

Programmet för rygghabilitering

- en chans att komma tillbaka till arbetslivet

Britt-Marie Åman

Från samhällets sida har sedan slutet av 80-talet fler insatser förekommit för att bryta trenden mot ett stigande ohälsotal. Det är framförallt kostnaderna för långtidssjukskrivning och pensionering p g a ryggbesvär som ökat drastiskt. Rehabiliteringen måste förbättras. Sedan hösten -91 finns vid Akademiska sjukhuset Programmet för ryggrehabilitering, ett arbetslivsinriktat reaktiviteringsprogram för personer med långvariga ryggbesvär.

Britt-Marie Åman är kurator vid rehab kliniken vid Akademiska sjukhuset och arbetar för närvarande i detta projekt.

Efter att under många år ha arbetat med yrkesrehabilitering kändes det stimulerande att delta i Programmet för ryggrehabilitering och få möjlighet att kunna arbeta med rehabilitering på ett annorlunda sätt. Jag kommer här delge er mina erfarenheter och några resultat från programmet.

Bakgrund

Anledningen till projektets tillkomst var att långtidssjukskrivningarna p g a framförallt ryggbesvär ökade och att många personer med ryggproblem trots olika rehab insatser inte gick tillbaka till arbetslivet. Det medförde ofta ett långdraget lidande för individen och stora kostnader för samhället. Staten avsatte medel så att det blev möjligt för försäkringskassorna att köpa yrkesinriktad rehabilitering. Det är framförallt så som vårt program finansieras. Från januari -92 har arbetsgivaren enligt lag ett större ansvar för rehabiliteringen och fler arbetsgivare bekostar också idag en del av rehabiliteringen. För arbetslösa sjukskrivna delar försäkringskassan och länsarbetsnämnden på kostnaderna.

Multidisciplinärt team

Den behandlingsmodell vi arbetar efter är från PRIDE

Dallas Texas USA. Där har man i prospektiva studier kunnat visa på en 80%-ig återgång i arbete vilket är mer än dubbelt så bra jämfört med konventionell rehabilitering. Vi är fem personer som arbetar i teamet, arbetsterapeut, kurator, psykolog, sjukgymnast samt läkare. Den senare, docent Ingvar Ljungkvist, är initiativtagare och projektansvarig. Innan vi startade verksamheten fick alla i teamet möjlighet att åka till USA för att på plats kunna studera "Dallasmodellen" som vi skall arbeta efter.

Vad går programmet ut på

Det primära målet är ökad funktionsförmåga inklusive arbetsförmåga, inte smärtfrihet. Det handlar alltså om en förändring av beteendet, en livsstilsförändring till ett mer aktivt liv. Programmet är arbetslivsinriktat med målsättning att göra återgång till arbetet möjligt. Det är mycket intensivt och med tonvikt på det egna ansvaret. Deltagaren får skriva under ett behandlingskontrakt.

Programmet riktar sig i första hand till långtidssjukskrivna med besvär från kotpelaren som vill tillbaka till arbetslivet och som efter utredning vid ryggmottagningen bedömts lämpliga att delta i programmet.

Ryggmottagningen

Till vår ryggmottagning skickas remisser på patienter med ryggbesvär från bl a vårdcentraler, företagshälsövård, AMI och försäkringskassa. Patienten träffar alltid vår läkare (programmets) och en ortoped eller neurokirurg, för medicinsk bedömning samt psykolog och kurator. Det är på ryggmottagningen som jag för första gången möter patienten och utifrån ett frågeformulär

Det primära målet är ökad funktionsförmåga inklusive arbetsförmåga, inte smärtfrihet

Kurator är koordinator i programmet och kontaktperson men är också delaktig i behandlingen

och samtal kartlägger den psykosociala situationen. De personer vi träffar har ofta gått sjukskrivna länge, kanske tomt har sjukbidrag och är ibland inställda på pension. Då gäller det att motivera personen till att se andra möjligheter och alternativ för att komma tillbaka till arbetslivet. Personen går hem ofta med nya tankar och funderar vidare. Vid återbesöket hos vår läkare är det ganska vanligt att patienten tar upp fler och nya frågeställningar och sedan bestämmer sig för att våga ta chansen och delta i programmet.

Kurator som koordinator

Utifrån den utredning vi gjort föreslår vi lämplig åtgärd och då kan vårt intensiva rehabprogram bli aktuellt. Nästa steg blir sedan att förhandla med försäkringskassan om köp av tjänst. Inom sjukvården är köp och säljsystemet en ny funktion. Detta arbete åligger mig eftersom jag efter alla år inom rehabiliteringsbranschen hade byggt upp ett bra kontaktnät med försäkringskassa, arbetsgivare och arbetsförmedling. Oftast är kontakterna positiva, men man måste ha mycket tålamod och känna till personens livssituation väl och kunna argumentera för varför personen behöver just vårt omfattande rehabprogram. Handläggaren kanske inte känner till den försäkrade och vill träffa personen innan jag kan få besked om deltagande. Ibland finns redan en annan planering, eller handläggaren föredrar kanske att köpa andra reha-tjänster. Det här är tidskrävande och ibland är det därför svårt att få ihop fem nya patienter till start varje månad. Innan programstarten träffar vår läkare och jag patienten tillsammans med försäkringskassan och arbetsgivaren om det finns en sådan, eller om personen är arbetslös, handläggare från arbetsförmedlingen (AMI ALT). Vi går igenom den aktuella situationen och gör en analys av det arbete personen skall tillbaka till eller skissar tillsammans på olika möjligheter för den arbetslöse. Vi tecknar också köpekontrakt. Deltagaren har rehabpenning under de tolv veckorna.

Kurator är alltså koordinator i programmet och kontaktperson men är också delaktig i behandlingen.

Hur ser programinnehållet ut

Programmet omfattar 12 veckor uppdelade på tre steg om fyra veckor. Deltagarna är fem i varje grupp och vi

har samtidigt femton personer som går i programmet.

Steg I

Mjuk start - 2-3 dagar/vecka + hemträningsprogram. Jag sköter undervisningen i smärtskolan tre förmiddagar för att öka deltagarnas kunskap om smärta.

Steg II

Aktivitet 8-16 - alla dagar varav fem timmar intensiv fysisk träning hos sjukgymnast och arbetsterapeut. Psykologen fortsätter med daglig avspänning och har grupper kring olika teman, som stress, självkänsla och copingtekniker. Jag har gruppteman kring anhöriga och deras olika reaktioner och påverkan på den som har ryggproblem. Vi diskuterar arbetsgivarens ansvar och försäkringskassans nya roll.

Steg III

Aktivitet 8-16 - alla dagar där den arbetsinriktade träningen hos arbetsterapeuten dominerar. Det gäller för deltagarna att förbereda sig både psykiskt och fysiskt på att komma tillbaka till arbetslivet. Det behövs mycket stöttning nu och jag har samtal både enskilt och i grupp och vi diskuterar arbete ur olika aspekter. De som är arbetslösa eller som måste ändra inriktning till annat arbete uppmuntras till att själva ta initiativ till olika kontakter, gå på jobbexpo, söka praktik etc. När deltagarna lämnar oss skall de ha en planering och oftast går de direkt ut i arbete, praktik, utbildning eller till AMI. Ett nära samarbete sker hela tiden med arbetsgivare, företagshälsovård, försäkringskassa och arbetsförmedling.

Metoder

Nedanstående metoder används för utvärdering under programmet

1. Psykosocialt frågeformulär
2. Livskvalitetsskattning (skala 0-10)
3. Psykologiska test
4. Smärtskattning
5. Rörelsemätning

När deltagarna lämnar oss skall de ha en planering och oftast gå direkt ut i arbete, praktik, utbildning eller till AMI

Det är vanligt att deltagarna har en tilltrasslad psykosocial situation med relationsproblem, kärv ekonomi och ofta dåligt självförtroende

6. Konditionstest

7. Lyfttest

8. Muskelstyrkemätning

Varje deltagare testas i början och i slutet av programmet. De metoder för utvärdering som jag använder är ett psykosocialt frågeformulär där personen får besvara frågor om uppväxt, familj, barn, ekonomi, utbildning, arbete, fritid och den egna framtidsplaneringen.

Jag har också hand om livskvalitetsskattningen. I början och i slutet av programmet ombeds deltagarna att skatta sin globala livskvalitet på en 10-gradig skala, där 0 är sämsta tänkbara livskvalitet och 10 är högsta möjliga livskvalitet. Dessutom frågar jag vilka faktorer som skulle kunna förbättra deras livskvalitet. Det här är en enkel men dock belysande metod som blir ett mått på hur deltagarnas livstillfredsställelse ser ut.

Under hela programmet har jag samtal av olika karaktär med deltagarna. Erfarenheten har visat oss att det är vanligt att de har en tilltrasslad psykosocial situation, med relationsproblem, kärv ekonomi och ofta dåligt självförtroende.

Psykologen och jag tangerar varandras arbetsområden men jag försöker hålla mig till frågor som rör familj-ekonomi-arbete. Målet är att stärka personens egen förmåga till utveckling och till att själv ta ansvar för sina handlingar.

Efter avslutat program gör var och en i teamet en utvärdering av de resultat varje deltagare uppnått och som köparen sedan får en sammanställning på.

Uppföljning

Hur har det då gått för våra deltagare?

Den första månaden efter avslutat program har vi två eller vid behov flera kontakter. Vi ringer sedan upp efter 1/2 år, 1 år och 2 år. Vi frågar om de varit sjukskrivna för ryggen, om de tränar, ber dem skatta sin smärta och sin livskvalitet och vill veta om de arbetar och i vilken omfattning.

Resultat

Här följer några preliminära resultat efter 2-års uppföljningen.

Totalt 46 st varav 24 kvinnor och 22 män. Medelå-

der: Kvinnor 40 år och män 39 år.

13 av kvinnorna var kvar i arbetslivet dvs 54% jämfört med 58% efter 1 år. Medelsjukskrivningstiden var 19,6 mån. 4 st hade godkänd arbetsskada.

De 11 kvinnor som ej arbetade hade en medelsjukskrivningstid på 20,8 mån. 6 st hade godkänd arbetsskada.

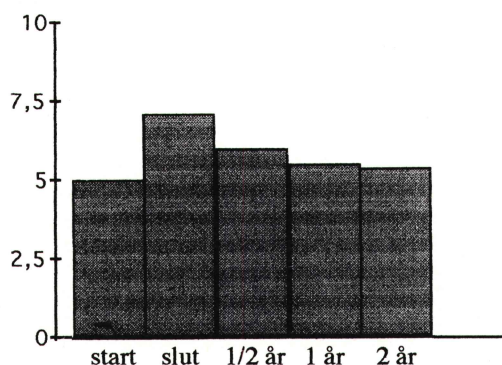
13 av männen var kvar i arbetslivet dvs 59% jämfört med 68% efter 1 år. Medelsjukskrivningstiden var 13,2 mån. 7 st hade godkänd arbetsskada.

De 9 män som ej arbetade hade en medelsjukskrivningstid på 21 mån. 6 st hade godkänd arbetsskada.

Livskvalitet

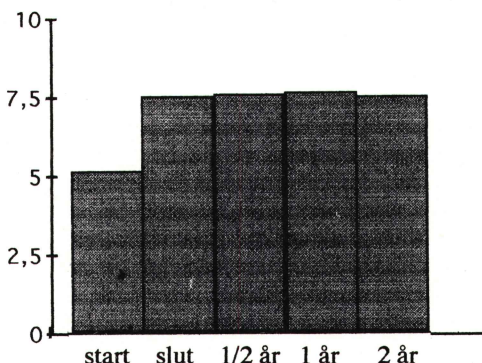
Både kvinnor och män hade något lågt skattad livskvalitet vid starten av programmet. Vid slutet av programmet hade gruppernas livskvalitet ökat. För de som ej arbetade sjönk livskvaliteten däremot till ungefär samma nivå som vid programmets start. De som var i arbete behöll den högre livskvaliteten (figur 1-4).

Livskvalitet



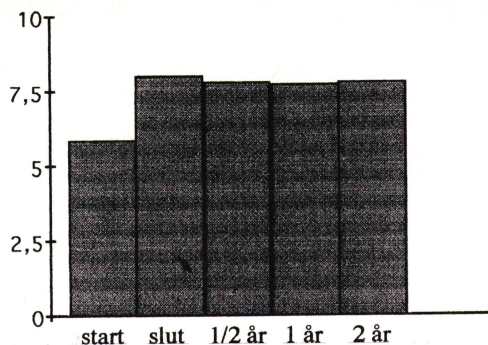
Figur 1. Kvinnor i arbete (n=13).

Livskvalitet



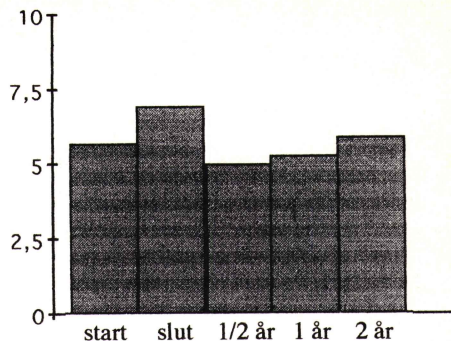
Figur 2. Kvinnor ej i arbete (n=11).

Livskvalitet



Figur 3. Män i arbete (n=13).

Livskvalitet



Figur 4. Män ej i arbete (n=9).

Synpunkter

Huvudmålet med vår rehabilitering är att få tillbaka deltagarna till arbetslivet. Våra uppföljningar vid 1 och 2 år efter avslutad rehabilitering visar på goda resultat. Det är emellertid svårt att utvärdera resultaten eftersom så många andra faktorer under tiden, ja själva livets gång spelar in. Vad som även är positivt är att de flesta deltagarna inte konsumerat sjukvård i samma omfattning som tidigare. De har blivit tryggare och mer själv-

ständiga med större kunskap om hur de skall hantera sina ryggproblem. Vi fortsätter vårt arbete och gör efter hand och i samråd med deltagarna förbättringar i programmet och vi i teamet försöker ständigt utveckla oss.

Det har varit intensiva men engagerande arbetsår och det känns riktigt att arbeta med rehabilitering på det här intensiva och sammanhållna sättet enligt "Dallas-modellen".

SAMARBETE MED FAMILJEN

är en förutsättning för att insatser för individen skall lyckas. Detta visar bl.a erfarenheter från omsorg, skola, psykiatri, åldringsvård, rehabilitering, missbruksvård och från olika behandlingsinstitutioner.

I vår bok **DEN OSYNLIGA FAMILJEN: Samarbetspartner eller syndabock** visar vi hur samarbetet med familjen kan gå till och tar upp de svårigheter som kan uppstå. Boken används som kursbok vid många utbildningar och institutioner.

I våra veckokurser i **FAMILJESAMTAL OCH FAMILJETERAPI** får deltagarna få lära sig att samtala med familjen och engagera denna i ett samarbete. **Introduktionskurs (F1)** den 23 - 27 sept. 1996. Sista anm. 15 juni. Kursavg. 6000 kr. **Fortsättningskurs (F2)** den 18 - 22 nov. 1996. Sist anm. 16 sept. Kursavg. 6200 kr. Möjlighet till boende på kursgården Säröhus, Särö, 25 km söder om Göteborg.

Sänd efter **utförlig broschyr** om kurser och verksamhet. Du kan också rekvirera boken från oss. Den kostar då 300 kr inkl. moms. För 3 eller fler ex 225 kr per bok. Boken utgiven av vårt bokförlag Ask och Embla, adress som Institutet.

Lär. och förf. Kristín Gústavsdóttir och Karl Gustaf Piltz.

Institutet för familjeterapi, Göteborg

Hägnavägen 19, 436 51 Hovås. Tel 031-288270. Fax.031-282462.