

# PROJEKT TIDIG REHABILITERING

Monica Eneholm, företagsläkare  
AB Previa  
Fredsgatan 2  
702 62 Örebro  
FAX: 019 611 52 86  
[monica.eneholm@previa.se](mailto:monica.eneholm@previa.se)

Håkan Löfstedt, bitr. överläkare, handledare  
Yrkes- och miljömedicinska kliniken  
Universitetssjukhuset Örebro

Projektarbete vid Företagsläkarkursen Väst  
Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet  
2004/2006

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

Sammanfattning	3
Inledning	4
Undersökt grupp	5
Metod	5
Resultat	6
Diskussion	8
Litteraturreferenser	10

## **SAMMANFATTNING**

### **PROJEKT TIDIG REHABILITERING**

Monica Eneholm, monica.eneholm@previa.se

En större livsmedelproducent i Örebro hade problem med hög sjukfrånvaro. I ett försök att komma tillrätta med den genomfördes projektet ”Tidig rehabilitering” under perioden 2004-03-15 – 2005-03-15 i samarbete med Previa. Målet var att minska sjukfrånvaron med två procentenheter under projekttiden. Man önskade också undersöka metodens effektivitet, få en bild av sjukdomspanoramat på företaget, samt påvisa eventuella köns- eller ålderskillnader. En jämförelse med omvärlden planerades också.

Arbetsledarna uppmärksammade individer med hög korttidsfrånvaro, som visade tidiga signaler på ohälsa eller som nyss blivit sjukskrivna. Långtidssjukskrivna hanterades utanför projektet. En inventering gjordes tillsammans med projektets företagssköterska en gång i månaden. Hon kallade därefter de gemensamt utvalda personerna till ett djupgående bedömningssamtal. Resultatet av intervjun stämde av med företagsläkaren och en handlingsplan upprättades. De planerade åtgärderna sanktionerades av företaget innan de genomfördes.

Den ackumulerade sjukfrånvaron sjönk från 9.2 % under 2003 till 6.7 % under 2004. Sänkningen berodde uteslutande på en sänkning av den långa frånvaron, medan den korta förblev oförändrad.

Totalt 49 individer inkluderades, varav en majoritet under första halvan av projekttiden. Yngre män och medelålders kvinnor var överrepresenterade. Mediantiden mellan inventeringen och bedömningssamtalet var 9 dagar, och mellan bedömningssamtal och avstämning med läkare 7 dagar. 42 individer blev föremål för en eller flera åtgärder från Previa. Kvinnor hade oftare läkarkontakt än män, men i övrigt sågs inga säkra könsskillnader avseende de olika åtgärderna. 27 individer avslutades under projekttiden efter mediantiden 4-5 månader, varav 18 på grund av bättre hälsa/minskad frånvaro eller efter byte av arbetsuppgifter respektive skift.

Besvär från rörelseorganen var den dominerande orsaken till ohälsa, därefter kom psykosociala orsaker. Muskuloskeletala besvär drabbade könen lika, men tycks i något högre utsträckning ha drabbat de något äldre. Psykosociala orsaker var vanligare hos kvinnor.

Företagets frånvaro var förhållandevis låg jämfört med andra företag i samma bransch.

Även om målet uppnåddes kan man inte tillskriva metoden ”Tidig rehabilitering” detta, eftersom det endast var den långa sjukfrånvaron som sjönk. Flera brister i arbetssättet har dock avslöjats, både hos företaget och i det gemensamma arbetssättet, och dessa kommer att korrigeras.

”Tidig rehabilitering” är ett nytt arbetssätt som behöver finslipas. Först därefter kan dess effektivitet utvärderas. Metoden kräver en betydande satsning från både arbetsgivare och företagshälsovård.

## INLEDNING

Ohälsotalen har de senaste åren stadigt ökat i Sverige (1). Under 2003 var den totala sjukfrånvaron som ersattes av Försäkringskassan 43.2 dagar per försäkrad och år (34.8 dagar per man och 52.0 dagar per kvinna). Ersättning vid arbetsförmåga betalades ut till ett värde av 113 224 mkr. (2). Av detta utgjorde sjukpenning 20.4 dagar (14.7 dagar per man och 26.3 dagar per kvinna) (3). Till detta kommer dagarna med sjuklön som arbetsgivaren står för, och karensdagarna som belastar den enskilde.

Enligt insamlad statistik från 300 företag i Sverige (4) var den samlade sjukfrånvaron under 2003 6.1 % (5.3 % för män och 8.2 % för kvinnor). Bland kollektivanställda var siffran 9.1 % (7.9 % för män och 13.2 % för kvinnor). Tjänstemän hade en betydligt lägre frånvaro på 3.3 % (2.4 % för män och 5.1 % för kvinnor).

Långa sjukskrivningsperioder utgör en stor del av statens kostnad för ohälsan. Den minskar dessutom chansen till en snar återgång till arbetet. Försäkringskassans statistik visar detta mycket tydligt (5). Tidiga åtgärder är därför angelägna för att om möjligt förhindra att dessa långa sjukskrivningar uppstår. Ju tidigare en rehabilitering genomförs, desto lönsammare blir den även för arbetsgivaren om den lyckas (6).

Den största diagnosgruppen bakom både sjukpenning och sjukersättning är rygg- och nackdiagnoser. Detta gäller både i Sverige och i andra länder. Visst stöd finns för att hög fysisk arbetsbelastning, respektive låg arbetstillfredsställelse, ökar risken för både lång och kort sjukskrivning, med dessa diagnoser (7). Näst största diagnosgruppen är psykiatriska sjukdomar, vilka i större omfattning drabbar kvinnor än män.

En större livsmedelsproducent i Örebro har haft problem med hög sjukfrånvaro. Under 1999 var den sammanlagda siffran för både kort- och långtidsfrånvaro 8.3 %. Under de närmast följande åren ökade den successivt tills den 2002 var uppe i 10.2 %. Under 2003 sjönk sjukfrånvaron till 9.2 %. Sänkningen kunde uteslutande tillskrivas en minskning av de långa sjukfallen (60 dagar eller mer). Dessa fall hanteras i en speciell ”rehabiliteringsgrupp” där företaget arbetar tillsammans med företagshälsovården. De anställda som ingår i gruppen uppfyller i princip kriterierna för att en rehabiliteringsutredning skall inkrävas av försäkringskassan.

I ett försök att komma till rätta med den höga sjukfrånvaron genomfördes projektet ”Tidig rehabilitering” under perioden 2004-03-15 – 2005-03-15. Det är en av Previa nyligen utvecklad metod, som är avsedd att kunna användas i rehabiliteringsarbetet inom de flesta typer av företag. Målet var att minska sjukfrånvaron med två procentenheter under projekttiden.

Projektet syftade också till att få en bredare kunskap om sjukligheten och metodens effektivitet, och utöver ovanstående mål bland annat belysa följande:

- Hur metoden fungerar avseende snabbheten i handläggningen.
- Hur sjukdomspanoramat ser ut på företaget, och vilka de huvudsakliga sjukskrivningsorsakerna är.
- Om det finns ålders- eller könsskillnader avseende exempelvis belastningsproblem.
- Hur det här företagets sjuktal skiljer sig från omvärldens - dels på riksplanet och dels på annat företag i samma stad med liknande produktion.

## UNDERSÖKT GRUPP

Företaget har ungefär 275 anställda varav 55 % är män och 45 % är kvinnor. Mer än hälften av de anställda är mellan 30 och 49 år. Ungefär 220 personer arbetar i produktionen. Cirka 40 personer är tjänstemän. Övriga, cirka 15 personer, arbetar med ”underhåll”, ”städning” eller ”logistik”.

Efterfrågan på företagets produkter varierar med årstiderna, och antalet personer i produktionen anpassas med hjälp av säsongsanställda. Antalet anställda varierar därför under året. Det finns 4 produktionsteam med var sin produktionsledare. Team 1 och 2 arbetar 2-skift med varannan vecka förlagd till förmiddagar (06.00-14.20) och varannan vecka till eftermiddagar (måndag-torsdag 14.20-22.40, fredag 14.20-20.05). Team 3 arbetar ständigt natt (måndag-torsdag 22.40-06.00, söndagar 22.00-06.00). Team 4 arbetar uteslutande helgskift (fredag 20.05-07.35, söndag 09.30-22.00). Det är i de två senare teamen antalet anställda varierar mest.

Den höga frånvaron har framför allt gällt de anställda i produktionen. Antalet rehabiliteringsärenden har varit markant högre i team 1 (omväxlande för- och eftermiddagar) och i team 3 (ständig natt), jämfört med i de andra två teamen.

## METOD

Företagssköterskan och produktionsledarna, eller motsvarande för övriga grupper, började med en initial genomgång av samtliga sjukskrivna. Personer som varit sjukskrivna mer än fyra veckor hanterades utanför projektet. Produktionsledarna valde därefter förlöpande ut personer till projektet. De skulle vara uppmärksamma på tidiga signaler på ohälsa, hög korttidsfrånvaro och nyligen påbörjade sjukskrivningsperioder.

Produktionsledarna, representanter för övriga grupper och företagssköterskan hade en genomgång av resultatet en gång i månaden. Vid behov togs telefonkontakt däremellan. När man gemensamt bedömde det adekvat inkluderades den anställde i projektet.

Sköterskan hade ett djupgående bedömningssamtal med vederbörande. Man gick igenom utbildningsbakgrund, tidigare arbeten, nuvarande arbetssituation, eventuella genomförda förbättringsåtgärder, social situation, arbetstagarens egen bedömning av arbetsförmågan och eventuella åtgärder som han/hon bedömde skulle kunna förbättra densamma.

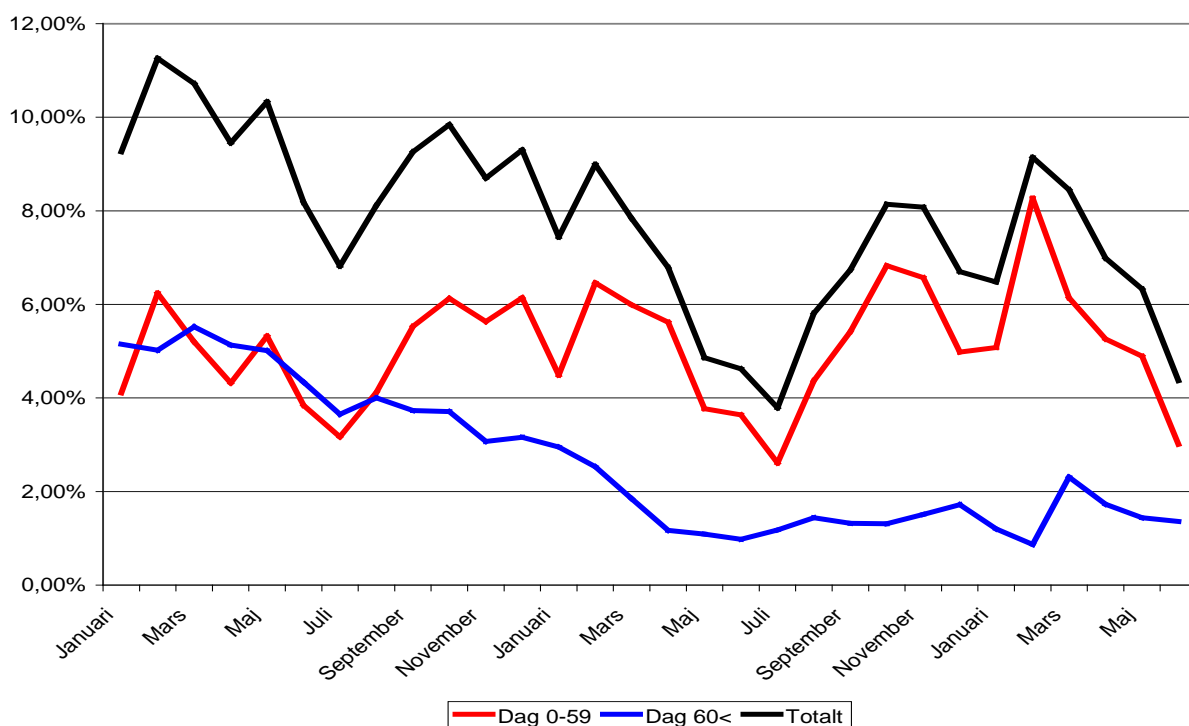
Resultatet av intervjun gick igenom med företagsläkaren och en handlingsplan upprättades. De planerade åtgärderna kunde exempelvis vara bedömning av läkare/sjukgymnast, samtal med beteendevetare/psykolog eller engagemang av arbetsmiljöingenjör. Alla åtgärder sanktionerades av företaget innan de skyndsamt påbörjades. Vissa åtgärder ansvarade arbetsgivaren för, som exempelvis byte av arbetsuppgifter. Ibland behövdes ingen yttre inblandning utan bedömningssamtalet i sig blev terapeutiskt. Allt dokumenterades på en tiosidig blankett parallellt med den elektroniskt förda journalen. Sköterskan placerade in den anställde i en av följande diagnosgrupper: ”rörelseorganen”, ”hud”, ”psykosocialt” och ”övrigt”.

Svängningarna av kort och lång frånvaro studerades. Köns och de olika åldersgruppernas representation i projektet jämfördes med den i företaget. Avvikelse från modellen noterades.

Snabbheten i handläggningen studerades, avseende den tid som förlöpte mellan inventering och bedömningssamtal, respektive bedömningssamtal och avstämning med läkare. Tiden i projektet för de olika individerna, och orsakerna till avslut studerades. En genomgång av vilka åtgärder som vidtogs från Previas sida gjordes. Köns och teamens representation i de olika diagnosgrupperna studerades, och försök till åldersanalys gjordes. Ett försök att jämföra sjukskrivningssituationen i företaget med omvärlden gjordes också.

## RESULTAT

Den ackumulerade totala sjukfrånvaron under 2004 var 6.7 % jämfört med 9.2 % under 2003. Den korta frånvaron utgjorde under 2004 5.0 % jämfört med 4.9 % under 2003. Sänkningen av den totala frånvaron berodde således uteslutande på en sänkning av den långa frånvaron från 4.3 % till 1.7 %. Under projekttiden, och sommaren 2005, kunde liksom tidigare en kraftigt minskad kort sjukfrånvaro ses under sommarmånaderna (figur 1). En liten minskning sågs också kring årsskiftet 2004/2005, vilket också följde tidigare mönster. Den korta frånvaron steg under hösten 2004 och var vid projekttidens slut högre än vid dess början. Den totala sjukfrånvaron samvarierade med den korta. På grund av att den långa sjukfrånvaron successivt sjönk närmade sig kurvorna för den totala och för den korta sjukfrånvaron varandra.



**Figur 1.** Sjukfrånvaro månadsvis hos ett livsmedelproducerande företag i Örebro under perioden januari 2003 till juni 2005.

Totalt inkluderades 49 personer i projektet "Tidig rehabilitering". Redan 2004-03-05 (innan projektet officiellt hade startat) inkluderades de första deltagarna, och 2005-02-21 den siste. Under mars 2004 inkluderades 19 personer. Under de sex första månaderna hade 36 personer inkluderats.

Kvinnorna var lätt överrepresenterade – 51 % av deltagarna i projektet, jämfört med 45 % av de anställda. Unga män (under 30 år) utgjorde 16 % i projektet jämfört med 10 % av de anställda, och medelålders (30-49 år) och äldre (50-65 år) män var underrepresenterade. Yngre kvinnor utgjorde endast 4 % i projektet jämfört med 8 % i företaget, medan medelålders kvinnor var tydligt överrepresenterade med 39 % jämfört med 30 % i företaget. Äldre kvinnor förekom ungefär i samma proportion i projektet som i företaget.

I 30 fall följdes mallen. En initial inventering följdes direkt av ett bedömningssamtal, som i sin tur direkt följdes av avstämning med projektets läkare. I 19 fall avvek man således enligt dokumentationen från den tänkta rutinen på ett eller flera sätt. Detta skedde exempelvis genom att inkludera på annat sätt (5 fall), inte ha något bedömningssamtal (6 fall), ha bedömningssamtalet efter avstämningen (1 fall), vidta åtgärd före avstämning med läkare (6 fall), låta avstämning med läkare ersättas av läkarbesök (2 fall) eller avstå från läkarkontakt helt och hållet (3 fall varav 1 utgått ur projektet under projektiden).

I de 39 fall där inventering följdes av bedömningssamtal på tänkt sätt var dröjsmålet i 17 fall mindre än en vecka. I ytterligare 6 fall dröjde det mindre än två veckor, och i ytterligare 11 fall mindre än tre veckor. Medianvärdet var 9 dagar. Det längsta dröjsmålet var 55 dagar.

I 37 fall följdes bedömningssamtal enligt planen av avstämning med läkare, och i 2 fall ersattes avstämningen av läkartid. I 10 fall skedde avstämningen samma dag som bedömningssamtalet. Under den första veckan hölls ytterligare 7 avstämmningar, under andra veckan 12 avstämmningar och ett läkarbesök. Det längsta dröjsmålet var 59 dagar (jul- och nyårshelg inföll under denna period). Medianvärdet var 7 dagar.

42 individer tog del av någon åtgärd från Previas sida utöver bedömningssamtalet. 12 träffade läkare, 16 sjukgymnast, 1 beteendevetare/psykolog, 9 läkare och sjukgymnast. 2 träffade både beteendevetare/psykolog och läkare. 2 träffade alla ovanstående kategorier, varav 1 dessutom fick hjälp av arbetsmiljöingenjör. Fler kvinnor än män hade läkarkontakt (15 kvinnor jämfört med 10 män). Ingen större skillnad mellan könen sågs i antalet som träffade sjukgymnast (14 män jämfört med 12 kvinnor) eller beteendevetare/psykolog (2 män jämfört med 3 kvinnor). Av de 7 personer som inte blev föremål för någon åtgärd, lämnade 5 projektet under projektiden.

Tiden i projektet varierade kraftigt för de inkluderade individerna. 27 avslutades under projektiden efter varierande tidslängd. Medianvärdet har varit 4-5 månader. Vissa av de tidigt inkluderade individerna var kvar hela projektiden. De övergick tillsammans med övriga ”icke avslutade” individer i ett förlängt projekt.

Orsakerna till avslut varierade. I 14 fall berodde det på förbättrad hälsa/minskad frånvaro, 4 personer bytte arbetsuppgifter eller skift, 4 personer slutade på företaget, 2 personer hade sjuklighet som föranledde utredning/vård hos annan vårdgivare, 2 överfördes till företagets ”rehabiliteringsgrupp”, och 1 kvinna blev föräldraledig.

Teamen hade varierande representation både i projektet i stort och i de olika diagnosgrupperna (tabell 1). Besvär från rörelseorganen tycks ha drabbat könen i lika stor utsträckning. Hudåkommor drabbade enbart män, och psykosociala diagnoser gavs i större utsträckning till kvinnor.

**Tabell 1.** Diagnosfördelning mellan olika arbetsgrupper respektive män och kvinnor.

	<b>Rörelse- Organen Antal (n=27)</b>	<b>Hud Antal (n=3)</b>	<b>Psyko- Socialt Antal (n=11)</b>	<b>Övrigt Antal (n=8)</b>	<b>Totalt Antal (n=49)</b>
Team 1	9	1	1	2	13
Team 2	5	1	6	1	13
Team 3	4	0	2	4	10
Team 4	2	1	1	0	4
Städ	3	0	1	0	4
Underhåll	2	0	0	1	3
Logistik	2	0	0	0	2
<b>Män</b>	14	3	4	3	24
<b>Kvinnor</b>	13	0	7	5	25

Vid försök till åldersanalys förefaller symtom från rörelseorganen i något högre utsträckning ha drabbat de något äldre.

Försök har gjorts att jämföra det aktuella företags frånvarosiffror med dem hos andra lokala livsmedelsproducenter. De kontaktade företagen har dock varit ovilliga att lämna ut uppgifter.

## **DISKUSSION**

Under 2003 var den sammanlagda sjukfrånvaron hos de 300 företag som bidragit till tidigare nämnd statistik 6.1 %. Under 2004 var den 5.8 % (4). Hos det undersökta företaget gick utvecklingen i samma riktning från 9.2 % under 2003, till 6.7 % under 2004. Siffrorna ska ses mot bakgrund av att livsmedelsbranschen ligger sämre till än övriga branscher (mejeriindustri 9.6 % och slakt- och charkuteriindustri 12.4 % under 2004), och att Örebro län har lite högre sjukfrånvaro (6.4 % under 2004) än riket i stort (5.8 %).

Målet att minska sjukfrånvaron med två procentenheter uppnåddes således. Minskningen förklaras liksom föregående år helt av ett minskat antal långa sjukfall. De korta sjukfallen minskade ingenting. Sannolikt kan den totala minskningen av sjukfrånvaron inte i någon större utsträckning förklaras av projektet, eftersom långa sjukfall hanteras av ”rehabiliteringsgruppen” utanför projektet. Dock kan projektet ha minskat inflödet till denna grupp.

Orsakerna till att den korta frånvaron inte sjönk kan man spekulera i. Har inte rätt individer fångats upp i projektet? Har man inte med adekvata insatser kunnat minska ohälsan? Har orsakerna inte varit möjliga att påverka på individnivå, utan istället funnits i arbetsmiljön eller i omvärlden i hög utsträckning? Har projekttiden varit för kort för att effekterna av insatserna ska ha hunnit göra något avtryck i frånvarostatistiken?

Första kalendermånaden inkluderades 19 personer i projektet ”Tidig rehabilitering”, medan övriga 30 inkluderades under 11,5 månader. Anhopningen i början av projekttiden kan peka på ett visst ”uppdämt behov”, men kanske också på en initial entusiasm som sedan svalnade.



Trots företagets höga sjukfrånvaro inkluderades förhållandevis få individer. Vid senare genomgång av kalendarierna befanns ytterligare 28 personer ha uppfyllt kriterierna för att upptas i projektet. Företagssköterskan kommer i framtiden att få tillgång till dessa kalendrier för att bättre kunna medverka till att rätt individer väljs ut.

Det framkom under projekttiden att en sjukanmälan gjordes till en arbetskamrat (den som råkade stå närmast telefonen) i föregående skift. Produktionsledaren kunde på detta sätt inte få en rättvisande bild av frånvaron och dess orsaker. Rutinen ska förändras. Någon av teamets cirka 10 "samordnare", i det egna teamet eller i föregående skift, ska istället ta emot telefonsamtalet. En kortare utbildning planeras, där de ska lära sig att bland annat ställa rätt frågor till den som sjukanmäler sig. Informationen ska sedan gå till produktionsledaren, som inom 3 dagar ska kontakta den sjukskrivne.

Intervallen mellan inventeringarna kan också ha varit för långa och bidragit till att för få fångats upp. I nya rekommendationer från Previa förordas genomgång var tredje vecka istället för en gång i månaden. Vidare rekommenderas att toleransen ska minska beträffande sjukskrivningens längd, och antalet tillfällen med korttidsfrånvaro. Man förordar 3 veckor respektive 3 frånvarotillfällen under en 6-månadersperiod.

Tempot i metoden "Tidig rehabilitering" måste vara högt, och det fanns mer att önska avseende handläggningstiderna hos Previa. En rimlig målsättning är att tiden mellan inventering och bedömningssamtal, respektive bedömningssamtal och avstämning med läkare, inte ska överstiga en vecka. Tyvärr var man ganska långt från det målet. Tiden i projektet var också för lång i vissa fall.

Det är anmärkningsvärt att unga män var överrepresenterade i projektet, med tanke på att det är den grupp i samhället som vanligtvis är "friskast". Var frånvaron arbetsrelaterad? Det vore intressant att titta närmare på attityder och arbetsmoral i denna grupp. Att medelålders kvinnor också var överrepresenterade relaterar väl till kända ålders- och könsskillnader avseende sjukfrånvaro (1, 3 och 4).

Det är förvånande att de team med tidigare stort antal rehabiliteringsärenden, inte hade fler ärenden i "Tidig rehabilitering" än övriga team. De små enheterna "städ", "underhåll" och "logistik" var kraftigt överrepresenterade. Antalet anställda i dessa grupper är mycket litet varför det är vanskligt att dra några slutsatser av det.

Fördelningen mellan diagnosgrupperna varierade kraftigt mellan teamen. Muskuloskeletal besvär var frekventa generellt, vilket var föga överraskande med tanke på arbetets natur. Man bör dock ha i åtanke att smärttillstånd i rygg och nacke i hög grad påverkas av psykosociala faktorer. Anhopningen i diagnosgruppen "psykosocialt" i team 2 bör följas upp, för att utesluta exempelvis mobbing och andra orsaker, som man från företagets sida bör ta tag i. De könsskillnader som sågs avseende diagnosgrupperna är svåra att dra några slutsatser av, med tanke på materialets ringa storlek.

Sammanfattningsvis är "Tidig rehabilitering" en metod som kräver en betydande satsning från både arbetsgivare och företagshälsovård. Projektet har givit viss kunskap om hur sjukligheten såg ut under projekttiden, men det går inte att utifrån detta projekt dra några slutsatser beträffande metodens effektivitet. Vissa förändringar behöver göras i arbetssättet enligt tidigare resonemang, och därefter bör en ny utvärdering göras. Från företagets sida har man tilltro till metoden och därför valt att fortsätta med detta arbetssätt.

## LITTERATURREFERENSER

1. Försäkringskassan. (Hemsida på Internet). Stockholm: Försäkringskassan (uppdaterad 2005-01-01; citerad 2005-08-15). Tillgänglig från: [http://statistik.forsakringskassan.se/portal/page?\\_pageid=47,44537&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://statistik.forsakringskassan.se/portal/page?_pageid=47,44537&_dad=portal&_schema=PORTAL)
2. Socialförsäkringen, Årsredovisning budgetåret 2003. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 2004.
3. Försäkringskassan. (Hemsida på Internet). Stockholm: Försäkringskassan (uppdaterad 2005-03-17; citerad 2005-08-15). Tillgänglig från: [http://statistik.forsakringskassan.se/portal/page?\\_pageid=47,46218&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://statistik.forsakringskassan.se/portal/page?_pageid=47,46218&_dad=portal&_schema=PORTAL)
4. Tidsanvändning år 2004. (Sammanställning av statistik). Stockholm: Löneanalyser AB; 2005.
5. Försäkringskassan. (Hemsida på Internet). Stockholm: Försäkringskassan (uppdaterad 2005-05; citerad 2005-08). Tillgänglig från: [http://uppsol.forsakringskassan.se/upload/3827/utfl\\_Q1a.ppt](http://uppsol.forsakringskassan.se/upload/3827/utfl_Q1a.ppt)
6. Aronsson T, Malmquist C. Rehabiliteringens ekonomi. Stockholm: Bilda Förlag; 2002.
7. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. (SBU-rapport 167). Stockholm: SBU; 2003.