

Modell och program för arbetsträning vid stroke

Anita Sageby

Marie Kleist

Bengt Stahre

Strokepatienter med sin mångfacetterade symtombild kräver en samverkan mellan många rehabiliteringsaktörer för en lyckad återgång till arbetslivet. Objektiva säkerställda bedömningsmetoder underlättar rehabiliteringsarbetet. I Norrköping används sedan fyra år tillbaka en modell och ett program för arbetsträning vid stroke i reell miljö. Syftet är att förenkla rehabiliteringen och tydliggöra olika ansvarsområden. I nedanstående artikel beskrivs modellen av arbetsterapeuten Anita Sageby, sjukgymnasten Marie Kleist samt tf överläkaren för strokelinjen Bengt Stahre, samtliga vid basenheten medicin, Vrinnevisjukhuset, Norrköping.

Bara var femte förtidspensionär har genomgått rehabilitering visar en utredningsrapport till riksdagens socialförsäkringsutskott. I ett annat samarbetsprojekt mellan företagshälsovården, arbetsmarknadsförsäkringar och försäkringskassan har man visat att varje krona satsad på rehabilitering ger tre kronor tillbaka (1).

Rehabiliteringen är fortfarande en starkt splittrad verksamhet. Gränserna mellan olika rehabiliteringsaktörers ansvarsområden är flytande. Många patienter stannar i dessa gränsområden (2). Patienter med stroke kräver mycket stora rehabiliteringsresurser. Dessa patienter uppvisar ofta en mångfacetterad

symtombild med funktionella, perceptuella och mentala funktionsnedsättningar (3). En persons arbetsförmåga måste sättas i relation till arbetskrav men också till det medicinska och det upplevda hälsotillståndet samt de sociala omständigheterna. I Sverige saknas översiktlig dokumentation om metodiken att bedöma en persons arbetsförmåga. I USA är både arbetssätt och metoder väl etablerade. Dictionary of Occupational Titles (DOT) är ett datoriserat system som används i USA. Detta system innehåller utförliga beskrivningar av 20 000 yrken som i sin tur är klassificerade så att komponenter som innefattas i utfört arbete och egenskaper som krävs av arbetaren för att utföra arbetet har definierats och graderats. Liknande system saknas i Sverige. Enligt Söderback talar erfarenheter från försäkringskassehandläggarna att det sällan förekommer några systematiska säkerställda bedömningar av arbetsförmågan i det tidiga skedet. Läkarna beskriver utförligt diagnoser, men det är sällan som det framkommer vilka specifika krav som arbetet ställer på individen eller vilka förutsättningar som individen har fysiskt, psykiskt och intellektuellt för att utföra arbetet trots sjukdom (4).

Arbetsrehabilitering förekommer på ett flertal sjukhus i Sverige. På senare år har det arbetats fram olika program gällande yrkesinriktad rehabilitering bl a på Karolinska institutet och Danderyds sjukhus. Målsättningen

med dessa program är att patienten skall återvända till arbetet så fort som möjligt och sedan träna arbetskapacitet, arbetsvanor och arbetsroll på arbetsplatsen vilket omnämns i engelsk litteratur som "Place then train" (5).

Vrinnevisjukhuset i Norrköping har ett upptagningsområde omfattande 140.000 invånare. Strokevården är organiserad i en vårdkedja "Strokelinjen" (6). Via den passerar ca 500 patienter/år, och av dessa är ett antal i yrkesför ålder. Kedjan består av en separat strokeenhet med 14 vårdplatser, en slutenvårds rehabiliteringsavdelning med 21 vårdplatser och en medicinsk dagrehabiliteringsavdelning ('Dagrehab'). Till dagrehabiliteringens stroke-team kommer patienter, som bedöms behöva fortsatt medicinsk rehabilitering av minst två paramedicinska yrkeskategorier. En arbetsmodell arbetades fram under 1993 pga en ökad efterfrågan från försäkringskassan på bedömningar och utredningar av strokedrabbade personers arbetsförmåga. Försäkringskassan önskade dessutom ställningstagande till vilka åtgärder som skulle vidtagas efter att den medicinska rehabiliteringen avslutats. Svårigheter förelåg även hos arbetsgivaren att upprätta en rehabiliteringsplan, som enligt lag åligger dem. Brister fanns också i samordningen mellan rehabiliteringsaktörerna (patienten själv, medicinsk rehabilitering, arbetsgivaren, försäkringskassan, företagshälsovården, Arbetsmarknadsinstitutet (AMI), Arbetslivstjänst (ALT), m fl. En ansökan om Dagmarmedel gjordes för att kunna genomföra projektet, "Utökad samordning mellan medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering". Målsättningarna med projektet var att skapa en enhetlig modell och kartlägga vilka de mest vanligt förekommande rehabiliteringsaktörerna var och vilka ansvarsområden, kriterier mm som respektive aktör til-

lämpade. Syftet med projektet var att patienterna skulle få en mer rättvis och effektivare arbetsrehabilitering (7). Detta arbete ledde vidare fram till att ett särskilt arbets-träningsprogram utarbetades. Två avgörande viktiga beståndsdelar är den "samordnade rehabplanen" samt "arbetsanalysen" som görs av arbetsterapeut och sjukgymnast direkt på arbetsplatsen.

Modell för samordnad rehabilitering

Arbetsmodellen åskådliggör vilka de vanligaste rehabiliteringsaktörerna är, dvs medicinsk rehabilitering, försäkringskassan, arbetsgivaren, AMI och ALT.

Medicinsk rehabilitering initierar åtgärderna, beroende på att det inom stroke-teamet finns en samlad kompetens för att göra bedömningar av patientens medicinska status, nuvarande funktions- och aktivitetsförmåga. Från medicinsk rehabilitering kunde vi finna att det i huvudsak fanns fyra utslusningsvägar, och dessa hade följande kriterier.

Åter till arbete: De patienter som har minst en 25%-ig arbetsförmåga och ett fast arbete får genomgå ett arbetsträningsprogram som initieras av medicinsk rehabilitering och som planeras tillsammans med arbetsgivaren. Företagshälsan finns med som en resurs till arbetsgivaren och kopplas in i det senare skedet i rehabiliteringsprocessen.

I de fall där skadan och dess konsekvenser är för omfattande för återgång till tidigare arbete och där ytterligare träning och utredning krävs slussas patienten till arbetslivstjänst (ALT).

De patienter som har minst en 25%-ig arbetsförmåga och ett fast arbete får genomgå ett arbetsträningsprogram

De patienter som saknar anställning men har en arbetsrestförmåga som är minst 50% går vidare till arbetsmarknadsinstitutet (AMI).

De patienter som bedöms ej vara arbetsföra och som ej kan placeras in under de övriga nämnda rehabiliteringsaktörerna, förtidspensioneras till största delen idag. Kommunen, som rehabiliteringsaktör har inte något lagstadgat ansvar för yrkesinriktade rehabiliteringsåtgärder. En kontakt förmedlas dock i regel till kommunens verksamheter för denna sistnämnda grupp av patienter. Försäkringskassans roll är att vara den samordnade länken mellan rehabiliteringsaktörerna. Denna funktion är tydligast i slutskedet av rehabiliteringsprocessen, då medicinsk rehabiliterings ansvar avtar.

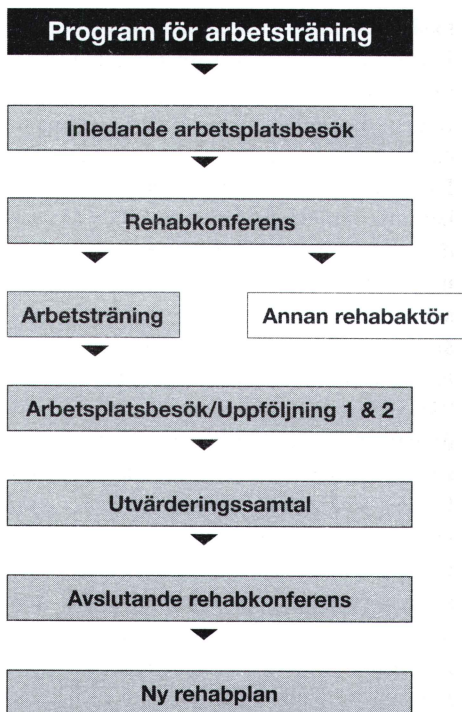
Program för arbetsträning

Arbetsträningsprogrammet (se figur 1) beskriver genomförandet av arbetsträningen. Syftet är att försäkringskassan, arbetsgivaren, patienten och Dagrehab skall planera och arbeta efter samma struktur.

Patienten kommer först till Dagrehab för en period av utredning, bedömning och rehabilitering, som bildar en grund för träning i reell miljö. Om beslut tas om arbetsträning, initierar Dagrehab arbetsträningen och ansvarar för den, under en genomsnittlig tid av ca 1-3 månader.

Inledande arbetsplatsbesök

Arbetsplatsbesöket föregås av en telefonkontakt med arbetsgivaren och utförs som regel av arbetsterapeut och sjukgymnast tillsammans med patienten. Syftet med arbetsplatsbesöket är att göra en analys av arbetsuppgifterna och den fysiska- och psykosociala miljön, enligt särskild checklista. Dessutom sker en inventering om vilka möjligheter som finns



Figur 1. Arbetsträningens förlopp enl program för arbetsträning vid stroke.

till anpassade arbetsuppgifter, arbetsgivarens inställning och handlingsberedskap för återanpassningen och rehabiliteringen på arbetsplatsen. Vidare söks arbetsträningssmoment som kan utnyttjas i den förberedande träningen på Dagrehab. Kontaktperson på arbetsplatsen diskuteras. Gemensamt förs en diskussion kring att utse förslag på en person som kan komma att fungera som kontaktperson/stödperson på arbetsplatsen. Det är viktigt att patienten har förtroende för den personen och att de arbetar nära varandra.

Rehabiliteringskonferens

Patient och ev dennes anhöriga, berörda rehabiliteringsaktörer (arbetsgivaren, försäkringskassan ev företagshälsovården) kallas till en "Samordnad Rehabiliteringskonferens" på Dagrehab där teamet bestående av läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast samt sjuksköterska deltar. Med arbetsplatsanalysen och bedömningen/utredningen som underlag fattas beslut om det finns möjlighet för patienten att återgå till tidigare arbete eller ej. Om patienten planeras att återgå till arbetet upprättas en "Samordnad Rehabiliteringsplan" för att underlätta planeringen av arbetsträningen. Syftet med planen är att alla berörda parter skall ha samma information. På planen nedtecknas målsättningen med arbetsträningen. Arbetsuppgifternas huvudsakliga innehåll specificeras detaljerat för att resultatet i senare skede skall kunna utvärderas. Dessutom är följande komponenter viktiga för den samordnade planeringen av arbetsträningen: Datum för arbetsträningens igångsättande. Tidplan, arbetsplatsbesök, ev träningstider på Dagrehab, namn på ansvariga rehabiliteringsaktörer, adresser och telefonnummer. I planen finns även utrymme för dokumentation vid arbetsplatsbesök/uppföljning 1 och 2.

Vid beslut om att arbetsträning ej skall genomföras på den tidigare arbetsplatsen bygger beslutet om vidare åtgärder på arbetsplatsanalysen och bedömningen/utredningen. Läkarnutlåtande utfärdas av ansvarig rehabiliteringsläkare inom strokelinjen.

Arbetsträning

Efter rehabiliteringskonferensen påbörjas arbetsträningen på patientens arbetsplats. Eventuella hjälpmedel anskaffas eller rekommenderas. Individuella arbetshjälpmedel ombesörjs av försäkringskassan och ibland av

företagshälsovården. Innehållet och strukturen i arbetsträningen grundar sig på den Rehabplan som utformats. Patienten får föra dagboksanteckningar över sin dag på arbetet och dokumenterar bl a de tre viktigaste momenten i de arbetsuppgifter som utförts, vad som upplevts som positivt och negativt, om problem uppstått och om dessa diskuterats med kontaktpersonen eller arbetsgivaren och de eventuella lösningarna. Slutligen får patienten nedteckna vilken känslostämning denne hade när arbetet avslutats för dagen. Dessa anteckningar används som ett underlag vid arbetsplatsbesöket att diskutera kring samt vid den slutliga utvärderingen. Parallellt med träningen i reell miljö deltar de flesta patienterna i en arbetsträningsgrupp på Dagrehab. Gruppen har till uppgift att fungera stödande för gruppmedlemmarna under den tid de arbetstränar. Gruppen träffas vid sju tillfällen och berör olika teman varje gång. Dessa är av bearbetande art med inslag av "spegling" av arbetsveckan som gått. Vidare finns teman kring information, träning och kompensatoriska moment.

Arbetsplatsbesök/Uppföljning

Arbetsplatsbesök på arbetsplatsen utförs efter några veckor av sjukgymnast och/eller arbetsterapeut och en preliminär utvärdering görs över de veckor som patienten har arbetat. En justering av omfattning och arbetets innehåll kan också göras vid detta tillfälle och Rehabplanen revideras. Som regel deltar rehabiliteringsansvarig på företaget och kontaktpersonen, vilka för oss är viktiga resurspersoner, som tillför information om eventuella problem och resurser. Det är av största vikt att det finns en öppen kommunikation mellan dem som samverkar kring och med patienten. Vid eventuella problem är en

snabb åtgärd nödvändig för att få ett lyckat resultat. Då arbetsträningen närmar sig sitt slut, genomsnittligt ca 3 månader efter starten, utförs ett andra arbetsplatsbesök. Vid detta tillfälle deltar även rehabiliteringsansvarig på företag samt kontaktpersonen. I samband med detta görs den slutliga utvärderingen. Då sammanfattas arbetsträningens resultat; innehåll och arbetstiden i procent. Stor vikt fästes vid patientens upplevelse av arbetet och arbetsgivarens uppfattning om arbetsträningens gång och framtida arbetssituation är avgörande.

Utvärderingssamtal

Vid ett individuellt utvecklingssamtal som erbjuds patienten går arbetsterapeut och/eller sjukgymnast igenom arbetsträningsperioden och vad som planeras att diskuteras på rehabkonferensen. Ett förslag till den fortsatta planeringen på arbetet utarbetas tillsammans med patienten. Detta dokumenteras därefter på Rehabplanen. Syftet är att informera och diskutera med patienten inför den slutliga konferensen då patientens resurser och "svaghet" lyfts fram och diskuteras.

Avslutande rehabiliteringskonferens

På den avslutande Rehabkonferensen utvärderas arbetsträningsperioden av samtliga parter med utgångspunkt från den "Samordnade Rehabplanen". På detta möte deltar patient och ev dennes anhöriga, arbetsgivaren, företagshälsovården (om sådan finnes), försäkringskassan, ev ALT och AMI samt teamet från medicinsk Dagrehab. Ansvar för

arbetsträningen överlämnas vid detta tillfälle till Försäkringskassan som påtar sig sitt samordningsansvar fullt ut. Arbetsgivaren och företagshälsovården tar över eventuell fortsatt arbetsträning och uppföljningsansvar om arbetsträningen skall fortlöpa. Den rehabaktör som påtar sig fortsatt ansvar och skall se till att rekommenderade fortsatta åtgärder vidtas poängteras skriftligen på planen. I de fall problem uppstår i ett senare skede, är det då lätt att se vem som har påtagit sig ansvaret för att åtgärder skall komma till stånd. Det medicinska ansvaret övertages av primärvården när patienten skrivs ut från medicinsk rehab. Patienter återkommer dock efter två månader till strokesköterskan på Dagrehab, för ett samtal om hur patienten mår och hur det har gått sedan han/hon skrevs ut.

Ny Rehabplan

Om patienten inte kan återgå till ordinarie arbete, efter genomförd arbetsträning, bör en ny plan upprättas. Dagrehab kan ge förslag på fortsatta åtgärder, men det är försäkringskassan, arbetsgivaren, ALT eller AMI, som tar över ansvaret för den nya Rehabplanen och åtgärderna.

Diskussion

Med hjälp av arbetsmodellen/programmet är vår uppfattning att man på ett strukturerat sätt snabbare kan återföra patienten till sitt tidigare yrkesverksamma liv. Vår erfarenhet visar att det är viktigt för patienterna att få återgå snabbt till sin tidigare arbetsplats. Genom att förlägga träningen i reell miljö växer patienten in i sin tidigare yrkesroll och får vistas i en välkänd miljö som skapar trygghet. Stödet från arbetskamrater och arbetsgivare som oftast erhålls är en positiv faktor som inte kan tillgodoses i sjukhusmiljö. Vi upplever också ett större engagemang och ansvar från arbets-

Vid ett individuellt utvecklingssamtal som erbjuds patienten går arbetsterapeut och/eller sjukgymnast igenom arbetsträningsperioden

Hur arbetskamraterna tar emot personen och ser dennes resurser är också viktigt.

givaren om patienten påbörjar sin återgång till arbetet i tidigt skede. Hur arbetskamraterna tar emot personen och ser dennes resurser är också viktigt. Kanske framför allt idag då arbetsmarknaden är "tuff" och konkurrensen om de arbeten som finns är hård. Detta bör ha i åtanke vid tillsättning av "kontaktperson". Det finns en risk för att konkurrensförhållanden och revirtänkande kan uppstå om man exempelvis väljer den person som vikarierar på patientens tjänst. Det är viktigt att väga in att arbetsmarknaden förändras hela tiden och påbörja yrkesinriktade åtgärder i ett tidigt skede då det annars finns en risk att tjänsten "försvinner", eller att en omplacering sker. Dessa faktorer kan i vissa fall negativt påverka återgången till arbetet.

Samverkansarbetet mellan de medicinska företrädarna och de övriga aktörerna har utvecklats och förbättrats till följd av upprättandet av arbetsmodellen/programmet. Ett behov av en förenkling kring rutinerna kring planeringen och tydliggörande av ansvarsområdena dvs "vem som gör vad" var orsaken till framtagandet av densamma.

Företagshälsovårdens roll i denna modell belyses ej ingående. Skälet till detta är att de deltar som rehabiliteringsaktör på arbetsgivarens initiativ på att tillgängligheten till företagshälsovårdens resurser ytterst beror på vilka avtal som upprättats mellan dem, dvs i praktiken innebär det att man endast kan utnyttja de tjänster som är "köpta". Uppföljningsansvaret fullgörs i de flesta fall väl och samarbetet är gott. Poängteras bör dock att kompetensen och beredskapen att ta emot gruppen strokedrabbade patienter varierar starkt mel-

lan de olika 'företagshälsorna'.

Som avslutning anser vi att en arbetsmodell och ett utvecklat program är en förutsättning för att arbetet med arbetsrelaterad rehabilitering ska ske på ett metodiskt sätt. Genom att använda samma grundläggande struktur/planering kan man lättare samverka med varandra. Språket som används blir gemensamt och man överbryggar lättare missförstånd och avbrott i rehabiliteringskedjan. Modellen och programmet skall inte ses som statiskt utan den bör fortlöpande utvecklas för att motsvara de behov som finns. Att samverka är som bekant inte någon lätt uppgift. Det krävs att kontaktnätet underhålls och att *alla rehabiliteringsaktörer aktivt bidrar till detta*. Vår uppfattning är också att den återkoppling som patienterna ger oss är en viktig resurs för utvecklingen av programmet. Ett exempel på framtida utveckling är patientstyrda stödgrupper som skulle kunna fylla den funktion av stöd som idag ej kan erbjudas av de traditionella rehabiliteringsaktörerna.

REFERENSER

1. Nygren Å, Berglund A, Marnetoft SU: Marknadsstyrd rehabilitering - En branch i behov av översyn. Läkartidningen 1994;91:1827-1830.
2. Grevsten S, Roos K, Edling C: Mångsidig expertgrupp för de svåraste fallen. Läkartidningen 1994;91:2826-2827.
3. Asplund K, Fugl-Meyer AR: Cerebrovaskulära sjukdomar Ur Höök O. Rehabiliterings Medicin, Almqvist och Wiksell, Värnamo 1995.
4. Söderback I, Schult M-L: Säkerställda bedömningar av arbetsförmåga. Socialförsäkringsstämman 1995, 347-360. Stockholm; Försäkringskassan i Stockholm och Försäkringskassaförbundets förlag. Sjuhäradshälsöbygdens Tryckeri AB.
5. Söderback I, Pekkanen K, Ekholm J, Schuldt K: Occupational Therapy. Worktraining Programs for Brain Damaged individuals. A Swedish Program. Work 1993;3:37-47.

Fullständig referenslista kan fås av författarna