

Arbejdsrettet rehabilitering

Merete Labriola¹, Karsten Thielen², Lene Falgaard Epløv³ & Claus Vinther Nielsen⁴

STATUSARTIKEL

- 1) Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
- 2) Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
- 3) Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri
- 4) Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Ugeskr Læger
2014;176:V03140139

Arbejdet fungerer som hovedkilden til vores identitet, og denne er truet, når sygdom, afskedigelse m.m. truer arbejdsmarkedstilknytningen. Ifølge WHO er arbejde en af de vigtigste sociale determinanter for sundhed [1]. At stå uden for arbejdsmarkedet betyder ikke bare tab af indkomst og social legitimitet [2], men øget risiko for tab af velvære og sundhed [2-4]. At stå uden for arbejdsmarkedet over lang tid er associeret med dårligt helbred, risiko for marginalisering, førtidspension og for tidlig død [2-9].

I dag er mere end 800.000 borgere i den arbejdsføre alder uden for arbejdsmarkedet og modtager overførselsindkomst [10]. Der er bred enighed om, at det gældende sygdoms- og sygdomsbehandlingsfokus ikke alene kan reducere tilgangen af borgere til denne gruppe [11]. Fra politisk side er der opmærksomhed på tværsektorielt samarbejde for at fremme sygemeldtes tilbagevenden til arbejde (TTA). I regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet fra 2008 [11] anføres, at i de fleste tilfælde er et sygdomsforløb forholdsvis ukompliceret. Den sygemeldte bliver rask og fortsætter sin hverdag som før. I andre tilfælde kan den sygemeldte have behov for en indsats, hvor behandlings- og beskæftigelsessystemerne spiller tæt sammen. Sygemeldte har brug for at få afklaret deres arbejdsevne, og om og hvordan de kan vende tilbage til arbejdsmarkedet den konkrete helbreds- og arbejdssituation taget i betragtning.

I Danmark har kommunerne ansvar for evaluering af den sygemeldtes arbejdsevne, koordinering af TTA-indsatser samt tilkendelsen af kompenserende ydelser og hjælpemidler. Kommunernes opgave består også i at koordinere kommunikationen mellem sygehus, læger og arbejdsplads. Formålet med denne artikel er at give indsigt i både arbejdsrettet rehabilitering som et selvstændigt tværfagligt praksis- og forskningsfelt og give indsigt i arbejdsrettet rehabilitering som intervention, med forståelsen af intervention som et essentielt vilkår for, hvordan den sygemeldtes situation accepteres og inkorporeres i strategier for TTA.

tering som et selvstændigt tværfagligt praksis- og forskningsfelt og give indsigt i arbejdsrettet rehabilitering som intervention, med forståelsen af intervention som et essentielt vilkår for, hvordan den sygemeldtes situation accepteres og inkorporeres i strategier for TTA.

FRA REVALIDERING TIL ARBEJDSRETTET REHABILITERING

Siden 1960 og indtil for få år siden har TTA-indsatser i Danmark været omtalt som revalidering. Revalidering blev først igangsat, når den biomedicinske behandling var afsluttet, og der var konstateret et erhvervsevnetab relateret til et lægeligt begrundet funktionstab, som f.eks. krævede omskoling eller optræning. Arbejdsevne-metoden med udarbejdelse af en resurseprofil blev indført i 2003 og markerede et skift i arbejdsmarkeds- og socialpolitikken fra ret til passiv forsørgelse ved funktionstab til ret til et aktivt arbejdsliv på trods af funktionstab, dvs. frem for at se på den sygemeldtes begrænsninger, ser man på ressourser. Resurseprofilen rummede 11 psykosociale elementer af betydning for arbejdsevnen, mens de rent lægelige udgjorde det tolvte. En evaluering af arbejdsevne-metoden i 2010 viste dog, at kommunerne stadig lagde mest vægt på det lægelige element og havde alt for lidt fokus på konkrete job [12]. Revalidering er stadig en ydelse i aktivloven. I dag er der dog større fokus på andre indsatser med det samme formål. Rehabilitering er i de seneste par år blevet samlebegrebet for de indsatser, der skal bringe borgere tilbage til arbejde. For første gang er rehabilitering i 2013 i forbindelse med en ny fleksjob- og førtidspensionslov indført som begreb i dansk lovgivning [13, 14]. Som følge af denne lovgivning er der nu etableret tværfaglige rehabiliteringsteam i alle kommuner [15]. En regionalt ansat social- eller arbejdsmedicinsk læge som sundhedskoordinator er fast medlem og skal være tovholder i forhold til den sygemeldte, den regionale sundhedsfaglige indsats og den bredere kommunale indsats, der omfatter kommunens forskellige fagområder, arbejdsplads, fagforening mv. Intentionen er at nyttiggøre al arbejdsevne i befolkningen og at reducere antallet af borgere på overførselsindkomst. Effekten heraf er endnu ikke synlig. Ligeledes åbner genoptræningsplaner fra hospitalsbehandling og attester fra den

Tværfagligt rehabiliteringsteam.



primære sektor principielt mulighed for et helhedsorienteret lægefagligt bidrag til TTA. Effekten heraf er imidlertid heller ikke kendt.

Den nye reform skal bl.a. tage højde for de udfordringer, der opstår, når en patient krydser grænserne imellem fagområder, specialer og sektorer. Kvalitets-, kommunikations- og kontinuitetsbrist i et forløb for en patient med f.eks. rygbesvær kan ofte være relateret til overgangene mellem den primære og den sekundære sundhedssektor, socialsektoren og arbejdspladsen. Dette er især et problem i længerevarende sygdomsforløb, hvor den sygemeldte kommer i kontakt med mange aktører og oplever rollen som både patient, klient og sygemeldt samtidig med at være en privatperson, der for en tid ikke kan opfylde de krav, som arbejdsmarkedet stiller.

Internationalt har man arbejdet med arbejdsrettet rehabilitering som tværfagligt begreb og fagfelt. I Danmark er der i dette fagfelt ved at blive konstitueret mange professionsgrupper, herunder i de social- og arbejdsmedicinske specialer. Som forskningsfelt er arbejdsrettet rehabilitering baseret på en kombination af elementer fra traditionel medicinsk rehabiliteringsforskning [16], TTA-forskning [17] og *work disability prevention*-forskning [18]. Forfatterne anser arbejdsrettet rehabilitering i dansk kontekst for at være et selvstændigt tværfagligt praksis- og forskningsfelt, hvor målsætningen er at identificere – og vha. evidensbaserede interventioner effektivt at tage fat på barrierer og resurser for den sygemeldtes muligheder for at vende tilbage til arbejdslivet [19]. Dette kan være på det personlige plan i form af fysiske, psykologiske og sociale faktorer, på arbejdspladsen i form af konkrete forhold og krav og på det samfundsmæssige niveau i form af f.eks. fysiske barrierer, regler og lovgivning. Arbejdsrehabiliterende indsatser vedrører således ikke alene arbejdstageren, men også andre aktører og sektorer, der kan bidrage til at optimere TTA [19]. TTA kan kræve skræddersyede indsatser på det helbredsmæssige, sociale og arbejdsmæssige område.

VIDEN OM ARBEJDSRETET REHABILITERING

Overordnet er målet med arbejdsrettet rehabilitering at reducere antallet af borgere med helbedsbetegnede funktionsbegrænsninger uden for arbejdsmarkedet [20]. Forskningen i TTA har været fokus for en lang række internationale studier siden midten af 1960'erne [21]. Siden 1980'erne har der været et øget fokus på tværfaglige interventioner, men der er ikke fundet entydig evidens for, at en tværfaglig arbejdsrettet rehabiliteringsindsats er effektiv over for længerevarende sygefravær [22, 23]. Når det gælder tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for pa-

tienter med ondt i ryggen, er der nogen positiv effekt på TTA, specielt når den sygemeldtes arbejdsplads også inddrages i indsatsen [22-24]. Ligeledes er der en vis evidens for, at elementer, som er fundet effektive i den arbejdsrettede rehabilitering anvendt over for sygemeldte med rygproblemer, også er effektive, når det gælder sygemeldte med psykiske problemer [25, 26]. Imidlertid er meget af den eksisterende forskning udenlandsk, og der hersker stadig tvivl om, hvorvidt interventionerne kan overføres til danske forhold. Ved det store danske nationale TTA-projekt [27], hvor man afprøvede en systematisk, tværfaglig og teambaseret tilgang i 22 kommuner, kunne der efter en relativ kort opfølgningstid ikke påvises en entydig effekt på TTA af den afprøvede samarbejdsmodel i forhold til sygefravær (på tværs af diagnoser) [27]. Skønt evalueringen endnu ikke er afsluttet har væsentlige elementer i projektet inspireret til den ny fleksjob- og førtidspensionslovgivning.

INDIVIDUEL PLANLAGT JOB MED STØTTE

Et af tiltagene, der internationalt er fundet evidens for, er *supported employment* hos personer med svære sindslidelser [28]. Til denne målgruppe har man overordnet arbejdet med to tilgange: *pre-vocational training* og *supported employment*. *Pre-vocational training* er tiltag, hvor personen gennemgår en periode med afprøvning og træning, f.eks. i et beskyttet værksted, før vedkommende opfordres til at søge et arbejde, mens *supported employment* dækker over alle tiltag, hvor personen straks placeres i et almindeligt arbejde og modtager støtte til at varetage arbejdet. Der er evidens for, at *supported employment* har større effekt end *pre-vocational training*, når det tilbydes til mennesker med svære sindslidelser [28]. Individuelt planlagt job (IPJ) med støtte er den form for støttet beskæftigelse, der er bedst undersøgt, og hvor der er dokumenteret størst effekt [29, 30]. I kliniske randomiserede forsøg med IPJ tilbudt til borgere med svære sindslidelser har man påvist positive effekter i forhold til ansættelse på det ordinære arbejdsmarked



FAKTABOKS

For patienter med ondt i ryggen er der nogen positiv effekt på tilbagevenden til arbejde ved tværdisciplinær og tværsektoriel indsats, specielt når arbejdspladsen inddrages.

De elementer, som er fundet effektive i den arbejdsrettede rehabilitering for sygemeldte med rygproblemer gælder også for sygemeldte med psykiske problemer.

Tiltag, hvor personen straks placeres i et almindeligt arbejde og modtager støtte til at varetage arbejdet har effekt på beskæftigelsesgraden, når de tilbydes til mennesker med svære sindslidelser.

Meget af den eksisterende forskning er genereret uden for Danmark, og der hersker stadig tvivl om, hvorvidt interventionerne kan overføres til danske forhold.

[30], herunder timeantal og løn sammenlignet med andre typer af indsatser. Den overordnede filosofi i IPJ er, at hvis det rette job og de rette arbejdsomgivelser findes, kan personer med svære sindslidelser få arbejde på det ordinære arbejdsmarked uden forudgående træning, og ingen skal udelukkes fra dette [29]. IPJ-støtte hviler på principper, som bl.a. omfatter, at indsatsen skal baseres på borgerens egne præferencer og valg, og målet er beskæftigelse på det ordinære arbejdsmarked [29].

Forsøg, der tilpasses det danske velfærdssystem, dansk lovgivning, den danske regulering af arbejdsmarkedet og de aftaler, der er truffet mellem arbejdsmarkedets parter, udføres for tiden i flere randomiserede undersøgelser inden for psykiatri og onkologi.

DISKUSSION

Arbejde, som udføres under de rette forhold og er tilpasset den enkeltes resurser, er sundt og er en optimal udnyttelse af befolkningens arbejdsevne. At deltage i arbejdslivet på trods af funktionstab kræver en målrettet rehabiliteringsindsats. Denne indsats skal være rettet mod borgerens håndtering af et funktionstab, men i lige så høj grad mod borgerens muligheder på arbejdsmarkedet. En sådan indsats kræver ofte ikke bare en tværfaglig indsats, men en tværsektoriel indsats, der indeholder både biologiske, psykologiske, sociale og arbejdsrettede komponenter. Inden for en lang række faggrupper er der behov for at udvikle kompetencer i, hvorledes den optimale rehabiliteringssituation etableres mellem borger og arbejdsplads. Det kan være komplekst, da det dækker flere sektorer og institutioner med hver deres kompetencer, traditioner og kulturer.

Denne koordination halter, og der er alt for lidt involvering af arbejdspladserne, specielt når det gælder udsatte grupper med komplekse problemer. I væsentlig grad er dette begrundet i manglende forskningsbaseret viden. Reformerne på førtidspensions-, fleksjob- og dernæst sygedagpengeområdet bør ses som forsøg på at forbedre de organisatoriske rammer for arbejdsrettet rehabilitering, som dog er baseret på begrænset evidens. Hvis der skal opstå forskningsbaseret viden inden for et område, hvor problemet og løsningen eksisterer i et komplekst samspil imellem helbredsmæssige, sociale og arbejdsmæssige forhold, må praksis-forskning-samarbejdet udvikles, der må tænkes på tværs af sektorer samt forskes i effekt af nye organisatoriske tiltag.

KORRESPONDANCE: Merete Labriola, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Bartholins Allé 2, 8000 Aarhus C. E-mail: merlab@rm.dk

ANTAGET: 24. april 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Wilkinson R, Marmot M, red. WHO library cataloguing in publication data social determinants of health: the solid facts. Geneva: WHO, 2003.
2. Fryers T. Work, identity and health. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:12.
3. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005;19:655-70.
4. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? London: TSO, 2006.
5. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE et al. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ* 2003;327:364-8.
6. Kivimäki M, Forma P, Wikström J et al. Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:710-1.
7. Krause N, Dasinger LK, Neuhauser F. Modified work and return to work: a review of the literature. *J Occup Rehabil* 1998;8:113-39.
8. Lund T, Kivimäki M, Chistensen KB et al. Socio-economic differences in the association between sickness absence and mortality: the prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occup Environ Med* 2009;66:150-3.
9. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K et al. Mortality after long-term sickness absence: prospective cohort study. *Eur J Public Health* 2008;18:517-21.
10. Bryngelson A. Long-term sickness absence and social exclusion. *Scand J Public Health* 2009;37:839-45.
11. Sygefravær – en fælles udfordring. Regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet, juni 2008.
12. Evaluering af arbejdsvennemethoden. København: Discus, 2010.
13. Forlig om en reform af sygedagpengesystemet. København: Beskæftigelsesministeriet,
14. Danmarks Statistik. www.dst.dk/da/Statistik/emner/offentligt-forsroergede/16-64-aarige-offentligt-forsroergede.aspx
15. Kibsgaard KA, Larsen A, Nielsen CV. Førtidspensionsreform 2013. *Månedsskr Alm Praks* 2013;91:189-97.
16. Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Aarhus: MarselisborgCentret, 2005.
17. Lund T. Tilbagevenden til arbejde. 1-48. AMI-rapport. København: Arbejdsmiljøinstituttet, 2003.
18. Loisel P, Johannes R, Anema JR, red. Handbook of work disability, prevention and management.
19. Kibsgaard J, Labriola M. Arbejdsrettet rehabilitering – fra teori til praksis. I: Kern-Hansen L, Lund Jepsen R, Hald S, red. Lærebog i arbejdsmiljø. København: Munksgaard, 2011.
20. Waddell G, Burton K, Kendall NAS. Vocational rehabilitation what works, for whom, and when? London, 2008. www.gov.uk/government/
21. Ashworth HW. Sickness absence and return to work. *Proc R Soc Med* 1965;58:825-6.
22. Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær. www.arbejdsmiljoforskning.dk
23. Palmer KT, Harris EC, Linaker C et al. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2012;51:230-42.
24. Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats overfor patienter med ondt i ryggen. MTV rapport. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.
25. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. www.arbejdsmiljoforskning.dk
26. Briand C, Durand MJ, St-Arnaud L et al. Work and mental health: learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *Int J Law Psychiatry* 2007;30:444-57.
27. Poulsen OM, Aust B, Bjørner JB et al. Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: results from a randomized controlled trial in three municipalities. *Scand J Work Environ Health* 2014;40:47-56.
28. Campbell K, Bond GR, Drake RE. Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. *Schizophr Bull* 2011;37:370-80.
29. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Supported employment: building your program. DHHS Pub. No. SMA-08-4364. Rockville: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2009.
30. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:280-90.