



Bättre rehabilitering med individen i centrum

Arbetsplats: Kärnsjukhuset, Landstinget Skaraborg, Skövde

Kontaktperson: Eva Johansson, tel. 0500-310 00

**Arbetslivsfondens
handläggare:** Ingvar Karlsson, Skaraborgs län

Skribent: Ingemar Svensson

Sammanfattning: Arbetsplatsprogrammen på Kärnsjukhuset i Skövde berör ett antal olika områden inom sjukhuset. Man kan konstatera att man kommit mycket långt, inte minst vad det gäller minskning av sjukfrånvaron. Man har också kunnat konstatera hur tillkommande besparingskrav för sjukhuset försvårat och tidvis stoppat upp ett annars positivt förändringsarbete. Det här projektet rör en utveckling av rehabiliteringspolicyn mot ett individriktat arbetssätt.

Bakgrund

Kärnsjukhuset i dagligt tal kallat för KSS är det största sjukhuset i Skaraborgs län med 676 vårdplatser. Det fungerar dels som länssjukhus för Skaraborgs 270 000 invånare, dels som länsdelssjukhus för kommuninnevånarna i Skövde, Gullspång, Mariestad, Töreboda, Karlsborg, Tibro och delvis Skara.

Länssjukvårdens organisation har hela tiden förändrats sedan mitten på 1980-talet.

1988 beslutade Länssjukvårdsnämnden i Skaraborg att samtliga kliniker och basenheter inom länssjukvården skulle utgöra DEA-kliniker (DEA = Decentraliserat Ekonomiskt Ansvar).

Den 1 januari 1991 infördes en decentraliserad organisation med endast beslutsnivåerna: sjukhusdirektör - klinikchef / basenhetschef- arbetsledare.

Från 1993 är sjukhuset indelat i 10 verksamhetsområden där varje område leds av en chefsöverläkare eller motsvarande.

Dessa ingår i sjukhusledningen tillsammans med sjukhusdirektör och chefsläkare.

Det totala antalet anställda vid Kärnsjukhuset var vid utgången av 1993 = 2642 personer fördelat på 423 män (16 procent) och 2219 kvinnor (84 procent).

Sjukfrånvaron vid sjukhuset - beräknat på samtliga anställda - var under 1992 = 16,6 dagar per anställd och år fördelat på korttidsfrånvaro = 5,8 dagar per anställd och år och långtidsfrånvaro = 10,8 dagar per anställd och år. Under åren 1990-92 har den totala sjukfrånvaron minskat med 5,4 dagar per anställd och år.

Antalet anmälda arbetsskador för 1990 och 1992 är 58 respektive 95 stycken. På grund av definitionsmässiga förändringar är det inte relevant att jämföra arbetsskadestatistiken mellan enskilda år.

Från 1991 till 1995 har det inom Kärnsjukhuset genomförts totalt tio arbetsplatsprogram med bidrag ifrån Arbetslivsfonden.

Arbetsformerna för rehabiliteringsarbete av långtidssjuka var under 1980-talet utvecklade. Arbetsledarna var inte tillräckligt motiverade och engagerade i fråga om att ta tag i de långtidssjukas problem. Ärendet hamnade i stället hos personalsekreteraren som i sin tur saknade de bakomliggande omständigheterna vid arbetsplatsen.

I början av 1990-talet provades sysselsättningsgrupper som ett led i rehabiliteringsarbetet av långtidssjuka. Syftet med sysselsättningsgrupperna var att få de långtidssjukskrivna i arbete eller pension. Två frikopplade heltidsarbetande sköterskor tjänstgjorde som ledare för grupperna. Erfarenheterna ifrån projektet ledde fram till att sjukhuset tillsammans med Landstingshälsan gjorde en total kartläggning av de långtidssjukas situation.

Mål

Den av sjukhuset och Landstingshälsan genomförda utredningen kring de långtidssjukas situation stod klar 1991 och detta arbete låg sedan till grund för ett arbetsplatsprogram där återrehabilitering av långtidssjuka var tänkt att bli ett bra komplement till huvudansökan dnr 54/91 (arbetsledarutveckling). I arbetsplatsprogrammet trodde sig arbetsgivaren kunna rehabilitera 22 långtidssjukskrivna. Målet för projektet var att antalet sjukfrånvarodagar (långtid) skulle minska med 2800 dagar/år vilket skulle innebära en besparing för försäkringssystemen med 2,5 miljoner kr/år

De inledande kontakterna med Arbetslivsfonden upplevdes som strikta, korrekta och i överkant formella. Under projektarbetets gång har umgängesformen blivit lättare vilket också lett till ökad flexibilitet.

Genomförande

Rehabiliteringsarbetet har genomförts i nära samarbete med Försäkringskassan och Landstingshälsan. Från början beräknades genomförandetiden till två år. Efter samråd med Arbetslivsfonden har projekttiden förlängts med ytterligare två år fram till och med mars 1995. Under projektarbetets

gång har ytterligare tre rehabiliteringsplaner involverats i arbetsplatsprogrammet som då totalt kom att omfatta 25 individuella rehabiliteringsplaner.

Rehabiliteringsarbetet följer de riktlinjer som antogs 1991:

* För att rehabilitering ska lyckas måste man utgå från individens behov/ förutsättningar.

* Arbetsledaren har ett långtgående ansvar för de anställdas hälsa. Där är i första hand arbetsledarens ansvar att uppmärksamma tidiga signaler kring kort- och långtidssjukskrivningar.

* När arbetsledaren tömt möjligheterna att omplacera eller förändra arbetsuppgifterna tar personalsekreteraren vid och kallar till planeringssamtal med den sjukskrivne + arbetsledaren + Försäkringskassan + Landstingshälsan.

Resultat

Under tre års projektarbete har 10 av totalt 25 planerade rehabiliteringsplaner avslutats. Därav har:

- tre personer återgått i arbete,
- sju personer har fått sjukbidrag/förtidspension.

Antal pågående rehabiliteringsplaner är 15.

Värdering/problem

Arbetsgivarens företrädare:

Allt rehabiliteringsarbete tar lång tid och det krävs att man har tålamod. Alla arbetsledare måste ta sitt ansvar och ta tag i tidiga signaler. Som konsekvens av att DEA genomförts på klinisk nivå måste arbetsledarna förstå att det är den egna avdelningen som fortsättningsvis ska betala de anställdas sjukskrivningar och ohälsa. Detta är fortfarande ingen självklarhet och problemområdet behöver utvecklas.

Fackliga företrädare:

Allt rehabiliteringsarbete tar lång tid. Det har blivit mycket tuffare ute på arbetsplatserna. Idag måste individens pres-

tationsförmåga vara 100% annars platsar hon/han inte i arbetslaget. Med hänsyn till prestationskraven har det blivit svårare att rehabilitera långtidssjuka tillbaka ut i arbetslivet. Varje klinik måste ta sitt ansvar när det gäller de långtidssjukas situation och kostnaderna för ohälsa.

Sammanfattning

Erfarenheterna ifrån rehabiliteringsarbetet har visat hur viktigt det är att berörd lång-

tidssjuk och arbetsledning själva finns med när det ska beslutas om åtgärder som hon/han sedan ska utföra. Rehabiliteringsarbete är inte så dyrt att bedriva ställt mot det ekonomiska utbytet. 10 st avslutade rehabiliteringsplaner har kostat arbetsgivaren 184 kkr vilket är en bråkdel av besparingseffekterna för arbetsgivaren och framför allt för försäkringssystemen.

	<i>Före</i>	<i>Minskning</i>	<i>Mål</i>	<i>Verkligt</i>
<i>Antal arbetsskador</i>				
<i>Sjukfrånvarodagar</i>				
<i>totalt</i>				
<i>Sjukfrånvaro/</i>				
<i>anställd</i>				
<i>Därav</i>				
<i>Korttidsfrånvaro</i>				
<i>Långtidsfrånvaro</i>				
<i>Antal ersättningsrekr.</i>				
<i>p.g.a. frånvaro</i>				
<i>Rehabiliterade</i>			22	3
<i>Påbörjade</i>				
<i>rehabiliteringar</i>	25			15
<i>Kapacitet/</i>				
<i>resursutnyttjande</i>				
<i>Ökad produktivitet</i>				
<i>Omsättning Mkr</i>				

Dnr 218/91

ISSN 1104-6449

Januari 1995