

Modell för åtgärder mot besvär i nacke och skuldror

Kerstin Ekberg

En genomgång av litteraturen visar att arbetslivsinriktad rehabilitering bör utvecklas till att i högre grad integrera arbetsplatsen i rehabiliteringsarbetet. Arbetslivsinriktad rehabilitering kan ses som en förändrings- och utvecklingsprocess som bör omfatta inte bara individen själv utan också hennes arbetsplats. I artikeln beskrivs en modell för arbetslivsinriktad rehabilitering som bygger på problembaserad inlärningsmetodik. Med denna arbetsmetod arbetar man aktivt med både patienterna och deras arbetsledare.

Kerstin Ekberg är docent och leg psykolog vid yrkes- och miljömedicinska kliniken, Folkhälsovetenskapligt centrum i Linköping.

Besvär i rörelseorganen leder ofta till långvarig sjukfrånvaro och till betydande kostnader för individen. De i särklass vanligaste anledningarna till arbetsskador och förtidspension är sjukdomar i skelett och rörelseorgan, som ligger bakom mer än hälften av alla nybeviljade sjukpensioner. Kvinnor och äldre arbetskraft bidrar i hög grad till de höga sjuktalen (1).

Marklund (2) diskuterar två olika perspektiv som brukar anföras som orsak till sjukfrånvaro och förtidspensionering. Ett synsätt betonar att individen i sitt handlande tar hänsyn till regelsystemet och dess bidragsmöjligheter, "attraktionsmodellen". Enligt denna modell gör ett generösare social-försäkrings-system att individen har större möjlighet att vara borta från arbetet. I det andra perspektivet betonas brister i arbetsmiljön och arbetsvillkoren, "utstötningssmodellen". Arbetssituationer som är fysiskt eller psykiskt påfrestande leder till att individen tvingas hantera en alltför belastande situation med sjukskrivning eller förtidspensionering.

Det går idag inte att ta ställning för eller emot den ena eller den andra modellen, båda får visst stöd och sannolikt finns det ett samspel mellan dem. Mycket talar emellertid för att arbetet och de förutsättningar detta ger, har betydelse både för om man utvecklar besvär i rörelseorganen och för prognosen avseende återgång i arbete efter rehabilitering. En effektiv rehabiliteringsprocess bör därför omfatta både insatser riktade mot den enskilde individen och mot de förhållanden som orsakat eller bidragit till att individen utvecklat besvär i rörelseorganen.

Arbetsplatsens betydelse vid rehabilitering

I en två-årsuppföljning av tidig och aktiv rehabilitering respektive traditionell och symptomriktad rehabilitering av personer med besvär i nacke och skuldror fann Ekberg m fl (3) inga egentliga skillnader mellan de olika rehabiliteringsformerna. I stället visade det sig att förändrade arbetsuppgifter eller byte av arbetsplats hade en signifikant positiv påverkan på prognosen, oberoende av vilken rehabiliteringsform man fått. Liknande resultat har rapporterats av bl a Linton (4). I en nyligen publicerad studie visades att det finns stora skillnader mellan arbetsgivare i förhållningssätt och människosyn, vilket påverkar hur man tar sig an arbetsmiljöfrågor, sjukfrånvaro och rehabiliteringsfrågor på arbetsplatsen (5).

Utöver betydelsen av arbetsledningens förhållningssätt har arbetsförhållandena i termer av arbetsinnehåll (grad av inflytande i arbetet och möjligheter

Förändrade arbetsuppgifter eller byte av arbetsplats hade en signifikant positiv påverkan på prognosen oberoende av vilken rehabiliteringsform man fått

till utveckling i arbetet) och ergonomisk belastning i arbetet större betydelse för hur snart man återgår i arbete efter rehabilitering än tidigare sjukfrånvaro och personbundna faktorer (6). Linton och Bradley (7) följde 36 kvinnor som fått fysisk aktivitet, ergonomisk utbildning, träning i smärt-kontroll-tekniker, goal-setting tekniker och problemlösning. Efter 18 månader noterades bestående effekter av preventionsprogrammet. De största hindren för arbetsförmågan rapporterades vara brister i arbetsförhållanden som framförallt var av organisatorisk och psykosocial natur.

Arbetsplatsförändringar i förebyggande arbete

Hittills är emellertid de flesta försök till intervention med syfte att förebygga besvär i rörelseorganen inriktade på att förändra den fysiska belastningen. Kortare kontinuerlig arbetstid minskar prevalensen av muskuloskelatala besvär i löpande-bandarbete. I en nyligen publicerad studie jämförde Mathiassen och Winkel (8) tre interventionsstrategier i löpande-bandarbete med avseende på muskelaktivitet i trapezius muskeln. Man jämförde minskad arbetstakt, ökat antal pauser och förkortad arbetsdag, och fann att kortare arbetsdag förefaller effektivast för att förhindra akut trötthet.

I några interventionsstudier har man gjort övergripande förändringar i både arbetsorganisation och i den fysiska belastningen. Westgaard och Aarås (9) genomförde ergonomiska förbättringar på en norsk kabelfabrik för att minska den statiska belastningen på trapezius muskeln. Dessutom ändrades arbetstider och lönesystem. Långtidssjukfrånvaron sjönk med 33%, enligt de anställdas skattningar huvudsakligen beroende på ökad ergonomisk flexibilitet och ett förbättrat lönesystem. Parenmark m fl (10) jämförde två fabriker med olika arbetsorganisation, en traditionell och en baserad på grupporganisation med kvalitetskontroll, kundkontakter och egen planering. Man införde även extra arbetsplatser för att buffra vid rehabiliteringsbehov, on-the-job träning, etc. Lönesystemet anpassades för att kompensera för ålder och nedsatt arbetsförmåga. Resultatet blev 5% lägre

Man lyckades reducera de negativa konsekvenserna av ländryggsbesvär, även om incidensen i sig inte förändrades

sjukfrånvaro och en avsevärt lägre personalomsättning, samt förbättrad kvalitet i produktionen.

Att utvärdera arbetsplatsintervention ställer emellertid krav inte bara på en adekvat kontrollgrupp, utan också på att man har en tillräckligt lång uppföljningstid för att säkerställa att observerade effekter inte enbart beror på den så kallade Hawthorneeffekten, dvs att uppmärksamheten i sig har effekt, oberoende av vilken intervention som genomförs (11). Vid övergripande organisationsförändringar kan det vara svårt att avgöra vilka faktorer i interventionen som haft störst betydelse för ett positivt utfall.

Åtgärder för att förbättra individens förmåga att hantera sina besvär

Utöver direkta insatser på arbetsplatsen söker man utveckla program som i princip innebär "management av ohälsa", d.v.s. man reducerar de negativa konsekvenserna av smärta. Fitzler och Berger (12) införde på en skofabrik ett program som betonade attitydförändringar hos arbetsledarna och förändrat omhändertagande av de anställda som anmälde ländryggsbesvär. Man införde omedelbart medicinskt omhändertagande av smärta, utbildning i att hantera ländryggsbesvär samt försök att förändra arbetsuppgifterna så att man kunde fortsätta arbeta under tillfrisknadsperioden. Man jämförde smärtrapportering, arbetsförlust och medicinska kostnader under 3 år före respektive 3 år efter programmet infördes och fick en dramatisk minskning av kostnader och förlorade arbetstimmar, medan andelen rapporterade ländryggsbesvär ej minskade. Med andra ord, med programmet lyckades man reducera de negativa konsekvenserna av ländryggsbesvär, även om incidensen i sig inte förändrades. I ett personalprogram på ett geriatriskt sjukhus koncentrerade man sig på att förbättra kvalitet och kvantitet i kommunikationen mellan alla som var involverade i de anställdas hälsa och rehabilitering (13). I kommunikationen med den anställda betonades ett empatiskt förhållningssätt och förstärkning av självförtroendet. En före-efter jämförelse visade sänkt sjukfrånvaro.

Vid övergripande organisationsförändringar kan det vara svårt att avgöra vilka faktorer i interventionen som haft störst betydelse för ett positivt utfall

Inre motivation

Betydelsen av inre motivation, snarare än yttre styrning, för en framgångsrik rehabilitering har börjat uppmärksammas alltmer. Flera studier visar att individens attityder till arbetet påverkar utfallet av rehabilitering (14, 15). Samtidigt har osäkerheten rörande nyttan av de metoder som använts inom skolmedicinen vid behandling av besvär i ryggen/nacken resulterat i kritiska diskussioner av de metoder som används (t ex 16, 17) och medfört ansatser till nya synsätt. En sådan ansats är att i högre grad fokusera på individen som subjekt, och som ytterst ansvarig för en framgångsrik rehabilitering. Rehabilitering som syftar till att utveckla det friska och fungerande förutsätter att individen själv görs medveten om sina resurser och färdigheter, och att man ger individen möjligheter att hantera de inre och yttre hinder som medför ohälsa eller arbetsoförmåga. Detta kan inte utvecklas med behandlingsformer som innebär att individen passivt medverkar i experters åtgärder. Istället bör individen själv ges möjligheter att ta ansvar och aktivt formulera och sätta mål. Andra kan bidra med kringresurser, empati och stöd, men andras åtgärder löser inte problemet (17). Syftet med rehabilitering blir med detta synsätt att så långt möjligt bygga upp och utveckla individens egna resurser för att hantera påfrestningar, t ex genom att få till stånd sådana förändringar att hon skall kunna föra ett aktivt liv trots ibland kvarvarande besvär. De som förefaller att bäst kunna hantera stress och kronisk smärta är personer som har tillräckliga personliga resurser, såsom socialt stöd och en stark känsla av att ha kontroll över sina liv (18).

Rehabilitering som en förändringsprocess

Orsakerna till att man utvecklar besvär i rörelseorganen är många och omfattar i allmänhet faktorer både i och utanför arbetet. Rehabilitering av dessa besvär kan ses som en förändringsprocess där man inte bara söker förändra symptombilden, utan även hur man hanterar sina symptom och i vilken grad de

De som förefaller att bäst kunna hantera stress och kronisk smärta är personer som har tillräckliga personliga resurser, såsom socialt stöd och en stark känsla av att ha kontroll över sina liv

I arbetslivsinriktad rehabilitering bör alltså arbetsplatsen vara aktivt involverad från början

får påverka livssituationen. För att kunna leda till bestående hälsoförändringar bör en effektiv rehabilitering även omfatta förändring av orsakerna till att besvären uppstått och skapa förutsättningar för att individen skall känna sig motiverad att påverka och förändra. Detta synsätt innebär att man integrerar rehabilitering och prevention i rehabiliteringsprocessen.

I praktiken är emellertid integrationen av rehabilitering och prevention ännu inte speciellt utvecklad. Att i högre grad ge individen själv en aktiv roll i att påverka och förändra både inre och yttre faktorer hos henne själv, i hennes arbetssituation och i livssituationen kan underlätta en sådan utveckling. Samtidigt måste den ge individen redskap för att kunna förändras och att kunna förändra i sin omgivning. Att genomföra sådana förändringar kan endast ske i samspel med omgivningen. Långvarig frånvaro eller upprepade korttidsfrånvaro från arbetsplatsen kan medföra att arbetsledarens och arbetskamraternas attityder och förväntningar förändras över tid och man hinner i värsta fall utveckla negativa förväntningar om den insjuknades arbetsförmåga. Långvarig frånvaro från arbetsplatsen innebär även att de psykiska och sociala hindren för att man skall kunna återgå i arbete blir större, hindren för att återgå i arbete upplevs som allt större och förmågan att hantera olika former av påfrestningar riskerar att avta. I arbetslivsinriktad rehabilitering bör därför arbetsplatsen vara aktivt involverad från början.

MODELL FÖR REHABILITERING OCH PREVENTION AV BESVÄR I RÖRELSEORGANEN

Med dessa utgångspunkter har vi utvecklat en metod för rehabilitering och prevention av arbetsrelaterade besvär i rörelseorganen. Modellen bygger på den pedagogiska modell som kallas problem-baserat lärande (19) och har anpassats till patientrelaterade situationer. I problembaserad rehabilitering arbetar man med en grupp av personer som har likartade besvär. Detta ger en social plattform som ger den enskilde individen möjlighet att pröva och utveckla sina sociala resurser och att få socialt stöd.

Om individens sociala plattformen är svag och/eller om hennes interna, psykosociala resurser är svaga, är förutsättningarna för att klara av förändringar sämre än om de psykosociala resurserna är starka. En osäker person, en person med dåligt självförtroende eller en person utan socialt stöd, är mindre benägen att våga sig på att förändra och förändras, och därmed blir prognosen för en positiv rehabiliteringsprocess sämre än för de personer som har en stark psykosocial utgångspunkt. Den problembaserade metodiken syftar till att ge strategier för utveckling av de interna resurserna, dvs bygga upp självuppfattning och självförtroende, öka förmågan att hantera påfrestningar, och att ge bredare perspektiv på om orsakerna till de problem man har kan påverkas eller ej.

Med en problembaserad strategi får individen utrymme att själv värdera vilka svårigheter eller hinder som är väsentligast för honom eller henne att förändra och utveckla, på vilket sätt det ska ske och i vilken takt det ska ske. Möjligheterna att sätta in sina svårigheter i ett större sammanhang ökar, genom att man inte splittrar upp rehabiliteringen på olika experters specifika kunskapsområden, utan arbetar med sin egen "helhet". Den primära interventionsnivån är således individen själv och hennes förhållningssätt till sin omgivning. Arbete på denna nivå förutsätts för att sekundärt kunna leda till en ökad förmåga och benägenhet att förändra externa faktorer i livssituation och arbetssituation.

Den problembaserade metoden har beskrivits utförligt av Ekberg och Svedin (20). Grundprincipen är att gruppen arbetar mot ett övergripande mål. Vilka mål som skall gälla för en rehabiliteringsprocess är emellertid inte självklart. I de grupper som hittills arbetat med problembaserad rehabiliteringsmetodik har ett övergripande mål definierats för rehabiliteringsprocessen redan innan man börjar arbeta i gruppen. Detta mål har varit "att lära sig se orsakerna till sina besvär och att hitta strategier för att förändra". Målet är formulerat så att det innefattar ett incitament till

Att målet är formulerat som en förändring innebär att gruppen inte enbart är en stödgrupp eller samtalsgrupp, utan istället en arbetsgrupp, det ställs krav under rehabiliteringsprocessen

förändring, snarare än att uppnå "smärtfrihet", "full arbetsförmåga" eller "bli frisk", som är för generella och ospecifika som mål och i praktiken svåra eller omöjliga att uppnå. Att målet är formulerat som en förändring innebär att gruppen inte enbart är en stödgrupp eller samtalsgrupp, utan istället en arbetsgrupp, det ställs krav under rehabiliteringsprocessen. Kraven operationaliseras i termer av att man sätter successiva delmål för sin egen rehabiliteringsprocess.

Vid varje gruppträff arbetar gruppen kring ett självvalt tema som utmynnar i att varje gruppmedlem formulerar ett eget litet och konkret delmål som är möjligt att genomföra. Sådana delmål kan vara att ändra sina motionsvanor, att ge förslag till förändringar i arbetet, etc. Med hjälp av delmålen lär man sig successivt att genomföra förändringar och man upptäcker att man klarar av detta.

Arbetsplatsens betydelse

Då det gäller arbetsrelaterade besvär i rörelseorganen måste de preventiva insatserna i hög grad syfta till att åstadkomma förändringar i arbetssituationen. Sådana förändringar är svåra eller omöjliga att genomföra om inte de berörda, dvs arbetstagaren/patienten och arbetsledningen båda aktivt medverkar till förändringsarbetet. Som en konsekvens av detta ingår därför i den problembaserade rehabiliteringsmodellen även regelbundna träffar med arbetsledarna till de patienter som går i en rehabiliteringsgrupp. Den första arbetsledarträffen anordnas tidigt i rehabiliteringsperioden.

Syftet med arbetsledarträffarna är att öka medverkan från arbetsplatsen i rehabiliteringsarbete och i preventivt arbete. En väsentlig del av arbetsledarträffarna är att ge möjlighet till informellt kunskaps- och erfarenhetsutbyte om hur man på olika arbetsplatser kan arbeta med arbetsmiljöförbättringar och rehabiliteringsinsatser. Arbetsledarträffarna fungerar även som en stöd och stimulansgrupp för arbetsledarna själva, då även de i allmänhet saknar ett forum av "likar" där arbetsledarens svåra roll i förändrings-

Med en problembaserad strategi får individen utrymme att själv värdera vilka svårigheter eller hinder som är väsentligast för honom eller henne att förändra och utveckla, på vilket sätt det ska ske och i vilken takt det ska ske

arbetet kan diskuteras. Vår erfarenhet hittills pekar på att man med fördel kan arbeta med problembaserad metodik även i arbetsledarträffarna.

Utvärdering

Hittills gjorda erfarenheter visar att rehabilitering med problembaserad metodik ger fler patienter en positiv utveckling i hälsa och livskvalitet än traditionell, mer symptomriktad rehabilitering. Likaså ökar känslan av att ha kontroll över sin tillvaro i högre grad hos de patienter som fått problembaserad rehabilitering (21, 22).

Den problembaserade metoden ger ett högt engagemang hos patienterna och närvaron är mycket hög i grupperna. Erfarenheterna visar också att det är av stor betydelse att samtliga berörda aktörer, dvs läkare, försäkringskassa och arbetsgivare är införstådda med arbetssättet för att patienten inte skall hamna i en situation med motstridiga krav eller motstridiga mål.

REFERENSER

1. *Svenning, M*: Rehabilitering. Idé och verklighet. Lund, Studentlitteratur 1998.
2. *Marklund S (red.)*: Rehabilitering i ett samhällsperspektiv. Lund, Studentlitteratur 1995.
3. *Ekberg K, Björkqvist B, Malm P, Bjerre-Kiely B, Axelsson O*: Controlled two year follow up of rehabilitation for disorders in the neck and shoulders. *Occup Environ Med* 1994;51:833-838.
4. *Linton SJ*: A behavioral workshop for training immediate supervisors: the key to neck and back injuries? *Percept Mot Skills* 1991;73:1159-1170.
5. *Edlund, C, Ek Kahnlund K, Dahlgren L*: Arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen. Intervjuer med 21 arbetsgivare i Västerbotten. *Socialmedicinsk tidskrift* 1998 nr. 4: 183-189.
6. *Ekberg K, Wildhagen I*: Long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders. The necessary invention of work conditions. *Scand J Rehab Med* 1996;28:39-47.
7. *Linton SJ, Bradley LA*: An 18-month follow-up of a secondary prevention program for back pain: Help and hindrance factors related to outcome maintenance. *Clin J Pain* 1992;8:227-36.
8. *Mathiassen SE, Winkel J*: Physiological comparison of three interventions in light assembly work: reduced work pace, increased break allowance and shortened working days. *International Archives of Environmental Health*, 1996;68:94-108.
9. *Westgaard RH, Aarås A*: The effect of improved work place design on the development of work-related musculoskeletal illnesses. *Appl Erg* 1985;16:91-97.
10. *Parenmark G, Malmkvist A-K, Örtengren R*: Ergonomic moves in an engineering industry: effects on sick leave frequency, labor turnover and productivity. *Int J Ind Erg* 1993;11:1-10.
11. *Battié M.C*: Minimizing the impact of back pain: work place strategies. *Seminars in Spinal Surgery* 1992;4:20-28.
12. *Fitzler SL, Berger RA*: Chelsea back program: one year later. *Occupational Health and Safety* 1983;52:52-54.
13. *Wood DJ*: Design and evaluation of a back injury prevention program within a geriatric hospital. *Spine* 1987;12:77-82.
14. *Gerdle B, Brulin C, Elert J, Granlund B*: Factors interacting with perceived work-related complaints in the musculoskeletal system among home care service personnel. *Scand J Rehab Med* 1994;26:51-58.
15. *Feuerstein M, Theborge RW*: Perceptions of disability and occupational stress as discriminators of work disability in patients with chronic pain. *J Occup Rehab* 1991;1:185-195.
16. *Lehtonen K*: Rehabilitera inte sönder patienten med ryggvärk! *Läkartidningen* 1994;91:3479-82.
17. *Gidlöf A*: Vad utgår rehabiliteringen från för värden och vad siktar den till för mål. Föredrag vid temadag "Rehabilitering - en utmaning för försäkringskassan och sjukvården i samverkan", Linköping 16 november 1994.
18. *Brannon L and Feist J*: Health Psychology. An introduction to behavior and health. Pacific Grove, Brooks/Cole Publ. Co. 1992
19. *Kjellgren K, Ahlner J, Dahlgren LO, Haglund L (red)*: Problembaserad inläring - erfarenheter från Hälsouniversitetet. Lund, Studentlitteratur 1993.
20. *Ekberg K, Svedin L*: Rehabilitering som en problembaserad förändringsprocess. *Läkartidningen* 1998 (in press).
21. *Ekberg K, Gustavsson Å, Alexandersson K., m fl*: Participatorisk rehabilitering av arbetsrelaterade muskuloskeletala besvär - en väg till prevention? Linköping, rapport från yrkes- och miljömedicinska kliniken, 1995.
22. *Ekberg K, Svedin L, Magnusson M*: Utvärdering av problembaserad rehabiliteringsmetod (PBR) på arbetsrelaterade muskuloskeletala besvär. Slutredogörelse till Rådet för Arbetslivsforskning 1997.