

# **TIDSFÖRDRÖJNING OCH ANDRA HINDER I REHABILITERINGSPROCESSEN**

**erfarenheter utifrån ett multiprofessionellt arbetssätt i team  
med en stadsdelsförvaltning som uppdragsgivare**

Per Ahrnbom, AB Previa, Gullmarsplan 17, 121 40 Johanneshov, 08 602 01 00  
fax 08 508 675 05, per.ahrbom@previa.se (Augusti 2003)

Handledare: Hans-Erik Norbeck, AB Previa

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet 2002/03

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING .....	2
INLEDNING.....	3
UNDERSÖKT GRUPP.....	4
METODER.....	4
RESULTAT.....	5
DISKUSSION.....	9
REFERENSER.....	11

### SAMMANFATTNING

Sedan 1990-talet har det skett en ökning av den arbetsrelaterade ohälsan. Ett flertal utredningar har gjorts på uppdrag av regeringen. I den senaste (SOU 2002:5) [1] konstaterar man att det inte finns bra metoder att mäta effekter av rehabiliteringsinsatser och att det saknas konsensus kring begreppet rehabilitering. Det poängteras bl a att de projekt där man lyckats samordna de olika aktörerna har varit mest framgångsrika och det ges konkreta förslag till hur rehabiliteringsprocessen kan bli mer offensiv samt snabbare.

Studiens syfte var att studera tidsaspekten och de faktorer som fördröjer rehabiliteringsprocessen under förhållandevis optimala förhållanden.

Våren 2001 etablerades ett multiprofessionellt team på en av AB Previas mottagningar i södra Stockholm. Det består av sjuksköterska, läkare, sjukgymnast/ergonom och beteendevetare. Teamet har successivt arbetat fram rutiner och förhållningssätt för att offensivt kunna arbeta med rehabilitering för de anställda inom Enskede-Årsta stadsdelsförvaltning. Teamet träffas en timme varje vecka för att göra gemensamma bedömningar, men också för att fortlöpande kunna diskutera förhållningssätt till begreppet arbetsförmåga samt nå enighet om sjukskrivningens roll. Rehabiliteringsprocessen har även underlättats av att försäkringskassan har haft samma handläggare för kundens alla rehabiliteringsärenden och denne har en personalkonsulent som samordnare för de ärenden som ej kan hanteras av arbetsledarna.

En retrospektiv genomgång har gjorts av 44 individärenden vilka fyllt kriterierna att 1: vara rehabiliteringsuppdrag, 2: träffat minst två personer från teamet med olika yrkesroll, befogenheter, erfarenheter och personliga egenskaper och 3: blivit föremål för en gemensam bedömning.

Arbetsförmågan i den undersökta populationen ökade 220% vilket är ett bra resultat oavsett den korta uppföljningstiden. Resultaten visar också att ett multiprofessionellt team inom maximalt åtta veckor kan ha en plan som är realistisk och förankrad hos patienten i 85% av ärendena. Det gäller oavsett individens tillstånd och tidigare sjukhistoria. Teamet bör samtidigt kunna hålla i en sjukskrivning med innehåll och bidra med andra insatser under rehabiliteringsprocessen. Inom ytterligare maximalt sex veckor i 75% av alla ärenden, oavsett tillståndet eller tidigare sjukhistoria, kan man ha ett gemensamt rehabiliteringsmöte. Syfte med mötet är att lägga upp en konkret plan tillsammans med individen, arbetsgivarens representant, försäkringskassans handläggare och ev. övriga aktörer, t ex facket.

Erfarenheterna av det interna och externa samarbetet är mycket goda. Särskilt uppskattas den stabilitet som teamets gemensamma interna bedömning kan ge ett komplicerat ärende, avseende såväl etiska som rent medicinska frågeställningar i kontakten med de andra aktörerna, inklusive individen som är föremål för rehabiliteringsåtgärderna.

Rekommendationer ges utifrån teamets erfarenheter och den kunskap som sammanställningen bidragit med. De praktiska åtgärder som föreslås syftar till att öka kvaliteten och tempot i rehabiliteringsprocessen.

## INLEDNING

Den arbetsrelaterade ohälsan har ökat kraftigt sedan 1997, fram för allt i den offentliga sektorn. I december 2000 beslutade regeringen om direktiv till en utredning, Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH) vars slutbetänkande presenterades januari 2002 [1].

HpH konstaterar att det saknas konsensus angående arbetslivsinriktad rehabilitering samt andra centrala begrepp inom området rehabilitering och stödjer sig på Stadskontorets utredning "Uppdrag om kartläggning och utvärdering av de rehabiliteringstjänster försäkringskassan köper" [2]. I den konstateras att det saknas effektiva metoder att mäta effekter av rehabiliteringsinsatser samt problem med olika intressenters inriktning. Men i de fåtal projekt där man lyckats samordna aktörerna (den enskilde, arbetsgivaren, försäkringskassan samt sjukvården, och i vissa fall arbetsförmedlingen) har man de bästa resultaten avseende återgång i arbetslivet. Man konstaterar vidare att effekterna av den sk Rehabiliteringsreformen "Tidig och samordnad rehabilitering" (SOU 1988:41) har uteblivit eller ej kunnat påvisats.

En återgång i arbetslivet underlättas avsevärt om villkoren på arbetsplatsen förändras [1],[3]. Viktig är också den enskildes känsla av delaktighet och faktiska möjligheter att kunna påverka sin arbetssituation vilket påpekas i utredningen och bland de forskare som studerat den del av processen [3]. Den enskildes aktivitet och delaktighet är också en hörnpelare i försäkringskassans nyligen startade projekt, SASSAM-metodik (Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering) som utgår från Ekberg [4].

Våren 2001 etablerades ett team på Previas mottagning på Gullmarsplan i Stockholm som fick uppdraget att ge service åt Enskede-Årsta stadsdelsförvaltning i Stockholm. Efter några månader ansåg vi oss mogna att erbjuda kunden en multiprofessionell rehabiliteringsutredning med konkreta förslag inom 6, senast 8 veckor efter att vi fått ett uppdrag, oavsett det gäller långtidssjukskrivna eller nyttillkommen arbetsrelaterad ohälsa. Teamet består av en företagssköterska, en sjukgymnast/ergonom, en läkare (författaren), en beteendevetare samt en psykolog som träffas regelbundet en timme/vecka på schemalagd tid förutom de kontakter som i övrigt kan behövas. Vi har en prestigelös atmosfär och möjlighet att direkt boka patienter på varandra. Teammötena fokuserar på patientärenden men vi har också en kontinuerligt diskussion angående förhållningssätt till begreppet arbetsförmåga och sjukskrivningens roll, vilket visat sig nödvändigt för att kunna leverera en gemensam bedömning. Vi delger även varandra våra erfarenheter från kundens olika arbetsplatser. Teamet (i lämpliga delar och med patientens och uppdragsgivarens medgivande) träffar den kundanställda så många gånger vi anser oss behöva. Vi gör en enskild bedömning av patientens situation utifrån vår profession och har sen en eller flera gemensamma diskussioner. Vid behov rekvirerar och analyserar vi tidigare journaler samt gör eventuella medicinska eller andra kompletterande utredningar.

Försäkringskassan har från början haft en och samma erfarna handläggare för alla rehabiliteringsärenden för kundens anställda. Kunden har en personalkonsulent som är rehabiliteringssamordnare för de ärenden som berör kundens skyldighet/möjligheter att skapa arbetsträning/varaktigt arbete på annan arbetsplats än den ordinarie. Samarbetsklimatet mellan teamet, försäkringskassan och kundens samordnare är etablerat och gott.

Syftet med projektet är att utifrån dessa förhållandevis mycket bra förutsättningar för ett effektivt rehabiliteringsarbete, undersöka vilka faktorer som fördröjer eller i vissa fall hindrar det, samt ge förslag för att öka dess kvalitet. Tidsfaktorn har studerats eftersom den anses vara en kritisk variabel och det dessutom anges tydliga rekommendationer i det förslag som HpH givit [1].

## UNDERSÖKT GRUPP

Journalhandlingar för 188 individer, anställda på Enskede-Årsta stadsdelsförvaltning som tagit kontakt med företagshälsovården under perioden 1/10, 2001 till och med 31/10, 2002 oavsett om det initialt varit kundens eller den enskildes initiativ.

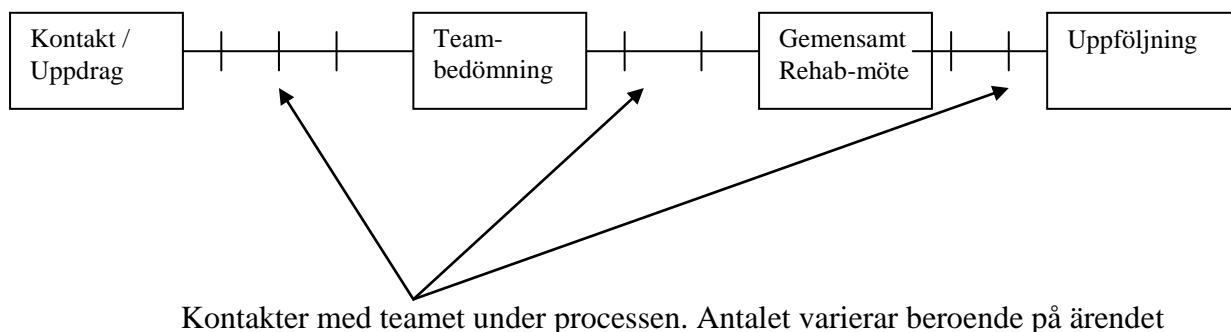
Av dessa var det 44 ärenden som uppfyllde kriterierna att det rört sig om 1: rehabilitering/bedömning av arbetsförmåga, 2: träffat flera i teamet och 3: vi gjort en gemensam bedömning. Materialet speglar de faktiska uppdrag en företagshälsovård kan få från en stadsdelsförvaltning under en 13-månaders period. Det finns ingen kontrollgrupp.

## METODER

Utifrån innehållet i journalerna från de 44 individerna har ett särskilt protokoll upprättats i vilket bl a noterats datum för kontakter, diagnoser samt historik angående tidigare sjukskrivning och aktuell bedömning. Tidpunkt för teamets bedömning, dess innehåll och gemensamma rehabiliteringsmöten med arbetsgivaren och försäkringskassan och dess innehåll har även registrerats liksom, i vissa fall särskilda yttranden från beteendevetare/psykolog. Eventuell behandling samt andra åtgärder initierade av teamet har också förts in i protokollet. Grad av arbete vid uppdragets början samt vid uppföljning liksom andra åtgärder för arbetsåtergång har registrerats. Uppföljning har skett som ett naturligt led i kontakten. Protokollet kan fås av författaren

Särskilt intresse har riktats mot tidsaspekten i "rehabiliteringsprocessen" samt journalförda orsaker till dröjsmål; företagshälsovården, arbetsgivaren, individen (ålder, attityd mm), tillståndet, kombinationer av dessa. I samtliga fall fanns detta tillräckligt noterat i journalerna för att vara en del av redovisat resultat men naturligtvis kan man i en prospektiv undersökning skärpa frågeställningarna.

I figur 1 nedan åskådliggörs det naturliga förloppet i ett ärende.



Figur 1

## RESULTAT

### 1. Basdata

Av de 44 individerna hade 30 gymnasial utbildning och arbete som vårdbitråde, personlig assistent, undersköterska, köksbiträde samt kontorsassistent. De 14 med eftergymnasial utbildning, 32% av hela materialet, hade yrken som socialsekreterare, sjuksköterska, förskollärare, lärare samt högre befattningar inom skolan. Materialet är för litet att närmare dela in. Den yngsta var 32 år, den äldsta 60 år vid första kontakt. Medelåldern var 50 år och medianåldern 51½ år. Det fanns en man, 42 år. Övriga var kvinnor.

Bland sjukskrivningsdiagnoser och orsaker till nedsatt arbetsförmåga dominerade smärttillstånd i rörelseapparaten samt psykiatriska tillstånd som nedsatt psykisk ork och utmattningsdepressioner. I två fall förelåg mer komplicerade psykiatriska tillstånd. Bland de äldre förekom även internmedicinska sjukdomar som diabetes, obesitas, KOL och astma men dessa åkommor var ej den avgörande orsaken till nedsatt arbetsförmåga. Även tyreotoxikos och primär hyperparatyreoidism förekom och då som orsak till arbetsförmåga. Sjukskrivningsanamnesen var mycket varierande, från flera års hel- eller deltidssjukskrivning till helt arbetsför vid första kontakten med teamet. Materialet är för litet för att påvisa eventuellt samband mellan diagnoser eller tidigare sjukskrivning och i vilken omfattning teamet varit framgångsrika i sina rehabiliteringsinsatser.

Tabell 1 visar vem som tog initiativ till kontakt.

Tabell 1. Initiativ till kontakten med företagshälsovården

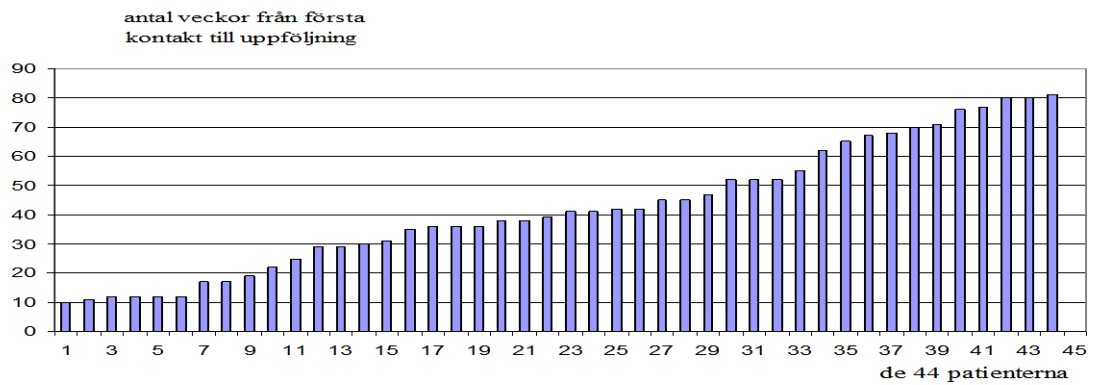
Initiativ	Antal
Individens eget	12
Chef/arbetsledare Samordnare	31, varav tre (3) även eget. I två (2) fall var förs.kassan pådrivande
Husläkare	1

11 av de 12 som sökt på eget initiativ hade eftergymnasial utbildning. Den 12:e hade en gedigen facklig bakgrund.

### 2. Uppföljning av arbetsförmåga

Räknar man samman patienternas arbetsförmåga som sammanlagd heltid var det vid första kontakten med teamet 9,5 och vid uppföljningen 24,25 heltider. En ökning med 220%. Data baseras på senaste journalhandling. Uppföljningstiden varierar beroende på att den gjorts som en naturlig del av uppdraget. Medelvärde för observationstiden från första kontakt till sista kontakt var 42 veckor och medianvärdet 40 veckor. De kortare uppföljningstiderna kan i några fall förklaras av att uppdraget kommit under senare delen av perioden, men oftare att ärendet bedömts vara okomplicerat och i vissa fall fanns det uppenbara medicinska skäl för del- eller heltidspension.

På sidan 6 i figur 2 visas materialet sorterat från kortaste till längsta observationstid

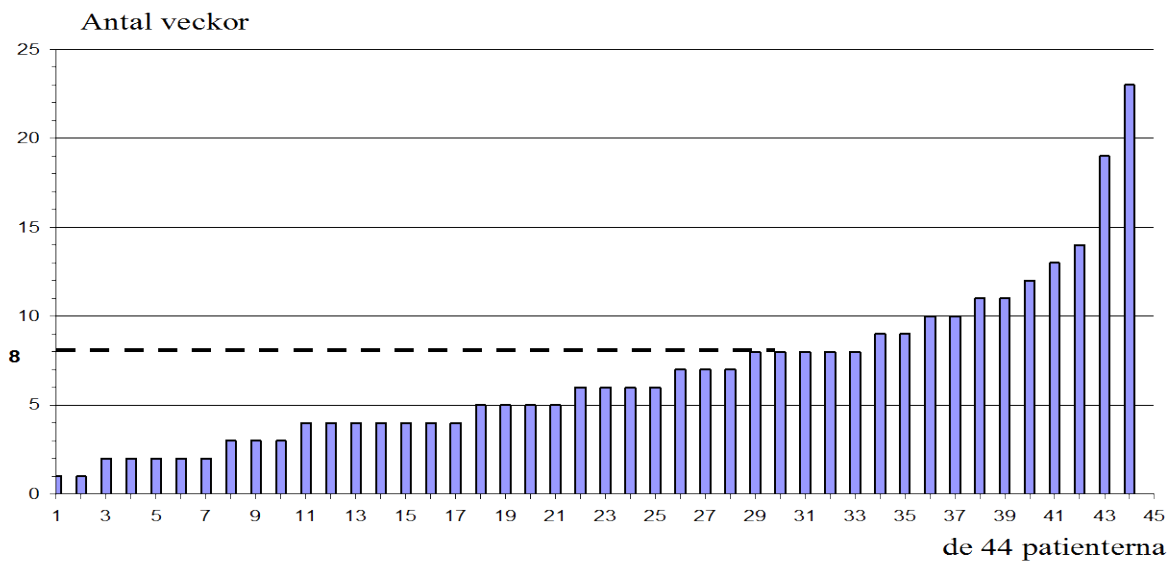


Figur 2 .Uppföljningstid

### 3. Tidsaspekten och andra faktorer i rehabiliteringsprocessen

#### A. Teamet

Tiden mellan första kontakten och då teamet gjort sin bedömning framgår av figur 3. Patienterna är sorterade utifrån tiden till bedömning varför staplarna ej motsvarar samma individer som i figur 2.



Figur 3. Tiden för teamet att göra en bedömning

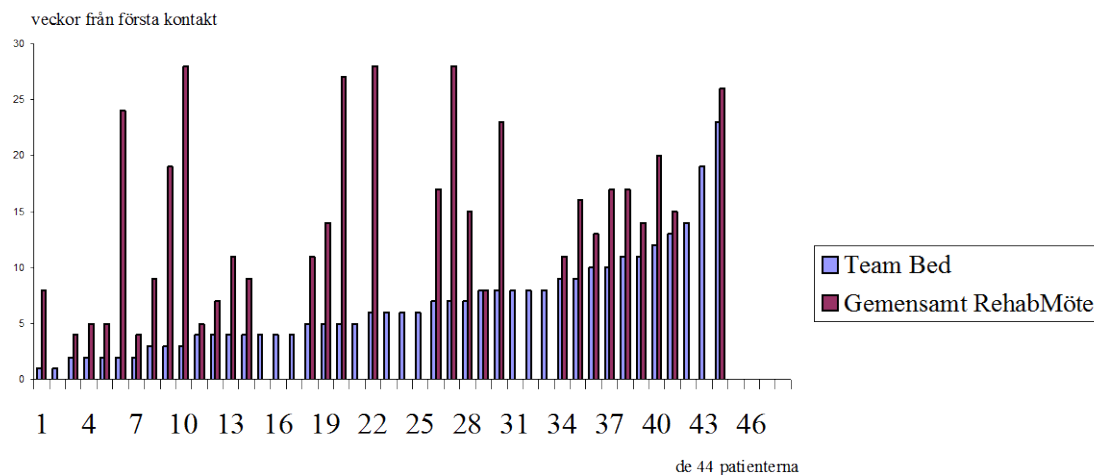
Åtta (8) veckor har valts som övre gräns för acceptabel tid då det har varit teamets målsättning. Dessutom ligger det i nivå med den i HpH föreslagna tiden [1]. 11 ärenden tog mer än åtta veckor att bedöma och har kategoriserats i tabell 2.

Tabell 2. Orsaker till att teamet ej klarat att göra en gemensam bedömning inom åtta veckor

Orsaker	Antal	Ev åtgärd av teamet
Komplicerat psykiatriskt tillstånd med lång anamnes	2	kontaktat behandlande psykiatrisk mottagning
Komplicerade, ej färdigutredda somatiska tillstånd i kombination med smärttillstånd/ nedstämdhet. Ej tillgång till tidig. journaler	2	påskyndat den somatiska utredningen
Svårbedömt och växlande tillstånd av utmattningsdepression	3	
Sommar- och semestertid	2	
Väsentligen passivitet hos teamet, i viss mån semestertid	2	

Individens ålder hade ingen betydelse för tiden till bedömning.

De med eftergymnasial utbildning är överrepresenterade, här 55% jämfört med 32 % i hela materialet. De hade oftare sökt på eget initiativ och rehabiliteringsuppdraget från arbetsgivaren var oftare vagt eller saknades ibland helt trots försök från teamet att få ett sådant. Av journalerna framgår också att arbetsgivaren hade svårare för att hitta eventuell arbetsträning eller andra arbetsuppgifter för dessa och var inte lika angelägen om ett gemensamt rehabiliteringsmöte.



Figur 4. Relation mellan tiden för teambedömning och ett gemensamt rehabmöte i varje enskilt fall

## B. Arbetsgivaren - gemensamt rehabiliteringsmöte i 31 av de 44 ärenden

För varje individ visas i figur 4 hur tid lång teamet har behövt för en bedömning och tiden till eventuellt gemensamt rehabiliteringsmöte.

I 13 ärenden har vi ej haft ett gemensamt möte. I figur 4 syns det som utebliven stapel, bredvid stapeln som visar den tid teamet behövt för bedömning av ärendet. Som framgår av figur 4 finns det inget samband mellan hur lång tid teamet har behövt för att göra sin bedömning och tiden till ett gemensamt rehabiliteringsmöte.

Tabell 3 redovisar de 15 ärenden av de 31 där vi haft ett gemensamt rehabiliteringsmöte, men tiden mellan teamets bedömning och mötet är mer än sex veckor.

Tabell 3.

Orsaker till mer än sex veckor mellan teamets bedömning och ett gemensamt rehabiliteringsmöte

Orsaker	Antal	Kommentar
Husläkare eller annan vårdgivare har startat/håller i utredning eller vidare remittering	3	För alla tre: 16 veckor eller mer mellan teambedömning och rehab.möte Klent resultat. Se diskussion
Somatisk eller annan medicinsk utredning nödvändig innan möte	3	
Komplicerat psykiatriskt tillstånd	1	
Väntan på rekviderade journaler och tidigare utredning	1	Mer än två års helt sjukskriven utan aktiva åtgärder från sjukskrivande läkare
Dålig kommunikation mellan teamet och arbetsgivare/chef. Passivitet från teamet. I tre fall även somatiskt komplicerat	5	I tre fall 21 veckor eller mer , i två fall 15-20 veckor
Övrig orsaker	2	En patient med en djup personlig kris. Den andre var den enda av patienterna som bedömts ha ett aktivt motstånd mot återgång i arbetslivet, men var vid uppföljning 75% arbetsför

Teamets bedömning följdes i samtliga fall av arbetsgivaren och försäkringskassan vid det gemensamma rehabiliteringsmötet.

Det fanns ingen tendens att arbetsgivaren, försäkringskassan eller facket fördröjde tiden till ett gemensamt rehabiliteringsmöte utifrån den enskildes yrkesroll.

Däremot är det av intresse att notera orsaker till varför ej ett sådant blev av i 13 av de 44 ärenden. Det redovisas i tabell 4.

Tabell 4. Faktorer förknippade med uteblivet gemensamt rehabiliteringsmöte

Faktorer	Antal	Kommentar
Chef/arbetsledare ifrågasatt vederbörandes arbetsförmåga resten av arbetsför ålder	4	Alla mer än 60 år gamla, betydande somatiska åkommor och/eller långvarig smärtproblematik
Fem med högskoleutbildning, en facklig företrädare	6	Se diskussion
Övrigt	3	Varav: en oklar anledning, en konflikt med chefen samt en med lång komplicerad psykiatrisk sjukhistoria



## DISKUSSION

**Den viktigaste erfarenheten** från det multiprofessionella arbetssättet i team, med de rutiner vi arbetat fram, är att det ger mycket goda förutsättningarna för en trygg och realistisk bedömning av individens möjligheter att återgå i arbetslivet. De etiska problemen är inte sällan betydande i rehabiliteringsarbetet liksom svårigheterna att få den enskilde att känna delaktighet och erfara inflytande över processen, vilket är av avgörande betydelse för en framgångsrik rehabilitering [3], [4]. Styrkan i en multiprofessionell bedömning ligger inte bara i möjligheten att få fram bättre underlag från den enskilde patienten utan också att kunna vara tydlig och trygg i kommunikationen med denne, arbetsgivaren, försäkringskassan och facket. Särskilt viktigt är det då teamet bedömt att en eller fler av dessa ej handlat enligt intentionerna i Sjukförsäkringen, Arbetsmiljölagen eller förfarit tveksamt ur etisk synvinkel. Teamets arbetssätt och rutiner främjar också en intern kontinuerlig övervakning att ärendena sköts korrekt med hänsyn till regelverket och etiska riktlinjer. Teamet har successivt, och inte utan möda arbetat fram en gemensam hållning till begreppet arbetsförmåga samt genomgripande diskuterat nyttan och biverkningar av sjukskrivning. Till exempel accepteras inte sjukskrivning, annat än mycket kortvarig, för att lösa en arbetsplatskonflikt såvida det inte föreligger besvär som kan jämföras med handikappande psykisk sjukdom. Sedan starten har deltidssjukskrivning prioriterats. Förutom en korrekt bedömning av arbetsförmågan ser vi den som ett medel att öka tempot och kvaliteten i arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser.

**Arbetsförmågan** ökade med 220% (från totalt 9,5 till 24,25 heltider) vilket får anses som ett gott resultat men det saknas en enhetlig långtidsuppföljning (figur 2). Författaren har ej hittat jämförbart material i publicerad litteratur. Det goda resultatet kan delvis förklaras utifrån det förhållandet att teamet oftast följt och stöttat genomförandet av behandling och rehabiliteringsplan, och vid behov kunnat gå in och hjälpa till att modifiera den.

Målsättningen att göra en **gemensam teambedömning inom maximalt åtta veckor** kan sannolikt pressas enstaka vecka/-or (figur 3) och det är naturligtvis helt oacceptabelt att passivitet eller semestertider fördröjer utredningen (tabell 2). Teamet har varit mer passivt i de fall då individen själv tagit initiativ till kontakten och haft en högre position i förvaltningen. Oftare har det då även saknats ett tydligt uppdrag från arbetsledare/chef. Arbetsgivaren har visat mindre intresse för gemensamma rehabiliteringsmöten (tabell 4) och haft större svårigheter att hitta lämplig arbetsträning/annat arbete i förvaltningen för denna grupp, vilket också bidragit till att tiden till återgång i arbete blivit lång, i flera fall upp till 20 veckor. Prognosen på längre sikt har dock övervägande varit god för gruppen, men i enstaka fall har processen helt avstannat trots att de medicinska skälen starkt talat emot fortsatt inaktivitet.

I de övriga sju fallen, drygt 15% av samtliga i materialet, som det tagit mer än åtta veckor att bedöma (tabell 2) har tillståndens svårighetsgrad väsentligen bestämt tiden för en bedömning. Ett erfaret team bör ha målsättningen att göra en realistisk och välgrundad bedömning inom 1½-2 månader i 85% av de ärenden som blir aktuella för en utredning av arbetsförmåga/rehabiliteringspotential - oavsett individens tidigare sjukhistoria. Bedömningen skall bli innehålla en realistisk planering utifrån teamets kunskap om arbetsgivarens organisation och möjligheter. Det är också rimligt att teamet samtidigt hanterar den fortlöpande bedömningen av arbetsförmågan.

De ärenden som tagit sex veckor eller mindre att bedöma har varit okomplicerade i den meningen att det rört sig om väldefinierade somatiska problem eller uppenbara tillstånd av nedstämdhet.

Tiden till bedömning har i dessa fall ej varit beroende av teamets handläggning utan främst berott på hur snabbt vi fått ev. andra vårdgivares journalhandlingarna, vilka oftast rekvirerats vid patientens första besök.

Vid genomgång av journalerna från de 188 kundanställda har tio ärenden exkluderats från sammanställning trots att det varit tydliga rehabiliteringsärenden och patienterna i viss utsträckning träffat teamet. Det motiveras av ett det rört sig om ärenden som teamet bedömt ligga utanför sin förmåga att påverka.

Den initiala utredningen och bedömningen har i dessa fall gjorts av **privata rehabiliteringskliniker**, smärt- rygg- och andra varianter, oftast på försäkringskassans eller arbetsgivarens uppdrag. Utredningarna har fortfarande haft sådant inflytande över den enskildes, arbetsgivarens och försäkringskassans förhållningssätt - i vissa fall underhållen av sporadisk kontakt mellan patienten och kliniken, dock utan ansvar för sjukskrivningen - att teamet ansåg möjligheterna närmast obefintliga att dess kompetens aktivt skulle kunna påverka rehabiliteringsprocessen avseende ny bedömning och plan eller ge pågående sjukskrivning ett offensivt innehåll.

I de fall teamet ansett sig kunna bidra med en bedömning men samtidigt **andra vårdgivares "rehabiliteringsinsatser"** fortfarande varit aktuell (tabell 3) har det tagit oacceptabelt lång tid till mötena. I de tre fallen då husläkaren stått för den pågående utredningen/remitteringen finns efter nära ett år ingen realistisk planering. En del av förklaringen till det klena resultatet är att tidigare bedömning/planering av annan vårdgivare givit patienten förväntningar och bidrog dessutom till passivitet hos teamet, arbetsgivaren och försäkringskassan.

En framgångsrik rehabilitering förutsätter oftast kännedom om patientens arbetssituation och arbetsgivarens organisation och möjligheter. Den har företagshälsovården, men det är oftast inte fallet då husläkare, privata smärtkliniker /rygginstitut mm gjort en utredning/planering. De presenterar sin bedömning men avsägar sig oftast ett långsiktigt ansvar för individen och rehabiliteringsprocessen.

Sammanställningen visar att den rehabiliterande verksamheten inom företagshälsovården kan få problem då andra vårdgivare utrett och bedömt aktuell arbetsförmåga samt i vissa fall lagt upp planer, men sedan hänvisar till företagshälsovården för fortsatt handläggning och genomförande. I synnerhet om den berörde givits förväntningar att företagshälsovården har som sin uppgift att driva rehabiliteringen enligt tidigare vårdgivares bedömning.

Vid alla **de gemensamma rehabiliteringsmötena** där arbetsgivaren, försäkringskassan och facket deltagit har teamets bedömning och planering blivit det gemensamma beslutet. Innan mötet har naturligtvis teamets synpunkter förankrats hos den berörde patienten.

Försäkringskassans handläggare har varit ett stort stöd när det gäller att få arbetsgivaren att agera konkret och skyndsamt. De fåtal möten som hållits med endast arbetsgivaren, representerad av närmaste chef, den berörde och en representant från teamet har tenderat att bli utan konkreta resultat eller fördröjt processen.

I en tredjedel av fallen (tabell 3) beror den långa tiden mellan teamets bedömning och ett gemensamt rehabiliteringsmöte väsentligen på dålig kommunikation mellan teamet och respektive arbetsledare/chef tillsammans med passivitet från teamet. Det är naturligtvis ej acceptabelt även om tre fall komplicerats av avancerade somatiska sjukdomar. Striktare interna rutiner om främst teamets rapportering till kunden kan påskynda processen. Vi bör även i avtalet med kunden reglera dennes ansvar för uppdragets formulering och rehabiliteringen.

De övriga sju ärendena med lång tid mellan bedömning och gemensamt möte har bedömts vara av den karaktären att teamet haft mycket små eller inga möjligheter att påverka fördröjningen i gynnsam riktning.

Om teamet kan avböja uppdrag som är komplicerade av att patienterna redan är inne i en annan vårdgivares planering är en rimligt målsättning, att i 75% av fallen skall man kunna ha ett gemensamt möte inom maximalt sex veckor efter teamets bedömning/utredning för att då göra en realistisk och konkret planering.

Arbetsgivaren låga intresse för ett gemensamt rehabiliteringsmöte är helt förståeligt i de fyra fallen då uppdraget i princip var ett önskemål om pensionering (tabell 4). Anmärkningsvärt är dock att för de resterande nio där det inte blev något gemensamt möte hade fem eftergymnasial utbildning och en var fackligt aktiv. Teamet har säkerligen bidragit med att inte vara tillräckligt aktivt gentemot arbetsgivaren liksom det varit mer passivt att komma fram till en gemensam

bedömning i dessa ärenden. Men det finns också anledning att fundera kring arbetsgivarens och försäkringskassans förhållningssätt. Finns samma trend i de moderna tjänsteföretagen som har många anställda med högre utbildning?

**Rekommendationer** som är i enlighet med förslagen i SOU 2002:5 [1]

1. Det är angeläget att utveckla fler multiprofessionella team, som arbetar enligt våra erfarenheter, för att kunna hantera de problem som finns eller uppstår i en offensiv och snabbare rehabiliteringsprocess.
2. Betydligt striktare interna rutiner behövs angående hur och när under utredningen, och i vilken omfattning uppdragsgivaren skall informeras. Vissa delar bör regleras i avtalet med kunden. Kundens kunskap om rehabilitering och regelverket bör höjas så att de kan bli tydligare angående uppdraget och bättre förstå företagshälsovårdens möjligheter och roll att minska arbetsrelaterad ohälsa.
3. Inom tre, högst fyra veckor efter att teamet fått ett uppdrag bör det skatta den tid det tar till gemensamma teambedömningen och avgöra om det behövs ett tydligare uppdrag från kunden. En preliminär tid bör utifrån skattningen avsättas för gemensamt rehabiliteringsmöte med den berörde, representant för arbetsgivaren, försäkringskassan och ev. andra aktörer, t ex facket. Målsättningen skall vara att det inom maximalt tre månader (ca 14 veckor) skall finnas en realistisk och hos alla inblandade aktörer väl förankrad gemensam plan, oavsett individens befattning, medicinska tillstånd och tidigare sjukhistoria.
4. För förvaltningar inom kommun och landsting, större myndigheter och större företag skall det finnas en och samma handläggare från försäkringskassan för rehabiliteringsärenden. Arbetsgivaren skall ha en samordnare med befogenheter att hantera de ärenden, där bedömningen är att det är orealistiskt för individen att återgå till, eller arbetsträna på ordinarie arbetsplats.

## REFERENSER

1. SOU 2002:5, Slutbetänkande av Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet.
2. SOU 2002:5, Bilaga 2:10.
3. Ekberg K, Arneson H. Vad är arbetslivsinriktad rehabilitering? I Edling C, Norberg G, Norberg C, redaktion. Hälsa och miljö - en lärobok i arbets- och miljömedicin. Studentlitteratur 2000, sid 111-120.
4. Ekberg K. bilaga 8 Arbetslivsinriktad rehabilitering - synsätt och forskningsbehov. I: Rehabilitering till arbete - en reform med individen i centrum. Slutbetänkande av utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. SOU 2000:78.