

Hallsbergsprojektet — nya ideer om lokalt rehabiliteringsarbete

Margareta Wiklund

Värdet av lokal kunskap och lokalt förankringsarbete belyses i denna artikel om hur det lokala rehabiliteringsarbetet på försäkringskassan i Hallsberg utvecklats.

Margareta Wiklund är assistent på försäkringskassan i Örebro och en av projektledarna för det sk Hallsbergsprojektet.

Inledning

Hallsbergsprojektet är ett exempel på hur man med lokal kunskap kan utveckla och förändra det lokala arbetet. Några fakta av intresse: Projektmedel erhöles från riksförsäkringsverket (300 000 kronor), vi började 1 september 1984 och det praktiska arbetet pågick till 30 juni 1985. Två assistenter i Hallsberg och 1/4 sektionschef på kassans utredningsavdelning i Örebro har arbetat med detta. Dessutom har föreståndaren i Hallsberg och avdelningschefen på utredningsavdelningen ingått i projektet och vi har också erhållit ett stort stöd från socialmedicinska avdelningen på Landstinget.

Företsättningen är försäkringskassans rehabiliteringsansvar och vi ville studera hur vår rehabilitering fungerade i verkligheten. När vi hade dessa kunskaper ville vi förankra dem hos alla de organ som arbetar med sjukfall lokalt i Hallsberg. Med deras synpunkter och våra egna kunskaper sammantaga gjorde vi ett handlingsprogram som sedan prövades i praktiken under en period.

Försäkringskassans rehabiliteringsansvar

Företsättningen är att försäkringskassan har ett rehabiliteringsansvar som är reglerat i Lagen om All-

män Försäkring. Försäkringskassan är skyldig att tillse att åtgärder vidtas för att dels förkorta sjukdomstiden, dels för att helt eller delvis häva nedsättningen av arbetsförmågan men också att helt eller delvis förebygga nedsättning av arbetsförmågan. I det här arbetet är kassan naturligtvis väldigt beroende av andra samhällsorgan eftersom vi inte har några egna resurser att sätta in när det gäller åtgärder som behöver vidtas. Vi måste samarbeta med arbetsgivare, fackliga företrädare, anpassningsgrupper, företagshälsovården och naturligtvis sjukvården. I många ärenden behöver vi få hjälp av arbetsförmedlingen, i vissa ärenden där det finns social problematik får vi arbeta ihop med socialtjänsten. För detta har vi ett organ som kallas lokal rehabiliteringsgrupp och sådan finns knuten till i princip varje lokal försäkringskassa. Där sitter företrädare för kassan, sjukvården, arbetsförmedlingen, socialtjänsten och man kan knyta till andra om så behövs.

Hur fungerar det i praktiken?

Med de här givna förutsättningarna ville vi alltså se hur rehabiliteringsarbetet sköts i verkligheten. Vad är det för delar som ingår och var kan det finnas stötestenar och problem? Lite förenklat kan man säga att vi gick igenom alla långa sjukfall som hade avslutats under 1983 i Hallsberg med avseende på en mängd faktorer. Vi fick då fram vilka det är som är långtidssjukskrivna och det var i stort sett de som

.....
Hallsbergsprojektet är ett exempel på hur man med lokal kunskap kan utveckla och förändra det lokala arbetet
.....

var lågutbildade och ej facklärd. De sjukdomar som förekom mest var sjukdomar från rörelseapparaten, drygt 40% hade diagnos med muskel, skelett- eller bindvävssjukdomar. Sedan studerade vi själva processen som tex var det kan finnas långa väntetider och vilka moment som ingår i de flesta långa sjukfall. Vi fann att utredningsimpulsen i de allra flesta fall kom efter tre månaders tid. Nästan uteslutande så initierades våra utredningar via den datarutinen som vi har och som slår larm i de flesta fall efter 70 dagar. Vi kunde också se att den sociala utredning som kassan alltid gör på patienter med långa sjukfall och även de läkarutlåtanden som vi ofta begär kom efter ca 3–4 månaders sjukskrivningstid. Vi kunde också se att de sk väntetiderna, de inaktiva perioderna, då det inte händer något för den sjuke i regel finns innan vi har beslutat vad som skall göras.

Vi tittade också på prognoser och hur prognosen fanns dokumenterad i kassans handlingar. Vi fann att prognos bara dokumenterades i nästan hälften av ärendena. Där det fanns en dokumenterad prognos kunde man dock se en ganska god överensstämmelse mellan prognosen och utfallet av sjukfallet.

Dessa ärenden var avslutade under 1983 och 1 augusti 1984 gick vi in och tittade på hur många sjukdagar man haft under de första 7 månaderna av året. Det var tyvärr lite nedslående läsning för oss för nästan 25% hade under dessa månader åter långa sjukfall.

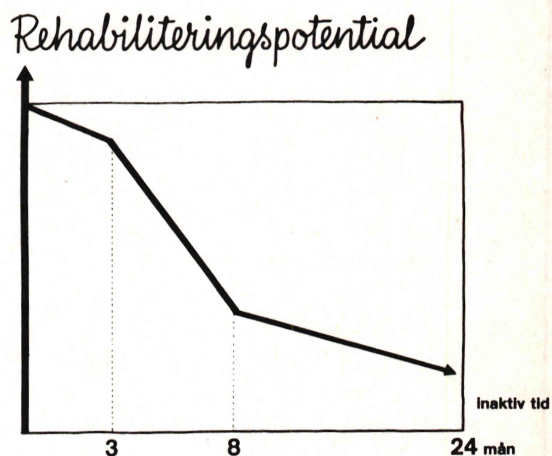
Förankring hos berörda

Nästa steg var att vi skulle förankra projektets arbete hos de berörda organen i Hallsberg. Vi bjöd in alla som kunde tänkas komma i beröring med långtidssjukskrivna till ett seminarium. Ett 50-tal deltagare anmälde sig. På seminariet diskuterades hur vi skulle komma steget längre lokalt i Hallsberg och inte bara stapla problemen på varandra. Förutom seminariet hade vi direktkontakter dels i lokala rehagruppen och dels diskussioner med flera av de stora arbetsgivarna och vi sammanträffade med arbetsförmedlingen. När vi ansåg att vi hade en förankring hos de berörda så gick vi vidare till att utarbeta det nya handlingsprogrammet.

Nytt handlingsprogram

Förutom de erhållna kunskaperna om det lokala arbetet och många nya idéer från seminariet hade vi en annan mycket använd bild inom försäkringskassan aktuell, nämligen kurvan över rehabiliteringspotentialen (figur 1). Den har arbetats fram av överläkare Sven Olov Krafft vid rehabiliteringskliniken i Borås. Av bilden framgår hur rehabiliteringsmöjligheterna försämras efter 3 månader.

Figur 1. Möjligheterna till rehabilitering försvåras avsevärt genom de långa väntetiderna.



Handlingsprogrammet innehöll i stort sett följande: Impulsen för utredningen lades samtidigt med att första läkarintyget kom in och det sker efter ungefär 1–2 veckor. Då gör utredaren en första bedömning av om det kan vara ett tänkt rehabiliteringsärende eller inte utifrån faktorer som arbetsförhållanden, arbetslöshet, diagnos, tidigare sjukperioder och diagnoser, sjukhistorik över huvud taget. Dessa faktorer lades samman innan man tog ställning.

Om det var ett ärende där man trodde att det skulle behövas någon form av åtgärd innan personen kunde komma igång i nuvarande eller annat arbete togs telefonkontakt med den sjuke. Telefonsamtalet syftade till att ge en positiv och serviceinriktad information. Man bestämde då när man skulle träffas för att göra den socialutredning som försäkringskassan gör i så gott som alla sjukfall som

pågår en längre tid. Socialutredningen kunde göras vid hembesök vilket flera ville ha. I samband med utredningen diskuteras vad man inom kassan kallar sjukpenningrätten. Framför allt underströks att sjukpenningrätt inte förutsätter att man måste ligga hemma på sofflocket.

En annan diskussion som vi förde i detta sammanhang är vilken prognos den försäkrade själv tror på. Den diskussionen skrevs ner och likaså diskuteras arbetsplatsen och om det fanns några faktorer som skulle behöva ändras för att den sjuke skulle kunna komma igång i arbete igen.

Efter detta fick den sjuke själv en kopia av utredningen och han ombads att ta med den till läkaren vid återbesök och att de också skulle föra en prognosdiskussion.

Efter återbesöket har försäkringskassan och läkaren telefonkontakt och cirkeln är liksom sluten beträffande prognosdiskussionen. Därefter upprättas en arbetsplan för hur man skall gå till väga för att få till stånd de åtgärder som man tror behövs.

Handlingsprogrammet i praktiken

Under våren 1985 har vi under 3,5 månaders tid studerat hur det här programmet har omsatts i praktiken. De två assistenterna vi haft i Hallsberg har arbetat med 1/3 av samtliga inkomna läkarintyg på nya sjukfall och följt programmet. De fyra centrala

punkterna i programmet är

- tidig impuls
- aktiv medverkan av den sjuke
- tidig prognosbedömning
- informellt

De erfarenheter vi har fått hittills pekar på att det nya programmet har stora fördelar jämfört med den traditionella handläggningen. Vi har fått positiva reaktioner både från den sjuka själva, från läkarna, från en del arbetsgivare och framför allt från våra egna anställda. Den försäkrade är motiverad och aktiv runt sin egen rehabilitering från början. Vi kan se i några fall att det har gått väldigt bra. Tex har några som blivit omplacerade på nya arbetsuppgifter varit åter i heltidsarbete efter 3–4 månaders sjukskrivning. Vi har tomt ett ärende där en försäkrad varit åter i nya arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare innan vi skulle erhållit någon impuls över huvudet taget om vi hade följt den traditionella handläggningen.

Spridning

Vi vet inte exakt hur vi ska sprida dessa erfarenheter men i det forum där vi redan har presenterat rönen så har de blivit väldigt positivt mottagna. Vi menar att det är en fördel att vi har försökt att hålla oss lokalt – att vi har tagit fram lokala kunskaper och att vi har arbetat med de organ som finns i Hallsberg. Vi har sett ganska stora spin-off-effekter på hur varje organ lyfter fram rehabiliteringen och ompröva sitt arbete med långa sjukfall.