

Att ta tillvara förmåga trots begränsning - intervention med case management metodik

Elsy Söderberg¹ och Heléne Thomsson²

¹ MPH, M Dr., Avdelningen för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings Universitet. ² Fil Dr., psykolog och konsult vid Transferens AB. Kontakt: helene.thomsson@transferens.se

Syftet med interventionsprojektet "Rehabilitering till arbete" var att anlägga ett salutogent synsätt, att pröva en case management metod, the Strengths model, för att stödja återgång i arbete. Målgruppen i projektet var långtids-sjukskrivna kvinnor och män. Motsvarande antal sjukskrivna ingår i en kontrollgrupp med traditionell rehabilitering. Interventionen avslutades 1 januari 2008, följs upp efter arton månader för att utvärdera effekter. Här redovisas, baserat på intervjuer med case managers och arbetsgivarrepresentanter, en processutvärdering. Resultaten visar att arbetsgivarrepresentanterna ansåg att metoden bidrar till mobilisering, och att den kan vara användbar såväl i utveckling av hälsosamma arbetsplatser som i individuellt stöd till sjukskrivna. Case managers ansåg att ett helhetsperspektiv på personen som behöver stöd bättre tar tillvara ambitioner, engagemang och förmåga än vad en traditionell diagnos- eller sjukdomscentrerad ansats förmår göra.

The intervention project applied a case management method, the Strengths model, aimed at investigating whether this approach is helpful in supporting return to work among long-term sick-listed women and men. Traditional return-to-work measures were applied in a control group. The intervention was finished in January 2008, to be followed up regarding effects eighteen months later. A process evaluation was performed based on interviews with representatives of the employers and case managers. The results showed that the employers considered the Strengths model to be useful in developing healthy workplaces and very supportive in the return-to-work process of the individuals respectively. Case managers assessed that applying the Strengths model was very helpful in taking advantage of the ambitions, wishes and abilities of each individual.

Bakgrund

Renodling av sjukförsäkringen

Sjukskrivning är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården, samtidigt som Socialstyrelsen konstaterat [1, 2] att arbetet med sjukskrivningar, som en av hälso- och sjukvårdens möjliga åtgärder att vidta i samband med vård och behandling av en patient, ska kvalitetssäkras och bedömas utifrån samma kriterier som annan vård och behandling. Enligt lagen om allmän försäkring (AFL) är det grundläggande att en person lider av sjukdom och att sjukdomen sätter ned arbetsförmågan för att rätten till sjukpenning ska vara uppfylld. I AFL finns emellertid ingen definition av begreppet sjukdom. Varje ärende ska alltid bedömas med hänsyn till förhållandena i det enskilda fallet [3]. Den s.k. renodlingen av försäkringen har medfört att diagnosens betydelse har ökat vid bedömningen av arbetsförmågan. Detta blir särskilt påtagligt när det gäller det slags sjukdomar eller besvär som är svåra att fastställa objektivt och som ofta ges så kallade symtomdiagnoser. Exempel på sådana sjukdomar är olika former av värktillstånd i rörelseapparaten utan påvisbara skador eller andra medicinska fynd. Lagstiftningen tillhandahåller ramar som i förstone tycks tämligen detaljerade och preciserade men som vid närmare granskning visat sig ge utrymme för en relativt vidsträckt norm avvägning på tillsyns- och tillämparnivå [4].

Många olika aktörer är inblandade

Under senare år har diskussionen om tillämpning och kvalitetsfrågor i sjukskrivningsprocessen återspeglats i offentliga utredningar [5, 6] liksom i vetenskapliga artiklar [7-9]. Under samma period har fasta tidsgränser och striktare bedömning av sjukförsäkringsreglerna börjat tillämpas på Försäkringskassan [10] och myndigheten har successivt etablerat ett intresse för försäkringsmedicin och dess betydelse för beslutsfattandet i t.ex. sjukförsäkringen [11]. Därtill har Arbetsförmågutredningen [12] redovisat att det tycks behövas annan kompetens än den rent medicinska i samband med att en sjukskrivning blir längre än 180 dagar. När en person behöver vara sjukskriven är många olika aktörer inblandade [13]. Dessa aktörers verksamhet har ofta olika mål, olika uppgifter och styrs av olika lagar, exempelvis reglerar lagen om allmän försäkring (SFS 1962:381) sjukförsäkringens villkor för att en person ska beviljas rätt till sjukpenning, på motsvarande sätt regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) hur hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning, behandling och rehabilitering ska utföras. Arbetsgivarens ansvar regleras bl.a. av Arbetsmiljölagen (AML 1977:160) avseende rehabiliteringsåtgärder och arbetsanpassning.

Olika synsätt hos aktörerna

Olika synsätt på arbetsförmåga leder till olika förhållningssätt hos individen, hos chefer och arbetsgivare, liksom hos samhällsaktörerna. Det har visat sig att den sjukskrivne individen

tycks ha mycket begränsade möjligheter att komma till tals eller vara delaktig i en samordnad process. Detta kan tyckas motstridigt med tanke på att individen behöver få möjlighet att axla en aktiv roll i sin rehabiliteringsprocess [14]. En annan fråga är i vilken utsträckning bemötande från de professionella hos hälso- och sjukvården, på försäkringskassan, hos arbetsgivare påverkar sjukskrivningsprocessen för den enskilde [15]. Detta rör sig alltså inte om orsaker till sjukdom eller skada utan om vad som därefter kan påverka sjukdomsförloppet. Därutöver visar ett antal studier att det tycks finnas en skillnad i hur kvinnor och män bemöts, och att denna skillnad ofta är till nackdel för kvinnorna, t.ex. främjar långa sjukskrivningar hos kvinnor [16-18].

Studier om case management som mobiliserande metod

Eftersom case management modeller i huvudsak har använts på psykiatriska patienter har forskningen varit koncentrerad kring frågor som rör patienter på sjukhus, kliniska och sociala effekter som t ex självständigt boende. Det finns dock några studier [19, 20], som visar att patienter som har varit föremål för den case management modell som benämns the Strengths model i större utsträckning, uppnår bättre fysisk hälsa och är mer tillfreds med sina fritidsaktiviteter jämfört med patienter som varit involverade i andra case management modeller. En svensk studie [21] på arbetslösa långtidssjukskrivna med nacke/axlar eller längdryggsbesvär, visar att de som blev föremål för reha-

bilitering, enligt the Strengths model, minskade behovet av sjuksättning, tolv månader efter avslutad rehabilitering, i större utsträckning än de som var föremål för en traditionell arbetslivsinriktad rehabilitering.

Roessler och Rubin [22] har genomfört en litteraturstudie inom området case management, det framgick att the Strengths model har varit föremål för sex vetenskapliga studier. Samtliga redovisade positiva resultat avseende höjd livskvalitet och förbättrad arbetsförmåga. En fallstudie [23], med case management metodik, som omfattade tio deltagare redovisade att sju personer hade minskat sin sjukfrånvaro, ökat kontakten med arbetslivet samt även rapporterade förbättrad livskvalitet. Det finns behov av longitudinella studier med större studiepopulationer.

Interventionsprojekt enligt Strengths model

Syftet med interventionsprojektet var att stödja personer som var sjukskrivna i att identifiera, och använda sina egna och arbetsplatsens resurser. Studien är godkänd av etisk kommitté vid Hälsouniversitetet, Linköping och finansierad av Europeiska Socialfonden, Växtkraft Mål 3.

Interventionen har baserats på de utgångspunkter som finns i Strengths model [24] med inriktning på förmågor/möjligheter och inte på det ”sjuka”, att relationen mellan Case managern och den sjukskrivna är central, att insatser bygger på den sjukskrivnas självbestämmande, att aktivt uppsökande verksamhet är det arbetssätt

som föredras.

Arbetsättet genom hela rehabiliteringsprocessen utgår från orden *"kan klara av"*. En av grundstenarna är tilltron till den sjukskrivnas självbestämmande när det gäller form, inriktning och innehåll i de insatser som ges. I planeringen av åtgärder ingår en kartläggning av individens starka sidor och förmågor. Denna görs strukturerat för att samla information om personens starka sidor och att det skapas en helhet av de olika delarna. Som längst har det varit möjlighet att delta i interventionen under ett år.

Metod och material

Den här redovisade utvärderingen undersöker erfarenheter hos case managers och arbetsgivarrepresentanter som har/har haft deltagare i projektet.

Datainsamlingen har skett genom intervjuer, enskilt och i grupp, och genom fokusgrupper. Intervjuerna har genomförts av en forskare (HT), utan anknytning till projektet men med mångårig erfarenhet av interventioner, och forskning [25-27]. I fokusgruppen med case managers och med näringslivs- och arbetsgivarrepresentanter var frågeområdena desamma. I arbetsgivarrepresentanternas omfattades också erfarenheter, och motiv för att engagera sig i användandet av modellen. Flera av arbetsgivarna ingick i s.k. arbetsgivarringar.

Alla samtal spelades in och transkriberades ordagrant. Den metod som använts är reflexiv till sin natur och de resultat som presenteras bygger på

reflekterande dialoger i fokusgrupper och enskilt, samt intervjuer med både öppna och strukturerade frågor. Studien är genomförd med största möjliga etiska hänsynstaganden, vilket är av stor vikt eftersom case managers arbetar under tystnadsplikt. Detta innebär att utsagor och uppgifter där någon person, arbetsgivare eller annan enskild person kan identifieras har hanterats genom att identifierbara uppgifter uteslutits eller omsorgsfullt ändrats.

Av de sjukskrivna som deltog i interventionen var 61 procent kvinnor och 39 procent män. Fyrtio procent arbetade inom tillverkningsindustrin, 30 procent inom vård och omsorg, och den resterade knappa femtedelen inom storhushåll- och transportnäring. Nästan hälften var sjukskrivna på grund av psykiska symptom/besvär och nästan lika många på grund av besvär från rörelseorganen. För att underlätta läsningen används i fortsättningen CM som förkortning för case Manager. Resultaten avseende effekter och självskattad arbetsförmåga kommer att analyseras och redovisas 18 månader efter att projektet avslutats, på samma sätt analyseras resultaten från kontrollgruppen.

Resultat

Det går att nå de som andra gett upp hoppet om

Både CM och arbetsgivarringarnas representanter trycker på det faktum att deltagarna i projektet ofta är personer som andra har "misslyckats" med att hjälpa. Det är ofta personer som an-

dra har gett upp hoppet om, som gått djupt in i sin sjukroll och som kanske tappat tilltron till både sig själva och omgivningen.

När CM ombeds ge en bild av sina klienter så menar de, utan att gå till sina papper och kontrollera, att många nog är kvinnor någonstans mitt i livet. Att många har en blandning av försлитningsskador, psykiska problem och ett krävande privatliv. Många har kort skolgång och mångfasetterad och långdragen problematik i bagaget. Inte alltför sällan har de sin bakgrund i kvinnodominerad verksamhet som vård och omsorg. Men där finns också andra, yngre och från helt andra verksamheter, både kvinnor och män.

En viktig del i CM:s arbete är att se de friska delarna hos en person som har olika medicinska diagnoser. De ska inte hjälpa klienten att bli av med ohälsa, de ska hjälpa klienten att nyttja det som är friskt på ett konstruktivt sätt. Konstruktivt måste i detta sammanhang betyda framgångsrikt i syfte att återgå i arbete.

I arbetsgivarringarna är man imponerad av detta arbete: *"Vad vi ofta har gjort i våra rehabiliteringsutredningar, det är att man fokuserar, man reder i det som är sjukt hos individen för att se vad man kan bita istället. Och så kommer då de här CM in och ställer allting på sin ända och engagerar sig inte i det som är sjukt utan lyfter sånt som är friskt. Och samma tänk som vi har suttit och haft så länge har ju egentligen Försäkringskassan haft också."*

Arbetsgivarringarnas representanter menar att alla, läkare, kollegor, vänner familj har fokus på det "sjuka" när en person har varit sjuk länge. Tanken på att ta vara på det friska känns lockande. CM berättar om hur de försöker hjälpa de klienter de har att plocka fram och fundera över vad som trots ohälsan fungerar i livet och hur det blir till en positiv kraft. De menar att de på så sätt kan stötta personen i att övervinna den begränsade livssituation de upplever sig ha hamnat i. De berättar för varandra i fokusgruppen om klienter de haft och hur modellens positiva fokus kan göra gott. En CM berättar om en klient som sagt att:

"det kändes så bra när jag gick här ifrån förra gången, för du frågade mig hur mycket frisk jag var. Den frågan har inte jag tänkt på flera år. Jag har inte varit frisk."

CM menar att modellen är intressant eftersom den enligt dem kräver en så pass liten insats trots allt, och ger så stora resultat för enskilda människor. Arbetsgivarringarnas representanter säger att det framför allt är när det inte längre handlar om sjukdomar i själva rörelseapparaten som det är så svårt med rehabiliteringsärenden. De poängterar att deras insatser lyckas bäst när de kan få den sjukskrivna personen att inse att deras liv är en sammansatt helhet som man måste hantera just som en helhet.

Möjlighet att driva sin egen rehabilitering

"När man är sjukskriven länge lägger man ner hela hälsoprojektet för sig själv", säger en av arbetsgivarringarnas representanter och menar att det kanske inte är så konstigt. Diagnosen läkaren satt blir lätt ens identitet. Det sjuka och det omöjliga kan bli det enda man ser. De andra känner igen detta. Det kan vara svårt att bryta detta läge och därför är det bra att CM så starkt trycker på att det är individen själv som måste driva sin egen rehabilitering, menar de. De säger att CM ställer krav, hjälper till att formulera mål och följer upp. Den sjukskrivna som har en CM får inte vara ifred, de tvingas med små medel att ta tag i saker. Det är bra menar arbetsgivarrepresentanterna och menar att de själva inte har någon möjlighet att arbeta på det sättet. En av arbetsgivarringarnas representanter säger att man kommer långt bara genom att få den sjukskrivna att se att rehabiliteringen måste drivas framåt av dem själva, att se att de är subjekt i sina egna liv och inte kan inta en s.k. offerposition i sitt liv. Hon säger:

"Jag tror just att bitta den drivkraften, för det är den som oftast saknas när de blir liggandes på soffan. De får hjälp att bitta den."

Traditionellt har människor med längre tids sjukskrivning nog haft känslan av att rehabiliteringen är något som ska skötas av någon annan, som Försäkringskassan eller arbetsgivaren. Men nu gäller eget ansvar till stor del, och det är positivt menar de. *"Individen har varit en bricka i spelet, sällan utsedd till den ansvariga för processen",* säger en av arbetsgivarringarnas representanter.

Helhetssyn

Arbetsgivarringarnas representanter menar att modellen är användbar långt utanför det man testat i interventionsprojektet. *"Alltså den är ju användbar på allt tycker jag. Det är det som är så spännande",* säger en av arbetsgivarringarnas representanter. CM menar att det är få instanser som har en helhetssyn och att många som fastnat i långa sjukskrivningar behöver just detta. Både CM och arbetsgivarringarnas representanter är eniga om att det är viktigt med struktur och tydlighet. Den sjukskrivna individen måste förstå vad arbetsmetoden innebär och vad CM kan leda upp till. Det måste också vara klart att det är en rehabiliteringsinsats som syftar till återgång i arbete, att den sjukskrivna därmed har skyldighet att ställa upp och ta sitt ansvar, menar de. Den sjukskrivna person som erbjuds en CM måste förstå att det är ett givande och tagande som kan leda fram till nya möjligheter. Om modellen används på detta sätt, med tydligt uttryckta krav och förväntningar från allas håll, då är detta en suverän modell säger de.

Några slutsatser

I resultaten framkom att perioder av passivitet och väntan inte var ovanliga i samband med att en sjukskrivning pågick under en längre period. Enligt nya lagstiftningen ska dessa perioder bli kortare [28], men frågan om vilka metoder som leder till hållbara resultat, torde vara lika aktuell. Det har t.ex. visat sig att en "ideal klient" i sjukförsäkringen ofta synes vara en person som "är motiverad" [29], eller mest påminner om en man, med sta-

dig förankring på arbetsmarknaden och en stabil inkomst [30]. För att ta tillvara såväl kvinnors som mäns förmåga till arbete behövs mera kunskap om hur sjukskrivningspraxis påverkar möjligheten att åter kunna arbeta. I en studie av kompetensförsörjning och rörlighet inom och mellan organisationer framkom att t.ex. arbetsgivar-ringar synes vara en resurs då inget annat lyckats i rehabiliteringsarbetet [31], även om det också pekades på att dessa inte är tillräckliga för att öka medverka till rörlighet på andra grunder.

För att närmare förklara sambandet mellan sjukfrånvaro, interventionsinsatser och återgång i arbete behövs mera forskning om verk samma mekanismer i interventionsprojekt liksom kunskap om individens eget perspektiv och arbetsplatsens betydelse för att möjliggöra arbete även för de som, under en kortare eller längre period, har en begränsad förmåga till detta.

Referenser

1. Socialstyrelsen. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. 2006: Stockholm.
2. Socialstyrelsen and Försäkringskassan. Utformning av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig, och rättssäker sjukskrivningsprocess. 2006: Stockholm.
3. SOU, Socialvårdskommitténs betänkande VII: Utredning och förslag angående Lag om Allmän sjukförsäkring. 1944: Stockholm.
4. Söderberg, E. Society-based strategies and management routines aimed at promoting return to work, in Strategies for health, P. Nielsen, Editor. 2007, Department of Health and Society, Linköping University: Linköping.
5. Socialdepartementet. Uppdrag att utforma en mer enhetlig och kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess 2005: Stockholm.
6. Socialdepartementet. Uppdrag att fullfölja arbetet med de försäkringsmedicinska riktlinjerna. 2007.
7. Engblom, M., et al. 'Inte doktors bord' - ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer (Common dilemmas in sickness certification)(In Swedish), in Läkartidningen. 2005. p. 3666-3674.
8. Arrelöv, B., et al. Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. BMC Public Health, 2007;7:273. BMC Public Health, 2007. 7: p. 273.
9. Söderberg, E. I gränssnittet mellan medicinsk praxis och försäkringsrättslig bedömning. Socialmedicinsk Tidskrift, 2007. 84: p. 393-401.
10. SOU. Försäkringskassan. 2004; Socialdepartementet: Stockholm.
11. Försäkringskassan. Försäkringskassans policy inom området Försäkringsmedicin. 2009.
12. Socialdepartementet. SOU 2009:89.Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/medicinskaförutsättningar/försörjningsförmåga. 2009.
13. Söderberg, E. Sickness Benefits and Measures Promoting Return to Work - Perspectives of Different Actors, Department of Health and Society. 2005, Linköping Universitet: Linköping
14. Ekberg, K. and U. Sebrandt. Återgång i arbete. Rehabiliteringsprocessen i teori och praktik. 2007, IHS rapport 2007:2, Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings Universitet.
15. Müssener, U., T. Svensson, and E. Söderberg. Vilken betydelse har positivt bemötande för återgång i arbete? Socialmedicinsk Tidskrift, 2009. 86.
16. Kilbom, Å.. Evidence-based program for the preventing of early exit from work. Experimental Aging Research, 1999. 25(4): p. 291-299.

17. Ekenvall, L., et al. Kvinnan i den vetenskapliga studien - finns hon? *Läkartidningen*, 1993. 90(43): p. 3773-3776.
18. Alexanderson, K. An assessment protocol for gender analysis of medical literature. *Women & Health*, 1999. 29(2): p. 81-98.
19. Macias, C., et al. Case management in the context of capitation financing: An evaluation of the strengt model. *Administration and Policy in Mental Health*, 1997. 24(6): p. 535-543.
20. Modrcin, G.S., C.A. Rapp, and J. Poertner. The evaluation of CM services with the cronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 1988. 11: p. 307-314.
21. Marnetoft, S.-U., et al. Multidisciplinary vocational rehabilitation focusing on work training and case management for unemployed sick-listed people. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2000. 23(4): p. 271-9.
22. Roessler, R.T. and S.E. Rubin. *Case management and Rehabilitation Counseling - Procedures and Techniques*, 3rd edn. 1998, Austin.
23. Selander, J. and S.-U. Marnetoft. Case management in vocational rehabilitation. A case study with promising results. *Work*, 2005. 24(3): p. 279-290.
24. Rapp, C., A. The Strengths Model. *Case Management with People suffering from Severe and Persistent Mental Illness*. 1998, New York: Oxford University Press.
25. Thomsson, H. Women's opportunities for well-being, in *Department od psychology*. 1996, Stockholm University: Stockholm.
26. Hallman, T., et al. Stress, burnout and coping – differences between women with coronary heart disease and healthy matched women. *Journal of Health Psychology*, 8, 433-445, 2003.
27. Elvin-Nowak, Y. and H. Thomsson. Motherhood as idea and practice. A discursive understanding of employed mothers in Sweden. *Gender & Society*, 15, 3, 407-428, 2001.
28. Socialdepartementet. Proposition 2009/10:45 Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen, mm i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete. 2009: Stockholm.
29. Söderberg, E., V. Vimarlund, and K. Alexanderson. Experiences of professionals participating in inter-organisational projects aimed at promoting RTW among unemployed sickness benefit recipients. *Work, A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*. In press, 2009.
30. Marklund, S. and S. Svallfors. Valfärd efter prestation - om arbetstvång inom socialförsäkringen. *Nordisk Sosialt Arbeid*, 1986. 4: p. 17-32.
31. Gustavsson, M., J. Barajas, and K. Ekberg. *Kompetensförsörjning och rehabilitering - rörlighetens två stuprör. En studie av rörlighet inom och mellan organisationer, IHS rapport 2007:5*. Institutionen för Hälsa och Samhälle, Linköpings Universitet.