

**Beskrivning och utvärdering av en rehabiliteringsmodell inom företags-
hälsovård med företagsläkaren som
nav i fortlöpande 3-partssamtal med
individ och chef**

*Utvärdering genom självskattningsformulär,
journal och sjukskrivningsdata*

Birgitta Gottfries Dahlberg
Företagsläkare

I samarbete med professor Eva Vingård,
Arbets- och miljömedicin, Uppsala



INNEHÅLL	sid 2
SAMMANFATTNING	sid 3
BAKGRUND	sid 4
SYFTE	sid 5
ARBETS-METOD	sid 5
Förhållningssättet, en viktig del av metoden	
Konsultationen hos företagsläkaren	
Använda formulär och skattningsskalor	
STUDERAD GRUPP (inklusionskriterier)	sid 7
STATISTISKA ANALYSER	sid 8
RESULTAT	sid 8
Resultat från uppföljning 2 år efter start	
DISKUSSION	sid 13
SLUTSATSER	sid 14
REFERENSER	sid 15
BILAGOR	
Bilaga 1 FK:s 7 stegsmodell.	
Bilaga 2 Enkäten för 2 årsuppföljning.	
Bilaga 3 Karolinskas Utbrändhetsformulär	

SAMMANFATTNING

Syftet med denna studie var att beskriva en metod för yrkesinriktad rehabilitering inom företagshälsovård, med företagsläkaren som nav i fortlöpande 3-partssamtal med den anställde och närmsta chef. Uppföljning skedde efter två år för att om möjligt identifiera faktorer som påverkat då aktuellt arbetsstatus.

Arbetsmetoden har varit ett konsultativt, KBT (kognitiv beteendeterapi) -inspirerat förhållningssätt med målsättning att skapa en arbetsallians med anställd och chef. Konsultationen har varit inriktad på att klarlägga den anställdes funktionsförmåga och bedöma vad som är påverkbart både medicinskt och arbetsmässigt enligt försäkringskassans 7- stegsmodell. Alla patienter med stressrelaterade besvär följdes rutinmässigt med olika skattningsskalor. Trepartssamtalen kompletterades i vissa fall med behandling med medicin och/eller samtal hos KBT-psykolog.

I studien inkluderades 42 personer. Gruppen bestod främst av tjänstemän inom privat sektor, något fler kvinnor än män, och de flesta mellan 30-50 år. Drygt hälften kom på eget initiativ och resterande på initiativ från arbetsgivaren.

Inklusionskriterier för att ingå i studien var:

- att ha hänvisats till företagsläkaren under 2005
- att ha haft besvär i minst tre månader vid konsultationen
- att uppvisa höga poäng på Karolinskas utbrändhetsformulär ≥ 80 poäng och/ eller MADRS-S (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) ≥ 20 poäng (indikerande måttlig depression).

28 personer var sjukskrivna under varierande tid och grad men anmärkningsvärt nog var 14 personer aldrig sjukskrivna trots uttalade besvär. 15 av de 42 deltagarna uppgav initialt att de hade, eller konstaterades ha, en dålig relation med närmsta chef.

Arbets sättet innebar i genomsnitt sju läkarbesök per individ och behandlingstiden i projektet var i snitt nio månader (1-24 månader). 24 personer hade parallellt med läkarkontakten samtal med KBT-utbildad psykolog på FHV-enheten och 31 medicinerades med SSRI eller liknande för sina depressions- och eller ångestproblem.

Rehabmöten genomfördes för samtliga sjukskrivna. Totalt genomfördes rehabmöten för 70 % av gruppen, varav 2/3 med närmsta chef som ofta även hade med personalchef.

Försäkringskassan deltog i 23 % av ärenden. Mötena resulterade i att aktiv förändring av arbetssituationen planerades i 70 % av ärendena .

Under behandlingstiden skedde en genomsnittlig förbättring från 105 poäng till 71 poäng mätt med Karolinskas utbrändhetsformulär. Vid tvåårsuppföljningen kvarstod denna förbättring. MADRS-S poäng minskade från genomsnittliga 22 poäng till 11 poäng under behandlingen.

37 av 42 kunde följas upp gällande sjukskrivningssituationen efter två år. 16 av dessa var åter i fullt arbete, två studerade och 13 hade bytt jobb. En person var heltidssjukskriven pga. graviditetskomplikation och en person hade beviljats 25 % permanent sjukersättning pga. neurologisk sjukdom. Fyra personer var fortfarande deltidssjukskrivna på mellan 25-50 % . De 4 personer som fortfarande var deltidssjukskrivna vid 2-årsuppföljningen hade alla uppgett en dålig relation till närmsta chef och några av dem var vid uppföljningen på väg att sluta hos

sina arbetsgivare efter denna långa schism. Många av deltagarna var ej sjukskrivna alls trots uttalade besvär vilket visar att denna grupp har en hög sjuknärvaro.

Arbetsmetodiken ledde till minskande rapportering av stressrelaterade besvär och hög frekvens återgång i arbete eller arbetsbyte och resultaten kvarstod vid 2-årsuppföljning. Huruvida detta är ett resultat av metoden eller ej går inte att med säkerhet att bedöma då kontrollgrupp saknades. Metoden där chefen involveras tidigt bedöms dock som framgångsrik då många uppgav konflikter med chefen. Att lösa dessa eller föra fram dem i ljuset tidigt bedöms som betydelsefullt för att komma vidare i rehabiliteringsprocessen. Även om inte denna trepartsmodell används så är det av vikt att efterfråga relationen till chefen. Det är också viktigt att chefer får utbildning och stöttning så att de kan sköta sitt rehabiliteringsansvar och arbeta förebyggande. Företagsläkaren kan härvid vara en viktig resurs som bör kopplas in tidigt i förloppet.

BAKGRUND

Trots att rehabiliteringsprogram har studerats och utvärderats sedan många år är det förvånansvärt lite konkreta slutsatser som dragits om hur optimal rehabilitering bör utformas. Flera utländska studier, och de svenska som finns, tycks dock indikera att rehabiliteringsprogram som ger bra utfall för arbetsåtergång sker i nära samarbete med arbetsplatsen. (1). Enligt Heijbel et al (2) som undersökt patienter i Sverige som varit sjukskrivna 1 år framgår att arbetsgivare och försäkringskassa ej utfört det som förväntas av dem. Endast 25% av arbetsgivarna hade gjort en lagstadgad rehabiliteringsutredning och efter 1 år hade bara 50% av de sjukskrivna kontaktats av försäkringskassan som har samordningsansvaret vid rehabilitering. En av slutsatserna i artikeln är att rehabiliteringen och arbetsåtergången förmodligen skulle förbättras om företagshälsovården kopplades in vid alla sjukskrivningar.

Enligt JR Anema et al (3) finns det en hel del hinder i rehabilitering som kan vara iatrogena dvs orsakade av sjukvårdens olika problem med väntetider och dålig samordning.

I en litteraturöversikt av Krause et al (4) framgår att yrkesinriktade insatser och modifiering/byte av arbetsuppgifter kan minska sjukskrivningskostnader till hälften.

Enligt enkätundersökning av personer som själva varit sjukskrivna mer än ett år anser 80% att framgångsfaktorn för att kunna återgå i arbete är att hälsan förbättras. Besvärsminskning och egen vilja att börja arbeta beskrivs som viktigt av individer i studien.

Långtidssjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete av Vingård et al (5) är en delstudie i Hälsa och Framtid som handlar om långtidsfriska företag. Här framkommer också att de företag som är långtidsfriska ofta har en tydlig organisation och policy gällande rehabilitering samt fler stödresurser åt chefen än ”normala” företag.

I Berglund et Gerner (6) samt Hagen (7) betonas motivation som en viktig faktor för arbetsåtergång. Franche (8) fann i en systematisk översiktsartikel av vetenskaplig litteratur 1993-2003 att de faktorer som hade starkast evidens för arbetsåtergång var anpassning av arbetet till individens behov, men även en god kontakt mellan behandlande läkare och arbetsplatsen. Andra viktiga faktorer med moderat evidens var ergonomisk rådgivning på arbetsplatsen och en koordinator eller coach som hjälpte till i processen för arbetsåtergång.

Steenstra (9) visar att tidig intervention på arbetsplatsen i nära samarbete med företagshälsovården ger positivt utfall för ryggpatienter.

I socialstyrelsens utredning om utmattningssyndrom rekommenderas att företagshälsovården kopplas in vid rehabilitering(10). Även i Läkarförbundets 30-punktsprogram för bättre hantering av sjukskrivningsfrågor hänvisas till

företagshälsovården(11). Företagshälsovårdens metoder är dock dåligt utvärderade och beforskade. I näringsdepartementets utredning om företagshälsovården SOU 2004:113 uttrycks det positiva omdömen om företagshälsovårdens insatser men man uppmanar till ökad forskning inom företagshälsovården. (12).

Varför har det då ej skett så mycket utvärderingsarbete inom eller av företagshälsovården själva?

Detta kan sannolikt till viss del bero på att företagshälsovårdens uppdragsgivare är enskilda företag som finansierar konsulttjänsterna. Åtterrapporing sker direkt till uppdragsgivaren i de olika uppdragen, men det saknas ekonomiskt incitament för att bedriva generellt, systematiskt utvärderingsarbete inom företagshälsovården.

På många håll har det arbetats fram metoder för rehabilitering som man inom företagshälsovården anser som bra, men som behöver utvärderas mer objektivt.

Denna undersökning är ett försök att bedriva fältforskning på rehabilitering inom FHV utifrån ett företagsläkarperspektiv.

SYFTE

- Att beskriva en metod för yrkesinriktad rehabilitering inom företagshälsovård med företagsläkaren som nav i fortlöpande 3-partssamtal med den anställde och närmsta chef .
- Att sammanställa och utvärdera in och ut-data på rehabiliteringsärenden med skattningskalor , sjukskrivningsdata och journaluppgifter samt följa upp efter 2 år för att se hur det gått .
- Att särskilt studera och identifiera faktorer som påverkat arbetsåtergång
- Att utifrån ovanstående utforma en enkel utvärderingsblankett ,möjlig att använda inom företagshälsovård fortlöpande för att mäta resultat av rehabilitering.
- Att studera tidsåtgång och kostnad för rehabiliteringsinsatserna.

ARBETS-METOD

Anställda som söker eller uppmanas av arbetsgivaren att söka på företagshälsovården för att få råd och hjälp gällande problem som gör att de har svårt att fungera i arbetet och/eller är sjukskrivna bokas vid komplex problematik för konsultation till företagsläkare. Tid bokas i regel senast inom 14 dagar.

För att minimera rehabiliteringshinder och optimera arbetsåtergång har en metod utvecklats där företagsläkaren är navet i den fortlöpande rehabiliteringen med den anställde och närmsta chef. I metoden eftersträvas medvetet att minimera antalet inblandade personer runt en person för att inte fördröja och/eller fördyra rehabiliteringen.

Förhållningssättet ,en viktig del av metoden.

Arbetet har skett med ett konsultativt, KBT-inspirerat förhållningssätt. (KBT=Kognitiv Beteendeterapi).

Detta har huvudsakligen skett genom att hjälpa den anställde att förstå sin psykiska och/eller fysiska funktionsnedsättning samt hur den hindrar arbetsförmågan och klargöra vad som är behandlingsbart/påverkbart och vad som ej går att åtgärda utan måste accepteras.

Grundläggande har också varit att kartlägga och utvärdera den anställdes egna strategier och förhållningssätt och förstärka de goda. Förhållningssättet är detsamma på flerpartsmötena.

Orsakssambandet mellan besvär och arbetsmiljö har diskuterats och åtgärdsförslag har diskuterats. Chefen och den anställde "äger" problemet. Företagsläkarens roll är att på ett objektivt sätt analysera problemställningarna ur ett medicinskt perspektiv och bistå med faktaunderlag till individ och chef så att de kan ta ställning till hur rehabiliteringen ska kunna planeras vidare för återgång i arbete.

Konsultationen hos företagsläkare

Grunden för konsultationen hos företagsläkaren är ett 1-timmes samtal. Vid konsultationen görs *medicinsk bedömning* samt noggrann *funktionsanamnes* relaterad till det arbete/de arbetsuppgifter som personen förväntas utföra.

Kartläggning av utbildning, tidigare arbete och varför individen tog det arbete hon/han har nu..

Identifiering av vilka arbetsuppgifter som är svåra att klara och vari svårigheten består.

Trivsel och relation till chef/arbetsplats inventeras.

Stressorer analyseras både hemma och på arbetet.

Samtal om återhämtningsmöjligheter med särskild uppmärksamhet på sömnen. Balans mellan arbete, hemarbete, fritidsaktiviteter och vila diskuteras. Egna och andras krav på personen.

Kost, alkohol och motionsvanor kartläggs. Stor vikt läggs vid individens egna tankar kring orsakssamband beträffande t ex stress och fysisk belastning .

Vad anser individen behöver förändras?

Olika *skattningsskalor* används för att bedöma nivån på stressrelaterade besvär, sömnproblem, depressionsinslag respektive smärtintensitet för smärtpatienter.

Underlaget utgör grund för både diagnostik, behandlingsintervention och ställningstagande till arbetsförmåga/ sjukskrivning.

En preliminär *handlingsplan* upprättas av företagsläkaren tillsammans med individen för vidare inventering och/eller åtgärder/behandling. Psykolog, ergonom, företagssköterska m fl kopplas in efter behov. Psykologerna vid undersökningen var KBT-utbildade.

Depression har oftast behandlats med medicinering som komplement till psykologstöd, särskilt när sömnen varit dålig.

Planen innefattar nästan alltid *förbättringsstrategier för sömn och fysisk aktivitet* då detta bedöms mycket basalt.

3-partsmöte med chef initieras vid behov, oftast direkt genom telefonsamtal eller mejl .

Personalhandläggare deltar ibland när chefen önskar stöd eller som ersättare till chef om t ex relationen är störd med närmsta chef .

Målet med mötet är att *skapa en arbetsallians och snabbt få en samstämmighet i vilka olika delproblem som finns* vid en funktionsnedsättning samt vad som behöver göras av individ, arbetsgivare respektive behandlare för att förbättra funktionen och arbetsförmågan för den anställde i relation till det arbete som förväntas. De olika *arbetsuppgifterna analyseras noggrant utifrån svårighetsgrad i förhållande till funktionsnedsättningen både kvalitativt och kvantitativt* dvs exakt vilka arbetsuppgifter är svårt att utföra och hur ofta dessa måste utföras. Vem sätter ribban för godtagbart arbete? Chef eller individ? Resonera om huruvida anpassning av arbetet kan ske.

Tydliga mål ställs upp.

Genom kontakter med olika interna och externa behandlare/resurspersoner, bistås individen att utvärdera dessa insatser i relation till frågeställningarna. Medicinska och yrkesinriktade insatser har skett parallellt.

Företagsläkaren följer upp arbetsförmåga och uppsatta mål gällande successiv återgång till befintligt arbete kvalitativt och kvantitativt. Rehabmöte sammankallas fortlöpande efter behov. Vilka personer som ska delta vid nästkommande uppföljning bestäms utifrån vilka frågor som ska lösas. När det ej verkar möjligt att påverka tillfrisknandet/funktionsförmågan och/eller tillrättalägga arbetet/arbetsmiljön så att personen åter kan klara av sitt ordinarie arbete igen så bedöms arbetsförmågan till annat arbete hos arbetsgivaren eller annat arbete på arbetsmarknaden om så anses möjligt. Individerna uppmanas i detta läge att inrikta sig på byte av arbete .

Individen kan naturligtvis i varje steg bestämma sig för att byta arbete på eget initiativ om han/hon anser att detta gagnar hälsosituationen bättre än att stanna kvar i befintlig situation. Individerna får stöd oberoende av vilket val han/hon gör. Det är ej acceptabelt att ”välja” passiv sjukskrivning i en önskan att saker ska lösas sig av sig själv!

Företagsläkaren har också själv kontakten med försäkringskassan, då det behövs, och skriver de medicinska underlag som behövs.

Vid både individuella besök och möten avsätts 1 timme.

Arbetsmiljölagen ligger som grund för arbetsgivarens åtaganden och skyldigheter. I metoden ingår även att följa FK:s 7-stegsmodell.

Metoden korrelerar även väl till den sk rehabkedjan som infördes juli 08. Enligt rehabkedjan finns numera dock tidsgränser för de olika stegen som ej var aktuella när undersökningen gjordes.

Arbetsmetoden överensstämmer också huvudsakligen med Stockholms läns landstings Vårdprogram för stressrelaterad ohälsa.

Utskrivningskriterier:

Patienten följs upp/skrivs ut när han/hon verkar ha förstått olika samband i sin situation så väl att hon/han kan ta fortsatt ansvar själv för riktningen i sin rehabilitering samt har en tydlig trend med besvärsminskning på skattningsskalorna. I sjukskrivningsfall följs oftast individen tills han/hon är åter på heltid i arbetet sedan åtminstone 1 månad, alternativt fått varaktig sjukersättning eller har slutat hos arbetsgivaren. Vid avslut har många vid behov fått ha kvar kontakten med FHV under en övergångstid.

Det händer relativt sällan att individer inte får fortsätta kontakten pga bristande finansiering.

Använda formulär och skattningsskalor

Ingångs och utskrivningsuppgifter är tagna från journalerna och systematiskt inskrivna i ett formulär som sedan datorbearbetats.

För patienter med psykisk ohälsa användes Karolinskas Utbrändhetsformulär.. Formuläret som konstruerats av bl a stressforskare Alexander Perski är ett symtomformulär där 35 vanliga stressrelaterade symtom graderas från 1-5 efter hur ofta de förekommer. (1=aldrig.5=alltid). Symtomen är indelade i 5 grupper med frågor om: Kognitiva störningar, simultankapacitet, sömn, fysiska symtom och depressionsrelaterade symtom. Formuläret är färdigvaliderat. Formuläret har ändå använts då det väl beskriver många av de symtom som patienter brukar rapportera och det blir som en utvidgad systematiserad anamnes. Formuläret används rutinmässigt för att följa tillfrisknandet. Om svaren på frågorna för depressionsrelaterade symtom indikerat depression så har ett MADRS-S test använts (Montgomery Åsberg Depression rating Scale). För dem som verkade uppenbart djupt deprimerade t ex enligt psykologens bedömning, användes MADRS-S test direkt. Då följdes även patienternas tillfrisknande med MDRS-S (Detta för att inte belasta patienten med alltför många formulär när de varit djupt deprimerade). För smärtpatienter har en VAS-skala använts med 3 linjer för ”smärta just nu”, ” genomsnittlig smärta sista veckan” och ”som

väst”. Smärtpatienter som verkar stressade eller där sjukskrivning varit aktuell har också fyllt i Karolinskas utbrändhetsformulär och eventuellt MADRS-S som ovan beskrivits.

STUDERAD GRUPP (Inklusionskriterier)

-42 personer har inkluderats. Gruppen utgjordes av de patienter som hade :

- kommit nya till företagsläkare på en företagshälsovård i Kista utanför Stockholm under 2005 och där konsultationen motiverat fördjupat psykstatus med formulär

- och vid start uppvisat höga poäng på Karolinskas utbrändhetsformulär ≥ 80 p (fritt definerad gräns) och/eller MADRS ≥ 20 poäng, dvs indikerande måttlig eller svår depression

-och hade besvärstid före start > 3 månader.

En del av dessa hade sökt primärt för fysiska problem men hade höga poäng på psykiska skattningsskalor och kom därmed med i gruppen.

STATISTISKA ANALYSER

Journaler har granskats retroaktivt och uppgifter har registrerats i Microsoft Office Access. En enkät skickades ut ca 2 år efter inskrivning , november 07
Hjälp med databearbetning genom Arbets och Miljömedicin i Uppsala.

RESULTAT

Gruppsammansättning :

Gruppen bestod främst av tjänstemän inom privat sektor, något fler kvinnor än män, och de flesta mellan 30-50 år.

Drygt hälften kom på eget initiativ och resterande på initiativ från arbetsgivaren.

57% av patienterna hade primärt varit hos psykolog som föreslagit fördjupad bedömning med avseende på depression, medicinering och/eller ställningstagande till sjukskrivning.

Rapporterade besvär vid start:

Merdelen sökte för stressrelaterade besvär .

Några sökte primärt för ländryggsbesvär och/eller nackbesvär utan att ange stress men hade höga poäng och kom därmed med i denna grupp.

Majoriteten angav att de haft besvär längre än 6 månader

90% angav att besvären helt eller delvis var arbetsrelaterade.

41% var sjukskrivna vid start i varierande grad och tid. (12% > 6 månader)

36% uppgav eller konstaterades uppenbart ha en dålig relation till närmsta chef.

Karolinskas utmattningsformulär uppmätte i snitt 105 poäng. (Möjliga poäng 35-175).

Sömnpoäng enbart gav i genomsnitt 22 poäng (Möjliga poäng 6-30).
86% markerade även MADRS-S talande för inslag av depression. Snittpoäng 22.
De flesta hade enligt journaler initialt en symtombild som motsvarade både utmattningssyndrom och depression.

Inskrivningstid, antal läkar och psykologbesök, rehabmöten och medicinering :

Läkarbesök i snitt 7 ggr .

Inskrivningstid i snitt 9 månader (1-24 månader). Ingen väntetid vid start.

57% hade parallellt i snitt 6 samtal (2-20) med KBT-utbildad psykolog på FHV-enheten.

74% medicinerades med SSRI eller liknande för sina depressions och eller ångestproblem

Rehabmöten genomfördes för samtliga sjukskrivna. Totalt genomfördes rehabmöten för 70% av gruppen, varav 2/3 med närmsta chef som ofta även hade med personalchef.

Försäkringskassan deltog i 23% av ärenden.

Mötena resulterade i att aktiv förändring av arbetsituationen planerades i 70% av ärendena .

Sjukskrivning under kontakttiden:

33% var ej sjukskrivna alls under inskrivningstiden.

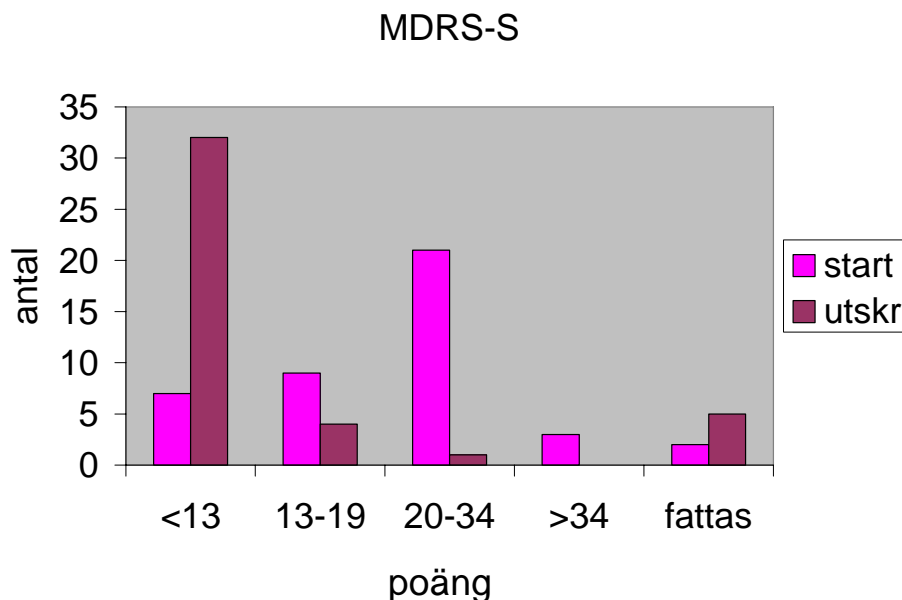
Förutom de 41% som var sjukskrivna när de kom initierades ytterligare 26% av företagsläkaren. Personerna var sjukskrivna olika länge och i successivt minskande grad.

Rapporterade besvär vid utskrivning/avslutad kontakt (efter i snitt 9 månader):

37 personer hade fyllt i skattningsskalor vid utskrivningen.

Karolinskas utbrändhetsformulär: I genomsnitt 71 poäng.(minskning 34 poäng) .

Sömn: 11 poäng (jämför start 22) .



MADRS-S hade i genomsnitt minskat 11 poäng vid utskrivning .
(minskning från 22 till 11 poäng).

VAS mätning smärta : 8 personer i snitt 3 .(minskning 4 poäng).

Kostnader:

Total läkartid för dessa patienter uppskattas till ca 14 timmar per patient , vilket motsvarar ca 20 000 kr.

För psykologen blev totaltiden i snitt ca 9 timmar vilket motsvarar ca 10 000 kr.

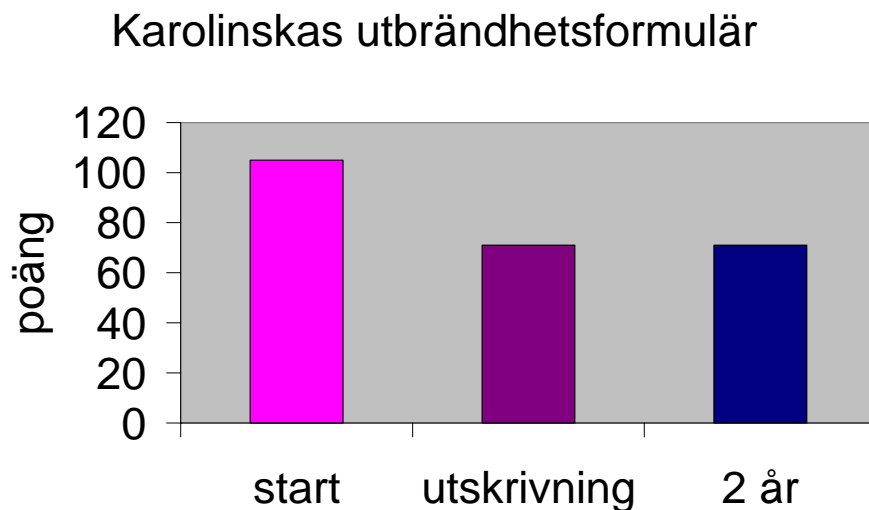
Resultat från uppföljning 2 år efter start

24 hade lämnat uppgifter via enkäten och på ytterligare 13 fanns journaluppgifter.

Uppföljningsuppgifter finns på 37 personer av 42.

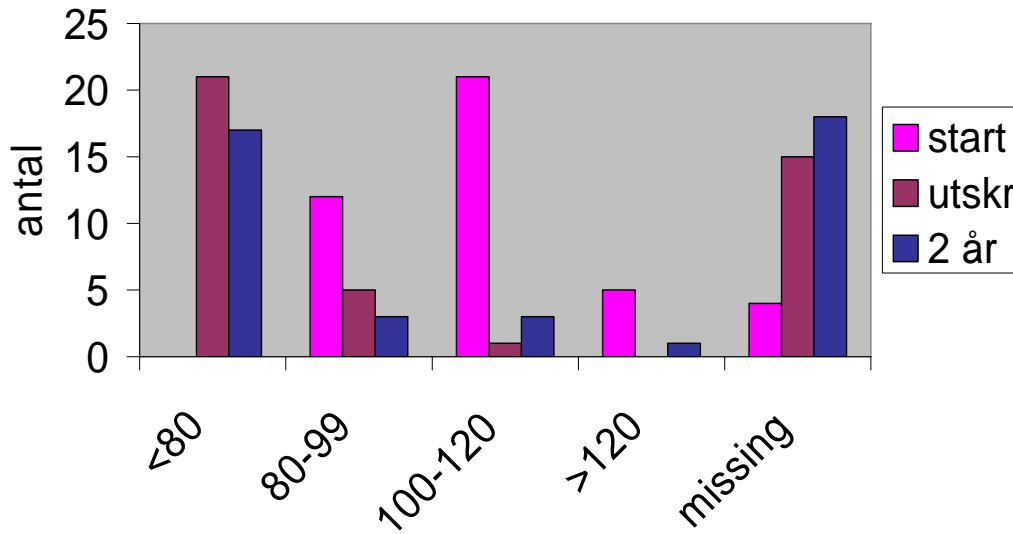
(Flera av dem som ej hade svarat visade sig aldrig ha varit sjukskrivna och möjligen kan de därför ha tyckt att enkäten var irrelevant).

Rapporterade besvär efter 2 år (24 pers):



Poängen på Karolinskas utbrändhetsformulär minskade från i genomsnitt 105 poäng vid start till 71 poäng vid utskrivningen. Resultatet kvarstod efter 2 år.

Karolinskas utbrändhetsformulär



Vid start hade alla patienter över 80 poäng på Karolinskas utbrändhetsformulär. Genomsnittet var 105 poäng. Vid 2-årsuppföljningen hade 17 av de 24 personer som svarade lägre poäng än 80.

Sömn: 15 poäng (4 poängs ökning jämfört med utskrivningen)

MADRS-S utfördes ej vid uppföljningen.

VAS som angavs av 5 personer: 4 i snitt.

Arbetsstatus (37 personer):

29 personer var med stor sannolikhet i heltids arbete efter 2 år . (Några kunde inte följas mer än 1 år.)

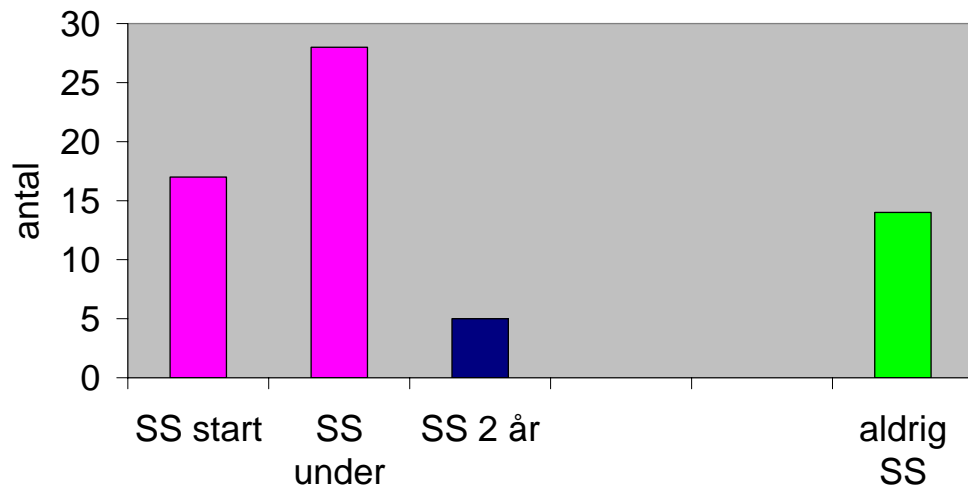
2 studerade.

4 deltidssjukskrivna i samband med avslut hos arbetsgivaren och FHV.

1 heltidssjukskriven pga tillfälliga graviditetsbesvär . (Inga kvarstående psykiska besvär som tidigare).

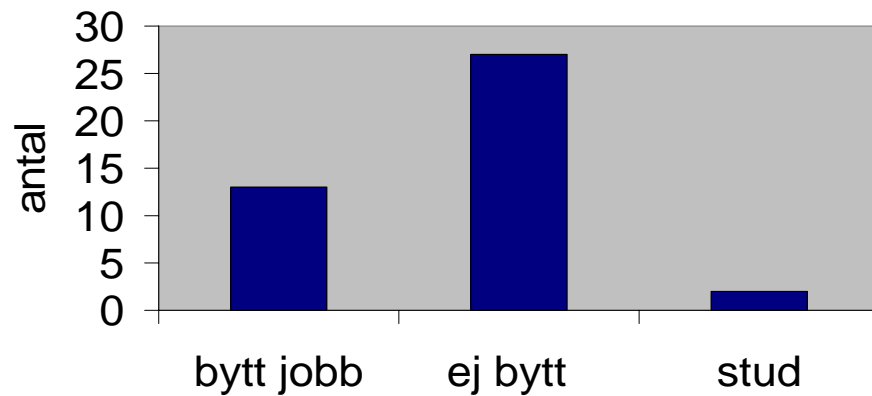
1 beviljad 25%-ig sjukersättning i befintligt arbete pga komplicerande neurologisk sjukdom.

sjukskrivna



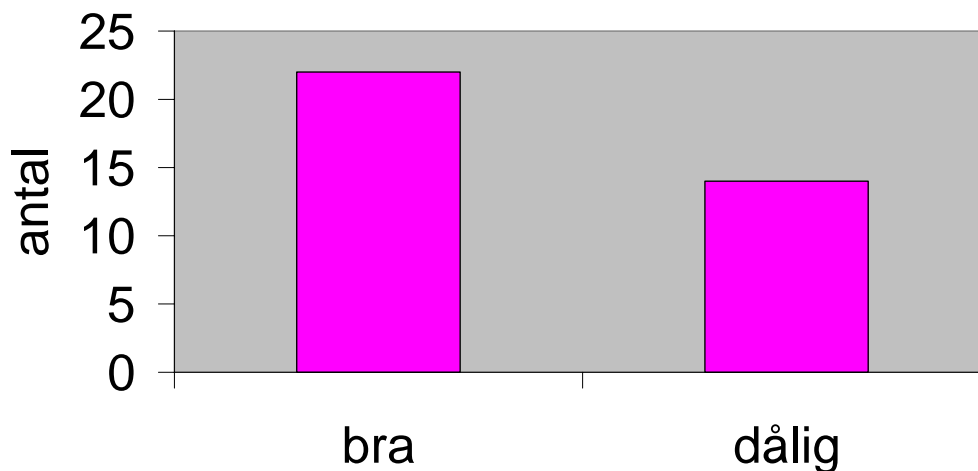
Många patienter var i behov av sjukskrivning på hel eller deltid under behandlingsperioden. Endast några var fortfarande sjukskrivna på deltid vid 2 års-uppföljningen. (1 person sjukskriven helt pga graviditetskomplikation).

bytt jobb



Totalt i gruppen hade 13 personer bytt jobb.

Relation med chef



62% av de 13 som bytt jobb hade en ansträngd relation till närmsta chef jämfört med 24% i gruppen som ej bytt jobb .

Samtliga fyra som ännu var deltidssjukskrivna vid uppföljningen och som höll på att avsluta sin anställning på olika sätt hade uppgivit dålig relation till sin chef. Några sades upp pga personliga skäl då de ej kunde återgå i befintligt arbete. Samtliga mådde trots allt betydligt bättre enligt mätningar och verkade inse att det skulle vara svårt att förbättra sin hälsa om de stannade kvar.

Samtliga med kvarstående deltidssjukskrivning var kvinnor.

Synpunkter på FHV-insatserna från dem som besvarat enkäten (24 personer)

.79% angav att de fått ”hjälp och stöd att förstå vad som kan påverka min hälsa”.

67% ”Hjälp och stöd med att ändra min inställning till egna krav på mej själv”.

33% ”hjälp och stöd med att förbättra kontakten med chef/arbetsgivaren”,

46% ”hjälp och stöd i kontakten med FK”.

Kommentarer om arbetsgivarna:

11 personer kommenterade i fritext i positiva ordalag vad arbetsgivaren hjälpt till med.

4 personer angav mycket negativa kommentarer om arbetsgivaren och en person angav att han blev tvingad att sluta genom en fingerad omorganisation.

Kommentarer om egna insatser:

Många (11 personer) kommenterade i fritext vad de gjort själva på olika sätt; t ex att de jobbade på att minska sin egna krav, sätta gränser, sköta träning och sömn bättre m.m.

Faktorer som angavs som viktiga för förbättrad hälsa/arbetsåtergång var:

Min egen vilja att börja arbeta (67%),
effektiv behandling (46%)
Familj och vänners engagemang (46%),
minskande symtom (42%)
Annat arbete/arbetsuppgifter (42%),
Arbetsgivarens hjälp och engagemang (38%),
”Arbetskamraternas stöd och uppmuntran” (29%),

15 personer ansåg att de varit sjukskrivna i rätt omfattning och 5 personer ansåg att de borde varit sjukskrivna längre! Ingen ansåg att de varit sjukskrivna för länge.

DISKUSSION

När hälso och sjukvården utvärderar rehabiliteringsresultat bör man rimligen mäta hur människor mår och fungerar och inte bara mäta resultatet i form av sjukskrivning. Minskande sjukskrivningssiffror som enda mått är ett politiskt/ekonomiskt mått och kan uppnås på en mängd sätt som t ex genom regeländringar eller genom att bara avsluta sjukskrivningen utan hänsyn till de medicinska och arbetsmässiga konsekvenserna för individen.

Sjukskrivning är berättigat vid medicinska hinder för arbete. Vid bedömning måste det vara tydligt hur arbetet begränsas av olika besvär.

När man som företagsläkare arbetar tillsammans med arbetsgivaren och patienten kan man på ett naturligt sätt analysera arbetsförmågan och skilja ur de medicinska hindrena från andra hinder och det blir då också tydligt vem som bär ansvar för olika åtgärder.

Individer anger ofta besvärsminskning som viktigt för att klara arbetsåtergång och detta har därför mätts och eftersträvat. Karolinskas Utbrändhetsformulär mäter stressrelaterade symtom ospecifikt och ej diagnosrelaterat vilket på många sätt är en fördel när man vill fokusera på funktionen. Individen får styra mycket gällande vilka insatser som ska göras.

Genom skattningsskalorna blir det uppenbart om åtgärder ger resultat eller ej och det blir lätt att avsluta ineffektiva åtgärder/behandlingar som tar onödig kraft. Om man inte uppnår förbättring gällande de stressrelaterade besvären blir det en bra grund för att ändra riktning på insatserna.

Relationen med närmsta chef är helt klart av stor vikt oberoende av om man rehabiliteras åter i befintligt arbete eller behöver byta arbete. Vid rehabiliteringsmötena eftersträvades att uppnå en behandlingsallians med båda parter för att komma framåt i rehabiliteringen. En chef som tydligt tar sitt ansvar i rehabiliteringen är till stor hjälp. Då blir det tydligt vilka problem som tillhör och kan lösas av arbetsplatsen och vad som är individens problem.

Alla individer som uppgav dåligt stöd av sin chef konfronterades vid de enskilda samtalen med valet att stanna och acceptera sin chef, alternativt avsluta anställningen på något sätt.

Även om några personer i slutänden blev uppsagda verkade de må bättre av att något ändå hände som förändrade en ohållbar situation. Dålig relation med närmsta chef bör betraktas som en riskfaktor för lång sjukskrivning och utan återkommande möten hade situationen lätt konserverats genom undvikande från både chef och anställd vilket sannolikt kan förklara många långa sjukskrivningsärenden i Sverige!

Många av dem som ej var sjukskrivna kunde rehabiliteras utan sjukskrivning pga tillmötesgående chefer som tillfälligt eller tillsvidare kunde tillrättalägga arbetsuppgifter. När relationen varit god med chef var det även enklare att komma till avslut när så var nödvändigt.

SLUTSATSER

Behandlingsmetoden har väsentligen fungerat bra och den har många komponenter som i litteraturen beskrivs kunna påverka rehabiliteringsresultatet positivt, bl a att man har nära samarbete med arbetsplatsen.

Resultaten indikerar att personerna i studien har betydligt färre stressrelaterade symtom och arbetade mer efter rehabiliteringsinsatsen än vid start. Endast några var fortfarande deltidssjukskrivna.

Resultatet är väsentligen oförändrade efter 2 år . Samtliga personer med MADRS-S tydande på depression var i remission vid utskrivningen.. Flera av de i gruppen ingående personerna med stressrelaterade symtom och depression hade primärt sökt för smärta men fångades upp genom screeningförfarande med formulär.(Karolinskas utmattningsformulär och MADRS-S). Tiden för behandlingskontakten varierade stort . Detta stärker uppfattningen att det är bra med individuellt anpassad intervention.

14 personer, 33%, var aldrig sjukskrivna alls trots uttalade stressrelaterade besvär. Detta bekräftar vad många andra studier visat, att det är många fler faktorer som påverkar möjligheten att arbeta trots besvär än bara själva hälsotillståndet.

15 personer (36%) var ej kvar i befintligt arbete vid 2-års uppföljning. Ofta anges arbetsbyte positivt för tillfrisknande om man har arbetsrelaterade besvär vilket alltså skett i stor utsträckning i den studerade gruppen.

15 personer (36%) uppgav tydligt dålig relation med chef. 8 av de 15 som bytta arbete eller började studera hade uppgett dålig relation med sin närmsta chef .

De 4 personer som ännu var deltidssjukskrivna pga stressrelaterade besvär efter 2 års uppföljning var del av denna grupp.

Studien indicerar att dålig relation med närmsta chef kan vara en riskfaktor för sämre rehabiliteringsresultat både gällande hälsa och arbetsåtergång.

Enkäten har fungerat relativt väl men arbetskrävande att samla in journaldata retroaktivt. Kostnaden för interventionen är uppskattad, men förefaller vara relativt låg jämfört med många stora multiprofessionella program på marknaden.

REFERENSER

1. Patrik Loisel, MD, Editorial. Intervention for return to work- what is really effective? Scand J Work Environ Health 2005;31 (4) 245-247
2. Bodil Heijbel, Malin Josefsson, Irene Jensen and Eva Vingård. Employer, Insurance, and Health System Response to Long-Term Sick Leave in the Public Sector: Policy Implications. Journal of Occupational Rehabilitation, Vol 15, No 2, June 2005.
3. JR Anema, AM van der Giezen, PC Buijs W van Mechelen. Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return to work; a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. Occop Environ Med 2002;59: 729-733
4. Niklas Krause, Lisa K. Dasinger, Frank Neuhauser. Modified work and return to work: a review of the literature. Journal of occupational Rehabilitation, Vol 8, No2, 1998.
5. Vingård, Waldenström, Bengtsson, Svartengren, Ekenvall, Ahlberg. HoF-studygroup. Hälsa och framtid. Et forskningsprojekt om långtidsfriska företag. Delstudie 4: Långtids-sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete. Processer och resultat hos företag inom privat sektor.
6. Berglind H, Gerner U. Motivation and return to work among the long-term sicklisted: an action theory perspective. Disability and rehabilitation 2002;24:719-726

7. Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H, Does early intervention with light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? Spine 2000;25:1973-1976.
 8. Franche R-L, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace based return to work interventions:a systematic review of the quantitative litterature. J Occup Rehab 2005; 15:607-631.
 9. Steenstra IA, Anema JR, van Tulder MW, Bongers P, de Vet HCW, van Mechelen W, Ergonomic evaluation of multi-stage return to work program for workers on sick leave due to low back pain. J Occup Rehab 2006; 16: 557-578.
 10. Utmattningssyndrom, stressrelaterad psykisk ohälsa . Socialstyrelsen. Artikelnr 2003-123- 18.
 11. Läkarförbundets 30-punktsprogram. Läkarförbundet. 2005.
 12. Utredning om företagshälsovården SOU 2004:113
 13. FK:s 7-stepsprogram.www.fk.se
 14. Alexander Perski Ur balans 2002. (Karolinskas utbrändhetsformulär.)
 15. Regionalt Vårdprogram.Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholms läns landsting 2007.
 16. Arneson H. Empowerment and health promotion in working life. Thesis Linköpings universitet 2006.
- Jo-Anne Dahl. Acceptance Commitment Therapy
 SKL-Kunskapsöversikt
 HAKuL slutrapport 2004.
 SBU:s behandlingsprogram för depression.

Försäkringskassan

STEG-FÖR-STEG-MODELLEN

3 kap.7§ AFL Sjukpenning

Steg 1

Kan den försäkrade utföra sitt vanliga arbete eller annat lämpligt (tillfälligt) arbete?

Steg 2

Kan den försäkrade utföra sitt vanliga arbete efter rehabilitering eller anpassning?

Steg 3

Kan den försäkrade utföra och erhålla andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren?

Steg 4

Kan den försäkrade erhålla andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren efter rehabilitering eller anpassning?

Steg 5

Kan den försäkrade klara annat arbete på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete?

Steg 6

Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter rehabilitering?

Steg 7

Är den försäkrade varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen?

Projektet

Uppföljning av rehabiliteringsarbete på en FHV-central



Institutionen för medicinska vetenskaper
Arbets- och miljömedicin

Dagens datum _____ - _____ - _____
år mån dag

IDNR

A. Personlig information och frågor om Din hälsa

1. Födelseår

19 _____

2. Kön

Kvinna 1
Man 2

3. I allmänhet hur skulle Du vilja säga
att Din hälsa är nu?

Mycket bra 1
Ganska bra 2
Varken bra eller dålig 3
Ganska dålig 4
Mycket dålig 5

B. Frågor om Din nuvarande anställning och Din sjukskrivning

1. Är Du sjukskriven i dagsläget?

Nej 1
Ja på deltid 2
Ja på heltid 3

2. Har Du sjuk- eller aktivitetsersättning i dagsläget?

Nej 1
Ja på deltid 2
Ja på heltid 3

3. Är Du anställd för närvarande?

Ja 1
Nej, arbetslös 2
Nej, pensionerad 3
Nej, annat 4

4. Vilken typ av arbetsplats arbetar Du på?

(t ex verkstadsföretag, konsultföretag, städfirma)

Ej aktuellt (arbetslös/pensionerad)

5. Vilken är Din nuvarande yrkesbefattning?

(t ex personalchef, svarvare, it-samordnare)

Ej aktuellt (arbetslös/pensionerad)

6. Hur länge har Du varit anställd av Din nuvarande arbetsgivare?

Ej aktuellt (arbetslös/pensionerad)

_____ år

7. Hur lång tid under de senaste 12 månaderna har Du sammanlagt varit borta från arbetet p.g.a. egen sjukdom?

Ej aktuellt (arbetslös/pensionerad)

a) Helt sjukskriven

Mindre än 8 dagar

 1

8-30 dagar

 2

1-3 månader

 3

4-6 månader

 4

7-11 månader

 5

12 månader

 6**b) Delvis sjukskriven**

Mindre än 8 dagar

 1

8-30 dagar

 2

1-3 månader

 3

4-6 månader

 4

7-11 månader

 5

12 månader

 6**C. Frågor om Ditt ohälsoproblem/Din långtidssjukskrivning som pågick år 2005****1. Hur gammal var Du när Du för första gången på allvar kände av de besvär Du sökte för 2005?**

_____ år

2. För vad sökte Du Kvalita Haluxa 2005?

Nacke/ skulder/ armbesvär

 1 Ev. kommentar: _____

Ländryggsbesvär

 2 Ev. kommentar: _____

Stessrelaterade besvär, trötthet

 3 Ev. kommentar: _____

Utbrändhet/utmattningssyndrom

 4 Ev. kommentar: _____

Andra psykiska besvär

 5 Ev. kommentar: _____

Annat

 6 Ev. kommentar: _____

3. Anser Du att de besvär Du sökte för 2005
orsakades och/eller försämrades av
faktorer och åtaganden i hemmet och familjen?
- Ja 1
Till viss del 2
Nej 3
Vet ej 4
4. Anser Du att de besvär Du sökte för 2005
orsakades och/eller försämrades av
faktorer och åtaganden på arbetet?
- Ja 1
Till viss del 2
Nej 3
Vet ej 4
5. Har Du anmält dessa besvär som antingen
arbetsskada eller som återfall till tidigare
godkänd arbetsskada?
- Ja 1
Nej 2
Ej relevant 3

D. Frågor om Din behandling och rehabilitering under kontakten med KvaLita Haluxa med start 2005

1. Fick Du någon behandling och/eller rehabilitering
genom KvaLita Haluxa i samband med Din
ohälsoproblem som Du sökte för 2005?
- Ja 1 Nej 2

Om nej:

- Nekades Du hjälp av Din arbetsgivare 1 2
Ville ej fortsätta 1 2

Om ja, vilken hjälp fick Du:

- | | Ja | Nej | Ej
relevant |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) Träff med företagsläkare | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b) Träff med psykolpog | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c) Träff med företagssköterska | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d) Arbetsplatsgenomgång med ergonom | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e) Rehabmöte/samrådsmöte | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f) Hjälp och stöd med att förstå orsaker till mitt ohälsoproblem | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

	Ja	Nej	Ej relevant
g) Hjälp och stöd med att förstå vad som kan påverka min hälsa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h) Medicinska åtgärder, t ex medicinering	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i) Hjälp och stöd att ändra motionsvanor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j) Hjälp och stöd med att ändra kostvanor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
k) Hjälp och stöd med att ändra alkoholvanor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
l) Hjälp och stöd med att förbättra kontakt med chef/arbetsgivare	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
m) Hjälp och stöd med att ändra min inställning till egna krav på mig själv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
n) Hjälp och stöd i kontakten med försäkringskassan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Annat, vad? _____

2. Vad har Du själv gjort, för att underlätta återgången till arbete/klara fortsatt arbetet?

(Observera att denna fråga är aktuell även för Dig som ännu ej återgått till arbete)

3. Vad har Din arbetsgivare gjort för att underlätta för Dig att återgå till arbete/fortsätta arbeta?

(Observera att denna fråga är aktuell även för Dig som ännu ej återgått till arbete)

4. Vilka faktorer anser Du var/är avgörande i Ditt fall för Din förbättrade hälsa/arbetsåtergång?

(Flera alternativ kan fyllas i. Sätt ett kryss för de alternativ du anser vara av betydelse och notera de viktigaste alternativens nummer längst ned på sidan.)

Minskande symptom och besvär. 1

Effektiv behandling (av läkare, sjukgymnast, psykolog, kiropraktor, naprapat eller någon annan vårdgivare). 2

Yrkesinriktad träning, omskolning, pröva på en annan arbetsplats. 3

Förändringar i mina tidigare arbetsuppgifter (t.ex. ergonomiska förbättringar, arbetshjälpmiddel, annorlunda verktyg). 4

Annat arbete/andra arbetsuppgifter. 5

Annat arbete 6

Kortare arbetstid. 7

Arbetsgivarens hjälp och engagemang. 8

Företagshälsovårdens hjälp och engagemang. 9

Arbetskamraternas stöd och uppmuntran. 10

Fackets hjälp och engagemang. 11

Försäkringskassans hjälp och engagemang. 12

Min egen vilja att börja arbeta igen. 13

Ekonomiska skäl (inte råd att vara sjukskriven). 14

Familj och vänners hjälp och engagemang 15

Annat, vad? _____ 16

Här fyller Du i nummer, på max 3 faktorer, som du anser vara de viktigaste

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Anser Du att Du var sjukskriven i rätt omfattning och längd

Ja	Nej	Ej relevant
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Om, nej:

Anser Du att Du borde varit sjukskriven

längre tid/högre grad

Ja	Nej
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

kortare tid/lägre grad

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
----------------------------	----------------------------

Övriga synpunkter och kommentarer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tack för Ditt deltagande!

Namn.....pers.nr.....datum.....

MADRS

	st	totalt
5:or	_____	_____
4:or	_____	_____
3:or	_____	_____
2:or	_____	_____
1:or	_____	_____
Subtot		<input type="text"/>

Karolinskas utbrändhetsformulär

Besvara nedanstående frågor utifrån hur du känt dig den senaste tiden.

Skriv in det alternativ som bäst stämmer in på dig.

Har du under **senaste året** upplevt:

0 = Nej 1 = Ja

allvarliga svårigheter i ditt arbetsliv, studier eller familjeliv _____

stor ökning av arbetstid, ansvar eller belastning i livet _____

allvarliga händelser eller stora negativa förändringar i livet _____

allvarliga problem med dina relationer _____

allvarliga problem med din ekonomi _____

Har du under den **senaste månaden** upplevt eller haft problem med att:

1=Aldrig 2=Sällan 3=Ibland 4=Ofta 5=Alltid

komma ihåg namn, datum eller ärenden du skall göra _____

komma ihåg saker som är/varit viktiga för att utföra ditt yrke _____

fullfölja en tankebana _____

föra samtal med dig själv _____

orientera dig i tid och rum _____

kortvarig känsla att vara frånvarande _____

koncentrera dig på en längre text, nyhetsartikel eller bok _____

1=Aldrig 2=Sällan 3=Ibland 4=Ofta 5=Alltid

göra flera saker samtidigt _____

göra saker under tidspress _____

lätt bli stressad _____

tunnelseende _____

överkänslig för ljud, ljus eller lukter _____

somna _____

ökat sömbehov _____

vakna tidigt och inte kunna somna om _____

vara trött för jämnan _____

känna den sortens trötthet som inte går att vila bort _____

dina ”batterier” är uttömda _____

du har fått nog av livet _____

stor infektionskänslighet _____

överkänslig för smärta _____

problem med mag-tarmkanalen _____

problem med extra hjärtslag eller snabb puls _____

problem med andningen eller ont i bröstet _____

problem med balans, yrsel eller tinnitus _____

problem med herpes eller andra hudproblem _____

problem med muskeldarrningar eller ryckningar _____

problem med muskelsvaghet eller domningar i armar eller ben _____

humöret har blivit vacklande _____

vara mer lätttrörd känslomässigt _____

vara mer irriterad eller ilsken _____

kontrollera dina känslor _____

du känner mycket oro eller ångest _____

du känner dig väldigt ledsen _____

du känner dig deprimerad _____

Rapport från Arbets- och miljömedicin 2/2010

Beskrivning och utvärdering av en rehabiliteringsmodell inom företagshälsovård med företagsläkaren som nav i fortlöpande 3-partssamtal med individ och chef

Akademiska sjukhuset, Uppsala Universitet, 751 85 Uppsala, Tfn 018-611 36 42
www.amm uppsala.se