13 av de bedömda och att den var oförändrad för fem av de bedömda. Även om situationen inte förändrats kunde det kanske inte skyllas på att bedömningen inte skulle ha tillfört något. För två av de oförändrade fallen rörde det sig om tillstånd som medicinskt fortfarande kunde förväntas läka bättre även om det gick långsamt, vilket motiverade fortsatt avvaktan. De tre övriga oförändrade bedömdes ha funktionsbegränsningar men inte helt nedsatt arbetsförmåga, varför rimligen arbetsinriktad rehabilitering hade varit ett rimligt nästa steg. Tolkningen blev att processen kunde ha drivits vidare för att slutresultatet för gruppen som helhet hade blivit att man hade nått så långt det var möjligt.

Kombinationen av att det efter i snitt 14 månaders sjukskrivning hade hänt såpass mycket för en så stor andel av de bedömda på 4-5 månader, och att den genomsnittliga sjukskrivningsgraden sjönk med 20 procentenheter, talade för att rehabteambedömningen hade en effekt i sig.

Tillförde utvärderingen rehabteamet något?

Utvärderingen gav omfattande återkoppling som övertygade teamet om att vi var på rätt väg med bedömningarnas utförande och innehåll. Vi fick också anmärkningar som gjorde att vi kunde förbättra oss fortlöpande. Ett exempel var att vi hade en tendens att upprepa oss varför vi har infört att den förste ur teamet som träffar den utvalde personen, erbjuder sig att föra vidare viss information till de övriga i teamet för att minska repetitionsbehovet. Vi fick också invändningar mot vissa delar av teamets insatser, vilket gav underlag för självrannsakan beträffande utförandet.

Kan utvärderingsmodellen återanvändas?

Författarens bedömning var att utvärderingsmodellen med dess rikliga återkoppling, borde gå att överföra även till andra sammansatta tjänster inom FHV. En förutsättning är att man i företaget kan finna en person som inte är inblandad i tjänstens utförande och som är social, har god kontaktförmåga och tycker det är inspirerande att utföra telefonintervjuer på detta sätt. Rimligen går det att hitta en lämplig person inom många FHV-team.

Fler positiva effekter

Rehabteambedömningarna utgjorde sammantaget ett gott underlag för att fortsätta diskussionen med arbetsgivaren om hur en effektiv rehabpolicy kunde utformas, samt för beställning av vissa uppföljande uppdrag kring det arbetet.

Svaga punkter i rehabteambedömningarna

Under genomförandet kände vi i teamet att det fanns flera svaga punkter som måste ägnas särskild uppmärksamhet för att inte innebära problem. För det första riskerade vi att inkräkta på ordinarie behandlares område. Vi motiverade att vi ändå gjorde bedömningen med att det efter så lång sjukskrivning borde kunna ge en komplettering av bilden att låta ett brett specialintresserat team inom FHV ge kompletterande synpunkter och uppslag.

En annan svag punkt var att den enskilde efter så lång tid kunde ha tappat lite av motivationen att driva sitt eget fall framåt. Även om övriga aktörer kring den bedömde skulle kunna ta över drivandet av de olika frågorna, är det fortsatt författarens uppfattning att det på längre sikt är mest rimligt att ändå fokusera på att stärka den enskilde med underlag för att driva saken vidare av egen kraft.

Ytterligare en svag punkt var att när det brast i arbetsgivarens kompetens och utvecklingsintresse i rehabiliteringsfrågor så blev även vårt team ifrågasatt, trots att vi försökte förklara att det var arbetsgivaren och inte FHV som hade det lagliga rehabiliteringsansvaret för de anställda. Artikelförfattaren upplevde att vi genom insatsen kunde få en kanal att utveckla arbetsgivarens rehabiliteringsarbete och därmed skapa en övergripande förbättring av läget för alla berörda. Även om vi gjorde nytta på det sättet, så kanske vi inför framtida utföranden av denna tjänst ännu mer borde försäkra oss om den aktuella arbetsgivarens kompetens och utvecklingsintresse i rehabiliteringsfrågor för att nyttan ska kunna optimeras.

KONKLUSION

Att göra breda tvärprofessionella bedömningar var ett effektivt sätt att få en lägesbeskrivning vid långtidssjukskrivning och att stimulera rehabprocessen framåt. Bedömningsförfarandet som det beskrivs mottogs övergripande positivt av den bedömde som upplevde att det förde utvecklingen framåt även om den upplevdes ha stått stilla innan bedömningen gjordes.

Uppföljningsmetoden att vår sekreterare med stöd av en intervjuguide ringde den bedömde 4-5 månader efter genomförd tjänst, visade sig vara ett bra sätt att få en bild av en komplex tjänsts resultat och förbättringsmöjligheter. Uppföljningsmetoden borde med liknande intervjuguides kunna överföras till andra komplexa tjänster inom FHV.

LITTERATURREFERENSER

[1] ”Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete”, Riksförsäkringsverket analyserar 2002:16, s. 33. <http://www.rfv.se/press/pm/2002/docs2002/Analyserar%202002-16.pdf>

[2] ”Rehabilitering - en försummad möjlighet”, artikel på AFA:s webbplats www.suntliv.nu 11 februari 2003. http://www.suntliv.nu/templates/Page_3595.asp?pageid=3368&parentid=4384

[3] ”Rehabilitering till arbete en reform med individen i centrum”, SOU 2000:78, s. 20. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2831>