

2007-01-20



Inventering av långtidssjukskrivna anställda vid Södra Älvsborgs Sjukhus och deras behov av rehabiliteringsåtgärder

Artur Tenenbaum
Specialist i Rehabiliteringsmedicin
Företagsläkare vid Hälsan och Arbetslivet
Adress Oscarsgatan 11
441 83 Alingsås
Telefon 0322-226533
Mobil 070-8314567
Fax 0322-226534
E-post artur.tenenbaum@vgregion.se

Handledare
Lars Gerhardsson
Docent, överläkare
Arbets- och Miljömedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Adress Medicinargatan 16
Box 414, 405 30 Göteborg
Telefon 031-786 62 80
Fax 031-40 97 28
E-post lars.gerhardsson@amm.gu.se

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet
2006/2007.

Innehållsförteckning

Sidan

Förkortningar	2
Förord	3
Sammanfattning	3
Inledning	4 - 5
Undersökt grupp	5
Metod	6
Resultat	7 - 8
Diskussion	8 - 10
Litteraturreferenser	11
Tabell	12

Förkortningar

AFL	Lagen om allmän försäkring
AFS	Arbetsmiljöverkets föreskrifter
AML	Arbetsmiljölagen
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CDT	Carbohydrate deficient transferrin
DUDIT	Drug Use Disorders Identification Test
FHV	Företagshälsovård
HAKuL	Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Landsting
ICD-10	International classification diagnosis 10
ICF	International Classification of Functioning
KASAM	Känsla av sammanhang
SASSAM	Strukturerad arbetsmetodik vid sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering
STD	Standard deviation
SÄS	Södra Älvsborgs Sjukhus

Förord

Jag vill framföra ett varmt tack till Eva Lundberg, personal- och utvecklingsenheten för allt stöd under projektgenomförande. Eva har också ansvarat för adekvat information till cheferna. Jag vill också tacka cheferna på SÄS som aktivt medverkade i projektet med tid och engagemang. Ett stort tack till ledningen för SÄS och Hälsan & Arbetslivet som skapade optimala förutsättningar för projektets genomförande. Slutligen vill jag tacka docent Lars Gerhardsson vid Arbets- och Miljömedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset för professionellt, stimulerande och tålmodig handledning.

Sammanfattning

Studien, som var en enkätstudie, gällde 4300 anställda på Södra Älvsborgs Sjukhus och omfattade de 81 individer, främst kvinnor, som var långtidssjukskrivna den 31 mars 2006.

De 46 deltagande individerna hade en medelålder på 47 år.

De var i genomsnitt sjukskrivna 11 månader, i hälften av fallen p.g.a. psykiska eller stress-/psykosomatiska sjukdomar.

Den övervägande delen av gruppen bestod av sjuksköterskor, sekreterare, undersköterskor och lokalvårdare.

För 89 procent har en rehabiliteringsutredning genomförts hos arbetsgivaren och skickats till Försäkringskassan. Dock skickades endast 19 rehabiliteringsutredningar till Försäkringskassan inom 8 veckor.

Av de sjukskrivna hade 39 procent deltagit i avstämningsmöten och företagshälsovården hade anlåtats i 39 procent av fallen.

De flesta sjukskrivna befann sig i steg 1 enligt steg för steg-modellen och planerade en återgång till sitt ordinarie arbete.

Behovet av fördjupade utredningar var påtagligt; i de flesta fall kunde de utföras via den interna företagshälsovården Hälsan och arbetslivet.

Stora skillnader fanns mellan olika diagnosgrupper där företagshälsovården skulle kunna utnyttjas i större grad.

Inga individer var långtidssjukskrivna på grund av missbruk.

Närmaste ansvarig chef uppfattade den strukturerade skriftliga genomgången och det muntliga samtalet med företagsläkaren som mycket positiva. Önskemål framfördes om att denna typ av projekt borde utgöra en välfungerande samarbetsrutin mellan Södra Älvsborgs Sjukhus och Hälsan och arbetslivet. Rutinen är nu utformad/avtalad mellan parterna och införs i rutinarbete under 2007.

Genom att ha klara riktlinjer och kontinuitet i arbetet med långvariga och krävande sjukskrivningar får ansvarig chef tid att arbeta aktivt med korttidssjukskrivningar och förebyggande arbete.

Inledning

Stora ökningsar av ohälsotalet har rapporterats för anställda i den offentliga sektorn. Ökningen gäller främst kvinnor med smärt- och stressrelaterade symptom och diagnoser (ref.1-3). Konsekvenserna är försämrade livskvalitet för individen och ökade kostnader för arbetsgivaren och samhället (ref. 4, 5). Ohälsan har medfört kostnader för samhället på över 100 miljarder kronor, det vill säga ett belopp som motsvarar kostnaderna för svensk sjukvård som helhet. Flera statliga utredningar har gjorts för att söka komma tillrätta med de ökade kostnaderna. Utredningarna visar att det finns behov av tidigt rehabiliteringsarbete, god samordning och en fungerande företagshälsovård (ref. 6, 7, 8).

År 1996 var 56 000 kvinnor långtidssjukskrivna. Sedan dess har antalet ökat dramatiskt och i april 2004 var antalet 137 000. Kvinnors sjukfrånvaro har stigit snabbare än mäns och i förhållande till män var dubbelt så många kvinnor långtidssjukskrivna.

Enligt en studie av Monica Renstig och Helene Sandmark om kvinnors sjukskrivning (ref. 9) utgjordes 64 procent av kvinnornas diagnoser av värk i rörelseorganen och stressrelaterade besvär. Hälften av kvinnorna arbetade inom offentlig sektor. De vanligast förekommande yrkena bland de sjukskrivna i studien var undersköterska, vårdbiträde, sjuksköterska och lokalvårdare. Närmare hälften stod i kö för medicinsk undersökning/utredning eller behandling inom sjukvården. Cirka 80 procent av de långtidssjukskrivna hade inte haft kontakt med Försäkringskassan under sjukskrivningstiden. Flera riskfaktorer identifierades för långtidssjukskrivning (ref. 2, 3, 10,11,12).

Strukturerad arbetsmetod vid sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering

SASSAM, Strukturerad arbetsmetod vid sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering, utvecklades av Försäkringskassan mellan 2000-2003 under ledning av försäkringsläkarna Jan Candefjord, Sven-Olof Krafft och Artur Tenenbaum. Denna metod används idag av Försäkringskassan för över 70 000 kartläggningar årligen. Metoden används också av företagshälsovård, försäkringsmedicinska centra och flera av rehabiliteringskliniker i Sverige (ref.13). En tidig och strukturerad kartläggning görs för att identifiera vilka rehabiliteringsbehov som kan vara nödvändiga för att minimera riskerna med en lång sjukskrivning, vilken i sig själv är en riskfaktor och utgör ett hinder för arbetsåtergång (ref. 5).

De sjukskrivnas resurser och hinder för återgång till arbete samt vilka faktorer som är viktiga vid tidig bedömning har beskrivits i en doktorsavhandling av Annie Hansen Falkdal (ref. 10). Dessa faktorer är bl.a.

- individens egen tro på möjlighet till arbetsåtergång,
- tidigare sjukskrivningar,
- ICD-10-diagnos
- av individen egenskattade symptom.

Även arbetssektor, individens ålder, individens livstillfredsställelse och känsla av sammanhang (KASAM), är viktiga faktorer som kan påverka möjligheten till arbetsåtergång.

Södra Älvsborgs Sjukhus

Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) omfattar sjukhusen i Borås och Skene samt psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Södra Älvsborg. Ett befolkningsområde på 274 000 invånare betjänas av en verksamhet med 4 300 anställda, varav 82 procent är kvinnor.

Södra Älvsborgs Sjukhus har 530 vårdplatser och tillhandahåller cirka 30 000 vårdtillfällen, cirka 190 000 läkarbesök och 160 000 sjukvårdande behandlingar per år.

Syfte

- Att studera fördelningen av ICD-10 diagnoser, yrkestillhörighet och sjukskrivningstidens längd hos heltids långtidssjukskriven personal vid SÄS
- Att klarlägga andelen rehabiliterings utredningar och avstämningmöten hos heltids långtidssjukskriven personal vid SÄS.
- Att klarlägga hur ofta den egna företagshälsovården Hälsan och Arbetslivet anlitas av heltids långtidssjukskriven personal vid SÄS.
- Att utvärdera hur chefer och heltids långtidssjukskrivna uppfattar den strukturerade genomgången och dialogen med läkare från företagshälsovården.

Undersökt grupp

Det registrerade antalet anställda som varit heltidssjukskrivna mer än 60 dagar inom de fem verksamhetsområden på SÄS var den 31 mars 2006, 81 personer.

Av dessa besvarade cheferna till 58 av de anställda den utskickade enkäten efter två påminnelser. Av de 58 anställda exkluderades 12 personer. Sju personer hade fått sjukersättning, en ålderspension, en slutat sin anställning och en övergått till deltidsarbete. Två personer hade ICD-10-diagnoser som inte lämpade sig för en fördjupad utredning (ref. 14). Medelåldern i den resterande studiegruppen (46 personer; 89 % kvinnor) var 46,8 år, medianen 47,0 år och standardavvikelsen 9,2 år.

Metod

Ett pedagogiskt utformat frågeformulär med 49 frågor som på ett strukturerat sätt följer arbetsgivarens rehabiliteringsprocess skickades ut till chefer för anställda som den 31 mars 2006 varit heltidssjukskrivna mer än 60 dagar (ref. 15, 16, 17, 18, 19, 20). Samtidigt med frågeformuläret skickades även informationsblad till den anställde samt medgivandeformulär.

Kopian av sjukskrivningsblanketten samt eventuella kopior från avstämningsmöten och medgivandeformulär från den sjukskrivne återsändes till företagsläkaren. De chefer som inte besvarat frågeformulär i tid genom telefonkontakt eller via e-post fick påminnelser som ombesörjdes av Eva Lundberg vid personal- och utvecklingsenheten, Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS).

Inmatning av data inför möten gjordes i Excel. Efter tidsbokning genomfördes personliga möten mellan företagsläkaren och cheferna på patientens arbetsplatser. Under mötet gick man igenom den långtidsheltidssjukskrivnes rehabiliteringsbehov, arbetsgivarens ansvar och det formulär som arbetsgivaren fortsatt bör följa upp. Man hade också en dialog om Försäkringskassans steg för steg-modellen (ref. 21). I steg 1 kan den anställde efter en viss tid för återhämtning eller behandling återgå till sitt vanliga arbete. I steg 2 kan den anställde utföra sitt arbete efter viss anpassning av arbetsuppgifterna. I steg 3 kan omplacering ske hos arbetsgivaren till andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren utan extra insatser. I steg 4 kan den anställde få andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren efter viss utbildning eller rehabiliterande insatser. I steg 5 kan individen klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete utan extra insatser. I steg 6 kan individen klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter kompletterande utbildning eller omskolning. I steg 7 är individen arbetsförmögen under minst 1 år eller varaktigt.

Vidare diskuterades eventuella avstämningsmöten med Försäkringskassan samt en utvärdering av mötet. Efter mötet matades data in i Excel och de sjukskrivna individernas ICD-10-diagnoser grupperades enligt SASSAM-metodik i 5 grupper för resultatredovisning (ref. 13):

- Grupp 1 kroppsliga sjukdomar med muskuloskelettala besvär, t.ex. diagnoser som rygginsuffiäns och diskbräck
- Grupp 2 kroppsliga sjukdomar klassificerade enligt ICD-10 som av övrig karaktär, t.ex. bröstcancer och hjärtinfarkt
- Grupp 3 psykiska sjukdomar, t.ex. djup depression och svår ångest
- Grupp 4 stress-psykosomatik, t.ex. utmattningssyndrom
- Grupp 5 substanser/missbruk, t.ex. alkoholism

Resultat

Tio individer var sjukskrivna för kroppsliga muskuloskelettala besvär, 11 individer på grund av övriga kroppsliga sjukdomar, 15 individer på grund av psykiska sjukdomar och 10 individer hade diagnoser som kunde kopplas till stress eller psykosomatik (tabell 1). Man fann inga individer som var sjukskrivna på grund av missbruk.

Yrkestillhörighet

Sjuksköterskor (10), sekreterare (5), undersköterskor (4, varav 3 arbetar natt), skötare (4) och lokalvårdare (4) är de dominerande grupperna bland de långtidssjukskrivna. Övriga yrkesgrupper förekom i mindre frekvenser än 4.

Sjukskrivningstid och rehabiliteringsutredning

De långtidssjukskrivna hade en medelsjukskrivningstid på 11 månader med en median på 10 månader och en standardavvikelse på 8,6 månader.

Patientens närmaste chef/arbetsgivarrepresentant genomförde en skriftlig rehabiliteringsutredning för 41 individer (89 %) och skickade utredningarna vidare till Försäkringskassan. Nitton utredningar skickades till Försäkringskassan inom 8 veckor. Spridningen låg på mellan 1 och 1 353 sjukskrivningsdagar.

Avstämningsmöten

Avstämningsmöten via Försäkringskassan ägde rum vid 18 tillfällen (motsvarar 39 %, tabell 1). I samtliga fall utom ett mottogs dokumentation från avstämningsmötet av arbetsgivarrepresentanten.

Företagshälsovården Hälsan och arbetslivet

Företagshälsovården anlätades av 18 individer (39 %). Efter ett möte mellan chef och företagsläkare och genomgång av de aktuella sjukfallen involverades företagshälsovården i 28 av utredningarna, mest frekvent i grupp 4.

Steg för steg-modellen

Enligt Försäkringskassans steg för steg-modellen var fördelningen följande: 17 individer planeras återgå till ordinarie arbete enligt steg 1. För 11 individer försökte arbetsgivaren göra en viss anpassning enligt steg 2. Sju individer var i behov av omplacering och för 7 individer behövdes vidare utbildningskompetens inför en omplacering. Fyra individer befann sig i steg 7, dvs. hade en arbetsförmåga som var nedsatt minst 1 år eller varaktigt (tabell 1).

Prognoser för återgång i arbete

I 23 fall bedömdes att det fanns en positiv prognos för återgång i arbete. I 8 fall var det oklart och i 15 fall fanns behov av fördjupad utredning. Nio av dessa kunde ske via Hälsan och arbetslivet och sex via Försäkringskassan (Försäkringsmedicinsk utredning, alternativt utredning inom sjukvården t.ex. vid rehabiliteringskliniken). Rehabiliteringsbehov identifierades hos 29 individer (tabell 1).

Bedömning av företagshälsovårdens insats

Den närmaste chefen gav den strukturerade genomgången av anställda som var långtidssjukskrivna bedömningen 4,8 på en 5-gradig skala. Det personliga mötet med företagsläkaren skattades till 5,0. Den närmaste chefen skattade den anställdes skriftliga genomgång av sin sjukskrivning till 3,9 på en 5-gradig skala.

Cheferna uttryckte en önskan att denna typ av genomgång inte enbart skulle förekomma i anslutning till projektet utan att den skulle utgöra en framtida rutin i samarbete med sjukvården och den inbyggda företagshälsovården Hälsan och arbetslivet (skattning 4,8/5 på en 5-gradig skala).

Diskussion och slutsatser

Fördelningen av ICD 10 diagnoser i studien överensstämde väl med den sjukfallskartläggning som genomförts för hela Västra Götaland. Under 2006 dominerade den psykiska ohälsan (38 %) tätt följd av diagnoser kopplade till rörelseorganen (30 %) och övriga sjukdomar (23 %). Däremot utgjorde missbruk och beroendediagnoser 3 % av sjukfallen som varat 60 dagar eller längre i Västra Götalandsregionen. I den här studien identifierades inga sådana fall (ref. 22).

I föreliggande studie kan vi konstatera att individer i grupp 1, det vill säga sjukskrivna med kroppsfunktioner som påverkas av muskuloskeletala smärttillstånd, är den grupp där flest individer väntade på medicinsk utredning och rehabilitering. I den gruppen fanns också de största behoven av fördjupad utredning. En företagshälsovård med adekvat kompetens och resurser inom det området är en värdefull resurs för en stor arbetsgivare (ref 23, 24).

I grupp 2, det vill säga individer vilkas kroppsfunktioner är nedsatta p.g.a. andra somatiska sjukdomar anlitas företagshälsovården Hälsan och arbetslivet sällan. Försäkringskassan har också genomfört minst antal avstämningsmöten i denna diagnosgrupp. Företagshälsovården skulle kunna användas mer frekvent och konstruktivt för att skapa förutsättningar för att återföra den anställda som drabbats av en mer allvarlig somatisk sjukdom tillbaka i arbete (ref. 6). Idag vet vi att det föreligger stora regionala variationer när en anställd återkommer i arbete efter t.ex. bröstcancer, hjärtinfarkt eller annan allvarlig somatisk sjukdom (ref. 2).

Förutom de nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen som utkommer under 2007 fyller företagshälsovården en viktig roll när det gäller att kunna överta sjukskrivningsansvaret från den behandlande läkaren när denne bedömer att den akuta behandlingsfasen avslutats (ref. 25). Företagshälsovården känner till den anställdes arbetsförhållanden och cheferna inom den organisation där den anställda är verksam.

Flest individer vilkas kroppsfunktioner är nedsatta p.g.a. andra somatiska sjukdomar befann sig i steg 7 , dvs. där man bedömt att arbetsförmågan var varaktigt nedsatt. Det är anmärkningsvärt att avstämningsmöten inte varit aktuella i större omfattning i den gruppen.

I grupp 3, individer som drabbats av mer allvarliga psykiatriska/psykiska sjukdomar, observerades den kortaste anställningstiden, fem år vid den senaste arbetsplatsen i stället för cirka tio som gällde för de andra grupperna. Det är svårt att dra några direkta slutsatser av detta, men det skulle vara intressant med fortsatta studier, främst i syfte att ta reda på om det skulle vara möjligt att agera förebyggande för att undvika den psykiska ohälsan.

I diagnosgrupp 3 har Försäkringskassan genomfört frekventa avstämningsmöten. Frågan är om det är lämpligt att genomföra möten med flera parter då individen lider av svår psykisk funktionsnedsättning och kan vara extra sårbar. Det råder också stora oklarheter om prognos samt om vilka ytterligare utredningsbehov som föreligger. Individer med en psykiatrisk/psykisk sjukdom och funktionsnedsättning har oftast redan bytt eller är på väg att byta arbetsplats och befinner sig i Steg 3 och 4.

I grupp 4 finns individer med sjukdomar som orsakas av stress och psykosomatik. De flesta har diagnosen utmattningssyndrom F 43.8 enligt ICD-10. I den gruppen genomförde man flest avstämningsmöten och där fanns också stora behov av vidare utredning med företagshälsovården som en viktig resurs.

Inga individer med långtidssjukskrivning återfanns i grupp 5, d.v.s. sjukdomar och tillstånd där missbruk av t.ex. alkohol förekommer. I själva studien går det inte att uttala sig om eventuell förekomst av riskbruk eller missbruk och om det skulle kunna förekomma dolt inom andra diagnosgrupper. Ur ett rehabiliteringsperspektiv och med erfarenheter från riskbruksprojektet, kan exempelvis AUDIT, DUDIT och CDT användas för att hjälpa såväl individen som företagshälsovården att identifiera icke tidigare identifierade behov av mer specifika rehabiliteringsåtgärder för individer i grupp 5 (ref. 26).

Antalet rehabiliteringsutredningar var hög och den stora spridningen i handläggningstid innan de skickades till Försäkringskassan kan bero på att chefsbyte varit aktuellt vid vissa arbetsplatser.

Förekomsten av avstämningsmöten var hög jämfört med landet i stort och betydligt högre än inom SÄS året 2004 och 2005 (ref. 22, 25).

I första hand var studien 2006 inriktad på sjukvårdsanställda inom ett specifikt geografiskt område i Södra Älvsborg. Det är svårt att avgöra hur generaliserbara resultaten är. Däremot kan arbetssättet med fokusering och målsättning ge individer som är långtidssjukskrivna och deras chefer – som ibland är osäkra på vilka insatser som behövs – upplysningar om vilka ytterligare insatser som är viktiga att genomföra. Förutsättningarna för individen att återgå i arbete blir bättre.

Chefernas bedömning av den strukturerade genomgången av anställda som var långtidssjukskrivna var hög och uppfattades på ett positivt sätt som en lärande process. Det personliga mötet med företagsläkaren skattades mycket högt. Eventuell bias i utvärderingen kan finnas då utvärderingen genomfördes i samband med det personliga mötet. Den anställdes bedömning (skattad av chefen) huruvida en genomgång av sjukfallet skulle ske mellan chefen och företagshälsovården växlade. En tänkbar förklaring kan vara graden av tillit till processen. Det är således viktigt att individen får en utförlig skriftlig och muntlig information inför en fördjupad kartläggning.

Cheferna uttryckte en önskan att denna typ av genomgång inte enbart skulle förekomma i anslutning till projektet utan att den också skulle utgöra en framtida rutin i samarbete med sjukvården och den inbyggda företagshälsovården Hälsan och arbetslivet. Rutinen är nu utformad/avtalad mellan parterna och införs i rutinarbetet under 2007.

Genom att ha klara riktlinjer och kontinuitet i arbetet med långvariga och krävande sjukskrivningar får ansvarig chef tid att arbeta aktivt med korttidssjukskrivningar och förebyggande arbete.

Referenser

1. Sveriges officiella statistik: <http://statistik.forsakringskassan.se>
2. Gerner U. "De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen – hinder och möjligheter" Stockholms Universitet 2005. Akademisk avhandling ISBN 91-7155-004-6
3. Vingård E. Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting. 2004 Stockholm <http://www.personskadeprevention.nu>
4. Marklund S. "Rehabilitering i ett samhällsperspektiv." Studentlitteratur. ISBN 91-44-36852-6
5. Alexandersson K et al. "Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis" SBU 2003 91-87890-89-5
6. Hedborg A. "Mera försäkring och mera arbete" SOU 2006:86 www.sou.gov.se/socialforsakring
7. Folkhälsorapport 2005: Stockholm; Socialstyrelsen; 2005 s 46-69
8. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. "Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar" Stockholm; Arbetslivsinstitutet 2005: 61-112
9. Renstig M., Sandmark H. "Kvinnors sjukskrivning. En studie om riskfaktorer för långtidssjukskrivning." Stockholm 2005. www.wombri.se
10. Hansen Falkdal A. "Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete. Viktiga faktorer för tidig bedömning." Umeå Universitet 2005. Akademisk avhandling ISBN 91-7305-929-3
11. Westerlund H. "Health Changes in a Changing Labour Market " Stockholm; Karolinska Institutet, Avdelning för stressforskning 2005. Akademisk avhandling ISBN 91-7140-187-3
12. Baldo Zagadou C. "Terapi i vården kan få ner sjuktalet." Läkartidningen 2003;100:4066-7.
13. Krafft S-O, Tenenbaum A. "SASSAM" www.fk.se
14. ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health, ref. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsen ISBN 91-7201-755-4. 2003. www.socialstyrelsen.se
15. Arbetsmiljölagen (AML) 1977:1160
16. Lagen om allmän försäkring (AFL) 1962:381
17. Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS) 1994:1
18. Anpassning och rehabilitering. Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS) 2001:1
19. Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS) 1994:1
20. Systematiskt arbetsmiljöarbete AB 05 (allmänna bestämmelser)
21. Verktygslåda för arbetsgivare 2007 årgång 7 nr 1 s 21 – 31. Steg för steg-modellen. www.fk.se
22. Lindgren C, Seppo K, Mäkinen H. Sjukfallskartläggning Västra Götaland inför 2007. www.fk.se
23. Alexandersson K. "Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning". Institutionen för klinisk neurovetenskap. Karolinska institutet; 2005
24. Engblom M, Rudebeck C, Englund L, Norrmén G. "Inte doktors bord - ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer"; Läkartidningen 2005; 102:3666-74.
25. Olin E. "Ny sjukskrivningsprocess med fokus på det friska"; Läkartidningen 2007 104: nr 1-2 s 13.
26. Upmark M, Edlund C. "Den komplexa sjukfrånvaron" Studentlitteratur 2006. s 63-78. ISBN 91-44-00722-1.

Tabell 1. Resultat					
Diagnosgrupp enligt SASSAM					
	1	2	3	4	5
Antal individer	10	11	15	10	0
Antal kvinnor	10	10	13	10	
Antal män	0	1	2	0	
Medelvärde ålder	45,6	46,9	46,7	46,7	
Antal anställningsår vid den senaste arbetsplatsen	10	11	5	10	
Antal sjukskrivningsmånader	11,4	10,9	10,4	10,4	
Antal rehabiliteringsärenden/individer där FHV Hälsan och arbetslivet varit anlitad	5	1	5	7	
Antal rehabiliteringsärenden/individer där chefen överlägger att anlita FHV Hälsan och arbetslivet efter genomgången med Företagsläkaren	7	7	7	7	
Antal individer och vilket STEG (enligt steg för steg-modellen) de bedöms befinna sig i					
Steg 1	4	5	5	3	
Steg 2	2	2	3	4	
Steg 3	1	1	4	1	
Steg 4	2	0	3	2	
Steg 7	1	3	0	0	
Antal Rehab-utredningar som skickats till Försäkringskassan	9	9	14	9	
Antal genomförda avstämningsmöten	3	2	6	7	
Antal individer som väntar på medicinsk utredning	4	1	1	2	
Antal individer som väntar på medicinsk rehabilitering	2	0	2	1	
Antal individer som enligt deras chef är i behov av bedömning av arbetsförmåga	2	0	1	1	
Antal individer för vilka prognos om arbetsåtergång kan fastställas	5	8	6	4	
Antal individer med oklar prognos för arbetsåtergång	1	2	5	0	
Antal individer där behov av fördjupad utredning har identifierats	4	1	4	6	
Antal fördjupade utredningar som kan utföras via FHV	2	1	3	3	
Antal fördjupade utredningar som skulle ske via Försäkringskassan	2	0	1	3	
Antal fördjupade utredningar där sjukvården skulle kunna medverka	0	0	0	0	
Antal individer med identifierade rehabiliteringsbehov	8	5	10	6	