

Tværfaglig rådgivning til læge, virksomhed og ansat

– konkrete redskaber til arbejdsfastholdelse

Denne rapport er udarbejdet af:

Overlæge, dr.med. speciallæge i arbejdsmedicin Henrik Nielsen
Socialrådgiver, leder Kirsten Draiby
Cand.comm., konsulent Sisse Egeberg

Tegner: Jens Voxtrup Petersen



caf Center for ArbejdsFastholdelse

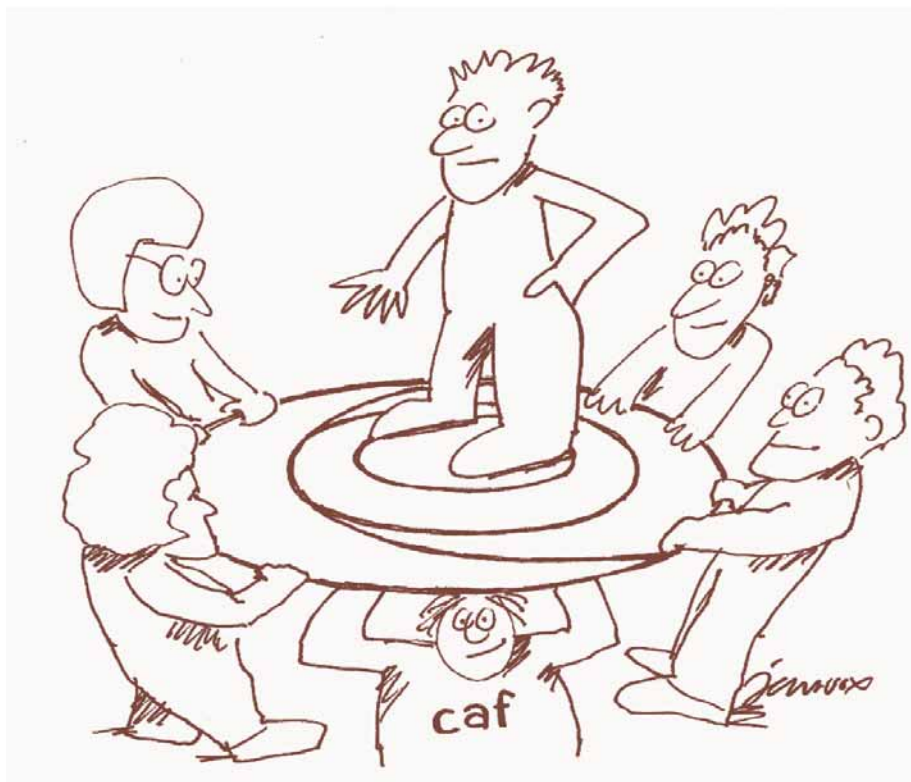
Center for Arbejdsfastholdelse (CAF)
er dannet af Arbejdsmedicinsk Klinik i
Hillerød og Trollesbo, som et tilbud
om tværfaglig støtte til arbejdsfastholdelse

Arbejdsmedicinsk klinik
Hillerød Hospital
Helsevej 2
3400 Hillerød
Telefon 48 29 35 31
Fax 48 29 47 13
E-mail: info@c-a-f.dk
www.c-a-f.dk



Resultater og perspektiver fra udviklingsprojektet:

Tværfaglig rådgivning til lægen og dennes patient



Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
2. Sammenfatning af resultater og perspektiver	4
3. Baggrund og formål	6
4. Metode.....	9
4.1 Valg af metode	9
4.2 Projektet trin for trin	10
5. Karakteristik af deltagende læger, virksomheder og personer	14
5.1 Oversigt over henvisninger	14
5.2 Læger	14
5.3 Virksomheder	16
5.4 Personer	17
6. Anvendte redskaber og fagligheder i interventionen	20
7. Resultater af arbejdsmarkedsfastholdelsen	24
7.1 Ansættelse og balance mellem helbred og arbejde	24
7.2 Helbredsforhold og tiltro til fremtiden	26
7.3 Arbejdsevne	27
7.4 Tidsfaktorer	30
7.5 Lægen om interventionen	31
8. Diskussion og perspektiver	32
8.1 Lægens rolle	32
8.2 De henviste personers vilkår	33
8.3 Virksomheden som part i processen	34
8.4 Kommunernes rolle	35
8.5 Andre aktører	35
8.6 Organisering af den tværfaglige indsats	36
8.7 Samfundsmæssige perspektiver	37
9. Referencer	39

1. Indledning

Denne rapport bringer resultater, perspektiver og anbefalinger fra udviklingsprojektet "Tværfaglig rådgivning til lægen og dennes patient". Udviklingsprojektet er gennemført i perioden 2005 – 2007 af Center for ArbejdsFastholdelse (CAF) med økonomisk støtte fra Arbejdsmarkedsstyrelsen.

Det knytter an til den af Forebyggelsesfonden beskrevne oversigt over "Tilbage Til Arbejde (TTA) initiativer" (august 2007). CAF beskæftiger sig med at udvikle nye arbejdsgange, arbejdsmetoder og kommunikationsveje, så håndtering af sygdom fra såvel arbejdsplads, myndighed og sundhedsvæsenets side styrkes, og der opnås bedre mulighed for arbejdsfastholdelse.

Fokus for udviklingsprojektet "Tværfaglig rådgivning til lægen og dennes patient" har været at give lægen mulighed for at henvise sin patient til en hurtig, koordineret tværfaglig rådgivning. At yde støtte til både patient og dennes arbejdsplads.

En henvisningsmulighed, som det har vist sig, at lægerne meget gerne har villet anvende. Resultaterne viser, at der med lægen som indgang kan skabes et fundament for en tidligere rådgivning og sammenhængende arbejdsmarkedsfastholdelse.

Vi vil gerne sige tak til de deltagende personer, praktiserende læger, hospitalslæger, virksomheder, sagsbehandlere i kommuner og i fagforeninger for et meget udbytterigt samarbejde.

Et samarbejde, som giver ny viden om en tværfaglig rådgivningsform, der virker, når man får besvær med at klare sit arbejde på grund af helbredet.

Den 2. januar 2008
Center for ArbejdsFastholdelse (CAF)

2. Sammenfatning af resultater og perspektiver

Over en 2 årig periode har Center for ArbejdsFastholdelse (CAF) afprøvet en tværfaglig og tværsektoriel model for arbejdsfastholdelse i samarbejde med praktiserende læger og virksomheder.

Udviklingsprojektets formål har været at afprøve nye arbejdsgange og muligheder for hurtig, kvalificeret handling ved en sammenhængende håndtering af sygdom og arbejde: At guide læger, virksomheder og ansatte i en omstillingsproces, dvs. at:

- give lægen flere handlemuligheder, når denne møder en patient, der har besvær med at klare sit daglige arbejde
- yde en hurtig, koordineret og tværfaglig støtte til den sygdomsramte og dennes arbejdsplads
- styrke kommunikationen mellem virksomhed, myndighed og sundhedsvæsen.

■ Lægen skal have en handlemulighed

Fra april 2005 til december 2006 har praktiserende læger og udvalgte sygehuslæger i det tidligere Frederiksborg amt henvist 164 personer til CAF. Kriteriet for henvisning var, at personen havde en ansættelse og havde "svært ved at klare sit daglige arbejde pga. helbredsproblemer". Alle ca. 250 praktiserende læger blev skriftligt informeret om muligheden, efter at projekt og fremgangsmåde var diskuteret med udvalgte praktiserende læger på 3 lokalgruppemøder. I alt 77 praktiserende læger og 8 hospitalslæger har i perioden medvirket i projektet, de fleste med en enkelt eller få henvisninger.

Der har været en meget høj deltagerprocent, idet 145 ud af de 164 henviste personer valgte at indgå i projektet (88 %), hvilket bl.a. kan skyldes, at de var henvist fra lægen samt at CAF tilbød den første samtale med meget kort varsel. En hurtig reaktion på en henvisning har betydet, at både læge og person føler sig taget alvorligt og respekteret. Dette fremgik tydeligt ved de 126 foretagne telefoninterview og de 83 genbesøg hos lægen på evalueringstidspunktet.

Lægerne vil gerne henvise til rådgivning, men ønsker ikke selv at udføre arbejdsmarkedsrådgivning.

Lægerne vil gerne i dialog omkring deres patienter for at kunne støtte dem i forløbet og lære om muligheder for arbejdsfastholdelse. Der stilles stigende krav til lægerne. Skal lægen tage et ansvar, fordrer det at lægen har en handlemulighed. Gives lægen denne handlemulighed, viser projektet, at det betyder en langt tidligere indsats for arbejdsfastholdelse.

■ Mulighed for at handle før sygemelding

Det har vist sig muligt at gennemføre en tidlig arbejdsfastholdelse, før der opstår væsentligt sygefravær. I alt 30 % var slet ikke sygemeldt (og gik således på arbejde med besvær). 41 % havde været sygemeldt i 0-2 måneder og kun 28 % af alle var helt eller delvist syge i mere end 2 måneder ved henvisningen.

Praktiserende læger kan, i kraft af deres faglige vurdering af funktion, bedømme, om en patient har "besvær med at klare arbejdet". Personernes arbejdsevne blev af CAF ved henvisningstidspunktet vurderet til under halvdelen af det normale og bedredes med næsten 100 % i løbet af de gennemsnitlig 16 måneder, der gik fra indgang i projektet til tidspunktet for evaluering.

Resultaterne viser en meget stor interesse for projektet, der har dækket bredt, hvad angår de deltagende læger og i forhold til de henviste personers fordeling på alder (20-61 år), uddannelse, fag, arbejdsfunktioner (90 forskellige titler) og brancher.

Blandt de henviste var der en stor andel af kvinder (79 %) i forhold til mænd (21 %). De var ansat på 110 forskellige arbejdspladser og bosat i 20 forskellige kommuner.

Der er ikke registreret egentlige diagnoser, men bevægeapparatsbesvær var den hyppigste årsag til besvær (52 %), dernæst stress, depression og angst (37 %), medens andre årsager (hjerter-, lungesygdomme, kræft og andet) udgjorde 11 %.

■ Guide i en omstillingsproces – anerkendelse og handling

Holdbare løsninger og omstillinger tager tid.

Neutral rådgivning, opfølgning og en mulig plan for fremtiden skaber ro om sygdomsforløb og mulighed for arbejdsfastholdelse. Både for personen og virksomheden.

Selvurderet helbred, daglig funktion og tiltro til fremtiden var steget signifikant på evalueringstidspunktet. Balance mellem helbred og arbejde skønnedes af person og CAF at være opnået hos 76 % og varigheden det tog at finde en løsning var i gennemsnit 7 måneder.

I alt 95 (75 %) havde en ansættelse på evalueringstidspunktet, halvdelen med samme arbejde og i samme afdeling af virksomheden som tidligere. For hovedparten med en anden og mindre belastende måde at udføre arbejdet på. Resten med nye opgaver eller i en helt anden virksomhed.

At der var tale om svær påvirkning af arbejdsevnen hos nogle kan ses af, at der blev tilkendt 17 nye fleksjob og ydet personlig assistance til 7.

Blandt de 31 (25 %) ikke ansatte, var nogle på vej mod andet arbejde, midlertidigt arbejdsløse, sygemeldte, på barsel eller under revalidering. 1 var gået på efterløn og 2 førtidspensioneret.

Det kendskab vi har fået til forløbene gennem projektet afspejler, at den manglende sikkerhed i ansættelsen på det danske arbejdsmarked, i modsætning til eks. Norge og Sverige, har mange omkostninger i form af stor usikkerhed med hensyn til at komme i gang igen efter længere tids sygemelding og afsked.

■ Parallel indsats og udnyttelse af tiden

Nøgleordene i CAF's intervention har været tidlig igangsætning af indsatserne efter henvisning fra lægen, involvering af flere fagpersoner fra starten, parallelt forløbende træning, samtaler hos psykolog, læge, social/arbejdsmarkedsfaglig konsulent samt kontakt til/samarbejde med arbejdsplads og kommune.

En fleksibel tværfaglighed, der allerede fra henvisningstidspunktet gør det muligt at planlægge, skabe ro omkring situationen både for person og arbejdsplads og således udnytte tiden aktivt.

■ Anbefaling af et tværfagligt beredskab

Projektresultaterne viser, at der er behov for en tværfaglig og tværsektoriel tilgang til løsninger, som ikke bør knyttes sammen med den kommunale kontrol og opfølgning af udbetaling af sygedagpenge. I det tidligere Frederiksborg Amts område skønnedes lægerne at kunne bidrage med 500 henvisninger årligt. Omkostningerne til en tværfaglig intervention, som foreslået af CAF, er beregnet til kr. 15.000 pr. forløb.

Vi anbefaler, at give praktiserende læger, speciallæger og hospitalslæger henvisningsmulighed til et regionalt center med den nødvendige kompetence, og mener, at et sådan center vil være velplaceret i tilslutning til regionernes arbejdsmedicinske klinikker. En mulighed, der også skal kunne benyttes af borgere, virksomheder og fagforeninger.

3. Baggrund og formål

3.1. Baggrund

Baggrunden for udviklingsprojektet er behovet for:

- en styrkelse af kommunikation, samarbejde og rådgivning mellem sundhedsvæsen, myndigheder og virksomheder.
- koordinering af rådgivning til personer, der har problemer med at kunne fastholde eller komme tilbage til et arbejde på grund af helbredsforhold eller belastninger i arbejdsmiljøet.

At der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde, bygger vi på mange års praktiske erfaringer fra rådgivningsarbejde om arbejdsfastholdelse.

Erfaring høstet gennem en tværfagligt bemandet rådgivning til ansatte, virksomheder og kommunale myndigheder, udsprunget af dels revalideringsvirksomheder og bedriftsundhedstjeneste ("Evaluering af Team Arbejdsfastholdelse, A-teamet", PLS Rambøll, 2001), suppleret med efterfølgende resultater fra udviklingsprojektet INUA (Klug-Andersen 2003).

Parallele erfaringer er indsamlet fra virksomhedsinterne bedriftsundhedstjenester, hvor tværfagligheden i rådgivning af ansatte og virksomhed både knytter sig til det brede arbejdsmiljø og den konkrete hjælp til ansatte, der har besvær med at klare deres arbejde (Larsen 2007).

Et særligt fokus på sygefravær inddrager såvel læger ("Når læger involveres i sygemelding I-VI". 2006, Møller, Nielsen, Fabricius-Bjerre, Hilden, Maltesen, Ebbenhøj), arbejdsmiljøforhold (Lund 2003, Labriola 2007) som myndigheders fokus (Høgelund 2003, Beskæftigelsesministeriet 2005, Forebyggelsesfonden 2007).

Inspirationen til et videre udviklingsarbejde, hvor egen læge og virksomhed er i fokus, er endvidere kommet fra bl.a. Canada, hvor en forsker (Loisel 2002) har foretaget økonomiske beregninger over tre forskellige typer interventioner overfor rygsmerte og tilbagevenden til arbejdet. Der var tale om: Almindelig klinisk behandling, arbejdsmedicinsk rådgivning og Sherbrooke-modellen, der kombinerede de to andre former med arbejdspladsbesøg og evt. ergonomiske forandringer af arbejdsmiljøet. Resultaterne blev set i forhold til en kontrolgruppe, der fik en standardbehandling. Slutresultatet efter 6,4 år blev sammenlagt, at kontrolgruppen dels var dyrest og dels gav et stort tab af indkomst på grund af nogle få personer, der blev udstødt fra arbejdsmarkedet. Dette sås ikke i interventionsgrupperne, hvor især den samlede Sherbrooke-model så lovende ud.

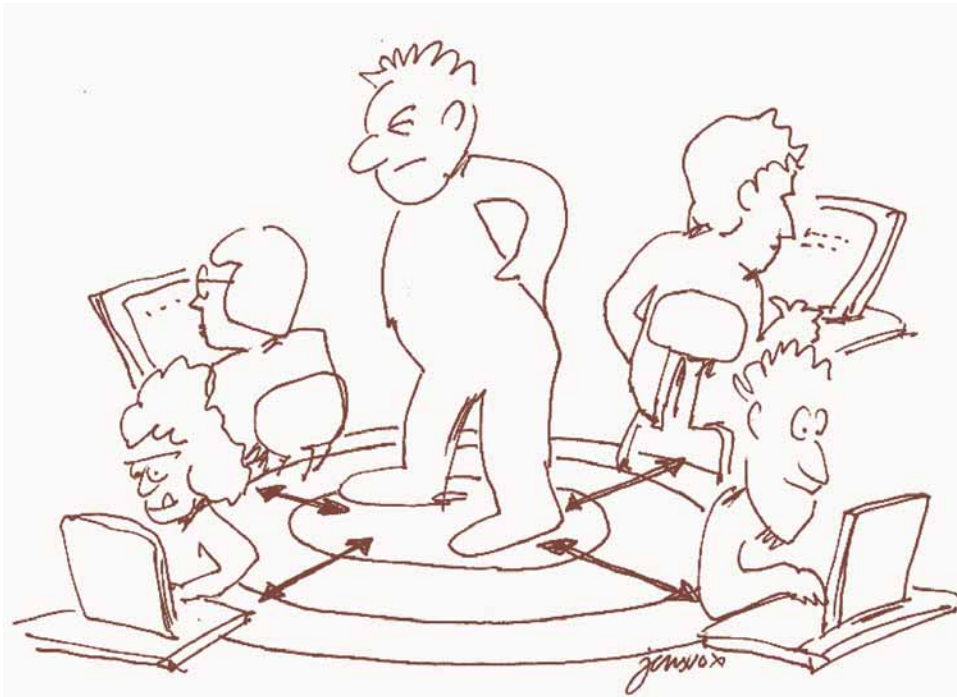
Det er tidligere vist, at langvarigt sygefravær gav en øget risiko for udstødelse fra arbejdsmarkedet i Danmark (Nord-Larsen 1991). Der er, også internationalt, kommet en bredere forskning (Lund 2003, Franche 2002), der i højere grad beskæftiger sig med faktorer for tilbagevenden til arbejdet i sig selv.

I Danmark er der tilkommet flere kontrollerede undersøgelser fra danske arbejdsmedicinske klinikker (Mortensen 2007, Bonde 2005), førstnævnte med en nedsættelse af dagpengeperioden på ca. 5 uger i forhold til kontrolgruppen.

Fra Arbejdsmedicinsk klinik i Hillerød, har projektet ATTSA med udgangspunkt i syge dagpengemodtagere vist en reduktion på 4 uger i sygefravær i forhold til en kontrolgruppe (Jensen 2007) og arbejdet på Stressklinikken (Netterstrøm 2007) viser gode erfaringer med at anvende en tværfaglig rådgivningsform i forhold til behandlingen af stress og depression samt tilbagevenden til arbejdet.

I en afprøvning af koordineret tværfaglig indsats for arbejdsfastholdelse i Vejle er det dokumenteret, at man effektivt kan forkorte sygemeldingsperioden for personer med gener i bevægeapparatet med betydelig økonomisk gevinst for kommunerne og virksomhederne samt menneskelige og økonomiske gevinster for de sygemeldte (Kilsgaard 2006).

Fra 2003 påbegyndte regeringen sin handlingsplan "Det gør vi ved sygefraværet" (Beskæftigelsesministeriet 2003), hvor omdrejningspunktet var en bedre sygedagpengeopfølgning, større fokus på risikosager og styrkelse af arbejdsfastholdelse. Hovedlinierne var en ny model for kommunernes sagsbehandling, samarbejde mellem kommune og læge, virksomhedsnære initiativer, bedre statistikgrundlag og udvikling af digitale redskaber. Undersøgelser fra SFI i 2006/2007 peger på, at der i samarbejdet mellem de forskellige parter i høj grad fortsat mangler en kontakt til og samarbejde med virksomheder og praktiserende læger (Damgaard 2007).



Situationen, som denne tegning illustrerer, genkendes af mange.

“Der er ikke nogen forbindelse eller sammenhæng mellem de forskellige instanser. Hvis der skal være det, er det patienten der skal sørge for det. Og det har patienten normalt ikke ressourcer til”,

Praktiserende læge

Når det er svært at klare sit arbejde pga. helbredsproblemer er konsultationen hos den praktiserende læge en af de mange "instanser", som man naturligt vil tage kontakt til.

Normalt ser den praktiserende læge patienten i sin praksis med henblik på undersøgelse, udredning og behandling. Ønsker lægen udredning til brug for behandling, kan lægen henvise til blodprøver, røntgen osv. Er der brug for en specialist, henvises til eksempelvis reumatolog, hudlæge, psykiater osv.

Hvem skal lægen henvise til, hvis patientens behov er rådgivning i forhold til tilpasning af arbejdsopgaver, afhjælpning af fysiske eller psykiske belastninger i arbejdslivet, behov for at finde andre arbejdsmæssige rytmer, så arbejde og helbred hænger bedre sammen osv. ?

Hvordan skal lægen forholde sig til patientens arbejdsmuligheder, arbejdssituation og arbejdsmiljø ?
Og hvordan skabes der grundlag for at læge og patient kan handle på anden måde end en fuldtidssygemelding?

Det er kommunen (den kommunale sagsbehandler), der i Danmark lovmæssigt har forpligtigelsen til at varetage opfølgning af sygdom i forhold til arbejdsmarkedet, men først efter 8 ugers sygdom. Inden da har rigtig mange sygdomsramte et stort behov for viden, støtte eller en praktisk hjælp, der matcher den usikkerhed, helbredsmæssige belastning og arbejdsmæssige situation, man står i.

3.2. Formål

Vi har fundet det meget væsentligt at sætte fokus på, hvordan arbejdspladsens handlemuligheder anvendes bedre, og hvordan der skabes en mere naturlig arbejdsgang for både personen selv, lægen, arbejdsplads og øvrige aktører. Formålet er at skabe en tidlig indsats.

Udstødelse fra arbejdsmarkedet fordeler sig på mange lægelige diagnoser med en stigning i tallene for psykiske diagnoser og følger efter stress. Vores hidtidige erfaring fra arbejdet med arbejdsfstholdelse er, at udstødelse ikke så meget handler om selve diagnosen, men om sammenhæng mellem en eller flere sygdomme, deres håndtering og de konkrete muligheder på den pågældende arbejdsplads.

Vi har således valgt:

- at henvisningsårsagen ("diagnosen") fra lægen til CAF er "Har du en patient, der har svært ved at klare det daglige arbejde på grund af helbredsproblemer - og stadig er ansat".
- at læge og patient får koblet en relevant samarbejdspartner på, der kan være behjælpelig med inddragelse af arbejdspladsen, den faglige organisation, sagsbehandlere, handicapkonsulent m.fl.

Udviklingsprojektets metode har således været at afprøve nye arbejdsgange og muligheder for hurtig og kvalificeret handling, som fundament for en sammenhængende håndtering af sygdom, dvs.

- give lægen flere handlemuligheder, når denne møder en patient, der har besvær med at klare sit daglige arbejde og
- yde en hurtig, koordineret og tværfaglig støtte til den sygdomsramte og dennes arbejdsplads
- styrke kommunikationen mellem virksomhed, myndigheder og sundhedsvæsen

4. Metode

4.1. Valg af metode

Tidlig indsats

En væsentlig erfaring fra CAFs arbejde er, at en hurtig og handlekraftig indsats er meget vigtig, når det drejer sig om arbejdsfastholdelse. Såvel personen selv som arbejdspladsen skal opleve, at der arbejdes hen imod en løsning, og at der kan planlægges.

Derfor har vi valgt at henvende os til lægerne og ikke afvente en fraværsmedling eller en melding til kommunen angående sygefravær. Det er også begrundelsen for, at det har været vigtigt, at opretholde en hurtig og effektiv respons, når lægen har henvist en person til CAF.

En fleksibel tværfaglig tilgang

En anden væsentlig erfaring er, at en social/arbejdsmarkedsfaglig viden ikke kan stå alene. Den social/arbejdsmarkedsfaglige ekspertise ydes bedst, når den kombineres med viden om arbejdspladsen, lægefaglig/ergonomisk vejledning samt arbejdspsykologisk viden i det konkrete samarbejde med personen og dennes arbejdsplads.

Vi har derfor valgt en tværfaglighed, der kombinerer social/arbejdsmarkedsfaglig viden, arbejdsmedicin, fysioterapi og arbejdspsykologi med virksomhedsinddragelse og smidiggørelse af arbejdsgange. Tanken har ikke været, at alle fagligheder skal i spil i hvert enkelt rådgivningsforløb. Det væsentlige er inddragelse af de relevante fagligheder tilpasset den enkelte person og situation. Den social/arbejdsmarkedsfaglige konsulent har en funktion som den gennemgående person fra CAF, der dels rådgiver og dels koordinerer forløbet.

Fokus på ressourcetænkning og anerkendelse

Vores holdningsmæssige udgangspunkt er, at mennesker motiveres bedst til nytænkning og forandring, når vi mødes med anerkendelse (Dalsgaard 2002/2003). Vi finder det meget væsentligt at møde personen med det udgangspunkt, at nøglen til den holdbare løsning ofte ligger hos personen selv. CAFs funktion er at bidrage med hjælp til selvhjælp. Det er vigtigt, at den enkelte person har indflydelse og ansvar for egen situation. Allerede i forbindelse med den indledende samtale i CAF er det vigtigt, i samarbejde med personen, at udpege mulige løsninger med udgangspunkt i den aktuelle ansættelse og begynde på en planlægning i forhold til arbejdspladsens muligheder. At skabe et fremtidsbillede, i en situation med uro på grund af besvær med at klare sit daglige arbejde, bidrager til at give den nødvendige ro og et grundlag for en videre planlægning.

Kunsten at skabe tryk hos virksomhed og ansatte

Der er ofte stor utrykthed både hos den ansatte – der kan frygte for en fyring og dermed miste forsørgelsesgrundlaget – og hos virksomhederne, der kan være usikre på, hvad der er forsvarligt og hvad der reelt kan lade sig gøre. Det kan både dreje sig om, hvilke arbejdsopgaver den ansatte med f.eks. rygsmerte kan varetage, og manglende kendskab til lovgivningens mange støttemuligheder. Utrykthed hos virksomheden kan lede til, hvad den enkelte person kan opleve som "misforstået omsorg". Her er mødet på virksomheden et redskab og forum for vigtige dialoger og kan give svar på tvivl. Vi har derfor valgt, at det er de relevante kompetencer fra CAFs tværfaglige team, der deltager i dette møde (rundbordssamtalen) sammen med den ansatte, arbejdsgiver og ofte HR-personale og/eller tillidsfolk på virksomheden. F.eks. får arbejdsgiver mulighed for at spørge CAFs arbejdsmedicinere om, hvilke arbejdsopgaver, det er forsvarligt, at personen med de pågældende helbredsmæssige vanskeligheder varetager. Ligeledes har den ansattes frygt for fyring i mange tilfælde vist sig at være ubegrundet, men ikke desto mindre af stor betydning for situationens karakter.

Dialog

Skabelse af dialog og samarbejde mellem alle de aktører, der involveres, når man som person oplever helbredsmæssige problemer og besvær med at klare sit daglige arbejde, er meget vigtig.

Som valg af kommunikationsform med lægerne, har vi indarbejdet tilbagemelding til lægen om indholdet af samarbejdet fra henvisning til afslutning.

Kontakten til lægen er væsentlig, på linie med arbejdsplads, myndighed og faglig organisation.

Udgangspunkt i personen

Når CAF bliver inddraget i arbejdsfastholdelsen af en ansat, er det forskelligt hvor i processen personen befinder sig.

Nogle har endnu ikke erkendt, at de er syge, andre ved det, men har en opfattelse af, at de selv kan klare det, andre igen er depressive og slet ikke i stand til at medvirke aktivt til deres egen plan.

Vi har valgt en form, hvor vi allerede fra det første møde tager udgangspunkt i den enkelte person og dennes selvvalgte helbred, arbejdsevne og arbejdssituation. Vi har været inspireret af resultaterne fra anvendelse af det finske arbejdsevneindeks, hvorfra vi har udtaget spørgsmål om arbejdsevne til brug for den første samtale.

Begrebet "Readiness for return to work" (Franché 2002) beskriver forskellige stadier og kendetegn for tilbagevenden til arbejdet. Stadier af forskellig varighed og forudsigelighed for forskellige personer. Erfaringerne viser, at det ikke er muligt at forudsige fuldstændigt, hvordan forskellige personer rykker sig imellem de forskellige stadier i forløbene eller hvor hurtigt det sker. Derfor har vi valgt løbende at kunne tilpasse brugen af CAFs kompetencer og den fælles formulerede plan i samarbejde med person, arbejdsplads og øvrige involverede.

Valget har været at lade situationen bestemme omfang og varighed af opfølgingsarbejdet.

4.2. Projektet trin for trin

Projektstart: December 2004 – marts 2005

- Drøftelser med læger i Frederiksborg Amt, møde med formanden for de praktiserende læger og møde med lægerne i Hillerød til brug for det endelige projektdesign.
- Informationsskrivelser til de praktiserende læger om tilbudet.
- Formidling af projektets start via presse samt nyhedsbreve til kommuner og faglige organisationer.
- Sammensætning af styregruppe med repræsentanter fra kommune, AF, privat virksomhed, praktiserende læge, lægekonsulent og Netværk Storkøbenhavn.
- Fastlæggelse af rammer for evaluering.
- Udformning af spørgeskema om selvvalgt helbred og arbejdsevne.
- Fastlæggelse af evalueringsform og dataindsamling.

Intervention: Marts 2005 – april 2007

- Henvisning af 164 personer til CAF via praktiserende læger og udvalgte hospitalslæger i perioden marts 2005 til december 2006.
- Heraf gennemførelse af 145 tværfaglige rådgivningsforløb.
- Præsentation af projektet for udvalgte hospitalslæger: ortopædkirurger og reumatologer.
- Formidling af projektets foreløbige resultater og erfaringer på temadage, i faglige organisationer, i kommuner og til presse.
- Udarbejdelse af statusrapporter: Statusrapport april 2005, statusrapport for projektets 1. projektår samt statusrapport for projektet 2. projektår.

Evaluering og formidling: April 2007 – december 2007

- Udformning af spørgeskema til brug for genbesøg hos den henvisende læge.
- Udformning af spørgeguide til telefoninterview af deltagende personer.
- Udsending af evalueringsform til både deltagende personer og læger.
- Interview af praktiserende læge og hospitalslæge, foretaget af ekstern konsulent.
- Interview af personalechef på virksomhed, foretaget af ekstern konsulent.
- Telefoninterview med 126 personer med spørgsmål om den aktuelle situation og en gentagelse af spørgsmål om selvvurderet helbred og arbejdsevne, svarende til de spørgsmål, der blev stillet i forbindelse med den indledende samtale med CAF konsulent.
- Genhenvielse af personerne til deres praktiserende læge med et kort spørgeskema til brug for dialog mellem læge og den henviste person om samarbejde og forløb.
- Modtaget svar fra 83 personers genbesøg hos lægen med henblik på evaluering.
- Dataindsamling og opsamling på resultater og arbejdsmetoder.
- Evalueringsmøde med de praktiserende læger i Hillerød.
- Udarbejdelse af slutrapport.
- Præsentation af resultater og erfaringer på eksterne konferencer, netværk, møder m.m.
- Præsentation af resultater for deltagende personer og læger.
- Publicering af resumé over resultater, januar 2008.
- Afsluttende konference med formidling af projektets væsentligste resultater, januar 2008.

Projektperioden var oprindeligt tænkt over en periode på 2 år, fra december 2004 – december 2006 med maksimalt 150 henvisninger fra lægerne.

Hen imod slutningen af projektperioden, var der kommet 164 henvisninger og CAF fik bevilget forlængelse af projektet med 1 år frem til december 2007. Dette med henblik på at få afsluttet hovedparten af de praktiske forløb, og få foretaget en grundig evaluering som fundament for formidling af projektets resultater til brug for sundhedsvæsen, myndigheder og virksomheder.

Det tværfaglige og koordinerende rådgivningsforløb – valg af arbejdsgang

Ud fra CAF's tidligere erfaring med tværfaglig rådgivning til ansatte og virksomheder blev nedenstående arbejdsrytme fastlagt, dog med muligheder for variation, hvor situationen har lagt op til dette:

- Efter skriftlig henvisning fra læge indkaldes personen til en indledende samtale med en eller flere CAF konsulenter (ofte samtidig) inden for 14 dage.
- Konsulenten fra CAF's tværfaglige arbejdsfastholdelsesteam fungerer som tovholder og koordinator igennem hele forløbet. Ved den indledende samtale, der er uforpligtende, aftales om personen kan/ønsker at indgå i projektet. CAF gøres bekendt med personens helbredsmæssige situation og dens arbejdsmæssige betydning, og der lægges en fælles plan, for det videre forløb – herunder vurdering af, hvilke fagligheder fra CAF's tværfaglige fastholdelsesteam, der er relevante at inddrage. Der udfyldes spørgeskema, der bl.a. indbefatter spørgsmål vedr. selvvurderet helbred og arbejdsevne, og personen bliver gjort bekendt med en efterfølgende evaluering.
- Tilbage melding til henvisende læge om det igangsatte forløb. Efter aftale med personen, medgives kopi/fremsendes orienteringsbreve til hhv. kommunal sagsbehandler og faglig organisation.
- Kontakt til arbejdsplads og aftale om rundbordssamtale på arbejdspladsen.
- Parallele redskaber til arbejdsfastholdelse, efter behov:
 1. Samtaler med arbejdspsykolog, arbejdsmedicinere og/eller fysioterapeut.
 2. Rundbordssamtale på arbejdspladsen.
 3. Justering og tilpasning af arbejdsforhold/-opgaver/-tid.
 4. Ergonomisk vejledning på arbejdspladsen.
 5. Trænings-/genoptræningsforløb ved fysioterapeut
 6. Oplysning om lovgivningens muligheder, f.eks. personlig assistance og/eller hjælpemidler.

7. Gennemgående koordinering ved CAFs socialfaglige/arbejdsmarkedsfaglige konsulent.
8. Dialog og etablering af samarbejde mellem de forskellige involverede aktører: Læge, kommune, arbejdsplads, faglig organisation m.m.
9. Opfølgende møder på arbejdspladsen.

- Afslutning af samarbejde.
- Tilbage melding til henvisende læge.

Varigheden af det enkelte forløb, samt hvilke af faglighederne fra CAF's tværfaglige team, der inddrages er afhængig af situationens karakter.

Møde med lægerne – valg af henvisningsform

Samarbejdsformen med de praktiserende læger er blevet fastlagt på baggrund af møder med henholdsvis formanden for de praktiserende læger i Frederiksborg amt, dennes praksiskolleger samt tolvmandsforeningen i Hillerød. Lægerne har her givet deres bud på, hvad udvikling af et smidigere og mere koordineret samarbejde burde omfatte, således at alle parter oplever, at det fungerer godt.

For lægerne har det været vigtigt, at samarbejdet blev organiseret meget enkelt og smidigt, både i informationen til patienterne, henvisningsform og kontakt under selve samarbejdet. Det er vigtigt for lægen at få sparring forud for drøftelse med en patient og undervejs i selve samarbejdsforløbet med patienten.

På den baggrund har lægens henvisningsform til CAF har haft samme karakter, som når lægen i øvrigt henviser (elektronisk, fax eller brev) og lægen har kunnet ringe og forhøre sig hos CAF, ved tvivl.

Der er udarbejdet informationsbreve til såvel læge, patient, virksomhed og samarbejdspartnere i øvrigt. I informationsbrevene beskrives CAF's tværfaglige tilbud således:

- At drøfte personens muligheder for at få en holdbar arbejdssituation.
- At inddrage arbejdspladsen for at finde løsninger, efter aftale med personen.
- At give praktisk hjælp til at koordinere med andre samarbejdspartnere.

Samtidig tilkendes i informationsbrevet, at CAF følger personen til der er fundet en løsning, at lægen bliver opdateret undervejs og at målet er at finde vej til et bedre arbejdsliv.

Det er den sygdomsramtes dialog med sin læge, der er afgørende for, om vedkommende er blevet henvist til CAFs tværfaglige rådgivning. Til brug for lægen og patientens vurdering af om en henvisning er relevant, har lægen som minimum haft en informationsskrivelse til sig selv og en informationsskrivelse til patienten. Henvisningstilbuddet til CAF er udsendt til alle praktiserende læger i det tidligere Frederiksborg amt via informationsbrevet ved projektets start. Der har ikke været yderligere annoncering til lægerne.

Valg af evalueringsform

Med henblik på at klarlægge, hvordan det er gået, de personer, der har deltaget i projektet, (også efter at samarbejdet med dem er afsluttet), valgte vi at foretage telefoninterview af samtlige.

Derudover har vi på baggrund af, at henvisningen til CAF udspringer af dialog mellem læge og personen, fundet det interessant, at indlemme et genbesøg hos den henvisende læge i evalueringen omhandlende den helbredsmæssige situation, anvendte redskaber, om problemet er blevet løst og fremtidsprospektiver.

I forbindelse med genbesøget besvarer lægen og den henviste person i fællesskab et spørgeskema, der bl.a. omhandler de redskaber, der er brugt i CAF interventionen.

I kraft af lægens og personens fælles besvarelse, finder der en læring sted hos lægen.

I besvarelsen får lægen ikke bare uddybet sit kendskab til de redskaber CAF benytter, lægen får også kendskab til den henviste persons reaktioner på redskaberne og dermed effekten af dem.

Ovenstående evalueringsmetoder er kombineret med interviews af nøglepersoner i samarbejdet, dvs. praktiserende læge, hospitalslæge og virksomhed, foretaget af ekstern konsulent.

5. Karakteristik af de deltagende læger, virksomheder og personer

5.1. Oversigt over henvisninger

De ialt 164 henvisninger (tabel 5.1) fra praktiserende læger og hospitalslæger var flere end forventet, idet målet var sat til 150 ved projektets begyndelse.

Efter kontakt og første samtale med CAF valgte 145 at sige ja til at deltage i projektet. Den meget høje deltagerprocent (88 %) skyldes bl.a. at lægen havde taget deres problem alvorligt og mente at der burde gøres noget, og at CAF tilbød den første samtale med meget kort varsel.

Af de 19, som ikke ønskede at deltage, angav 14 efter at være kontaktet af CAF, at de fik hjælp på anden måde af deres kommune, fagforening eller andre. For 5 blev der ikke opnået kontakt.

Tabel 5.1. Oversigt over deltagende personer i projektet.

	Antal personer	
Henviste til projekt	164	
Ikke inkluderet		19/164 = 12%
Indgår i projekt	145	
Evalueret af CAF	126	
Ikke evalueret		19/145 = 13%
Evalueret af egen læge og patient	83	

Ved evalueringen er der opnået kontakt med 126 personer, som ønskede at besvare de stillede spørgsmål. En besvarelsesprocent på 87%. Af de, der ikke ønskede at deltage i evalueringen (ialt 19 personer) oplyste de 5, at kontakten til CAF ikke havde været med til at løse det besvær, de havde i forhold til deres arbejde/arbejdsplads. De øvrige 14 fik vi ikke kontakt med, men kender forløbet for 4 personer via skemaer fra deres læge.

Til det videre genbesøg hos lægen blev det besluttet ikke at indbefatte de 10 personer, der var henvist fra ortopædkirurgisk og reumatologisk afdeling, da dette ikke var muligt i forhold til den almindelige ambulatorievirksomhed.

Genbesøget hos praktiserende læge blev gennemført af 83 personer. Dialogen mellem læge og person giver en besvarelsesprocent på 72 % (83/116).

5.2. Læger

Af drøftelser på møder med udvalgte lokale læger (tolvmandsforeninger) fremgik det, at lægerne i mange tilfælde ikke er bekendt med eller bliver opsøgt af deres patienter i forbindelse med disses fraværsmedling fra arbejdspladsen. Lægerne har, i forbindelse med senere attestudfyldelse til enten arbejdsgiver eller kommune, derfor ikke været involveret i det forudgående forløb.

I forhold til lægens samarbejde med kommunen gav lægerne udtryk for, at deres udsagn på attesterne har karakter af envejskommunikation, og at de ikke får tilbagemeldinger på deres anbefalinger og vurderinger.

Foruden samarbejdet med de praktiserende læger, har det været projektets mål at undersøge, hvorledes arbejdsmarkedsrådgivningen så ud fra speciallægers synsvinkel. Her udvalgte først Ortopædkirurgisk funktionsenhed, Nordsjællands Hospital, senere Reumatologisk afdeling, Hørsholm. Der blev afholdt møder med lægerne på de to afdelinger, hvor projektet og CAF's arbejdsmetoder blev præsenteret. Også blandt speciallægerne viste der sig et ønske om at kunne henvise personen til rådgivning og samarbejde med dennes virksomhed.

"Den almindelige måde har førhen været, at vi prøver at beskytte patienterne mod arbejdsmarkedet – så længe de er for syge til at varetage deres hidtidige arbejde fuldt ud. Det kan utilsigtet medføre, at patienterne dropper helt ud af arbejdsmarkedet"

Ortopædkirurg

Rygtet om, at der nu var mulighed for rådgivning i forbindelse med arbejdsfastholdelsesforløb via lægen, spredte sig. Vi valgte derfor også at medtage personer i projektet, som af deres arbejdsplads eller kommune blev opfordret til at opsøge egen læge med henblik på kontakt til CAF. Ligeledes er medtaget personer henvist til Arbejdsmedicinsk klinik fra egen læge eller fagforening, hvor den primære problemstilling var arbejdsfastholdelse.

De 145 deltagende personer i projektet blev henvist på opfordring fra:

Tabel 5.2. Henvist på opfordring fra:

	Antal	Procent
Praktiserende læge	105	72,4
Speciallæge	1	0,7
Hospitalslæge	23	15,9
Arbejdsplads	12	8,3
Personen selv	2	1,4
Kommune	1	0,7
Fagforening	1	0,7
Total	145	100,0

Da projektet sluttede, havde i alt 77 forskellige praktiserende læger med konsultation i 20 forskellige kommuner henvist til projektet. Det udgør 31 % af det tidligere Frederiksborg amts praktiserende læger.

Det kan konkluderes, at kendskab til henvisningsmuligheden kom bredt ud. En enkelt læge nåede at henvise 11 patienter, de øvrige kun få eller en enkelt patient.

Fra hospitalsafdelingerne inklusiv arbejdsmedicinsk klinik var 8 forskellige læger involveret.

Der har været mange forskellige forklaringer på den nedsatte arbejdsevne. For oversigtens skyld, har vi valgt at inddele "besværet" i 3 hovedgrupper ud fra den overvejende årsag til henvisning:

Tabel 5.3. Primær årsag til besvær.

	Antal	Procent
Sygdomme i bevægeapparatet	76	52,4
Stress, depression, angst	53	36,6
Andet	16	11,0
Total	145	100,0

CAF har efter den indledende samtale med personen givet skriftlig (udskrivningskort, fax) eller telefonisk besked til egen læge og siden orienteret efter behov.

Lægen blev løbende informeret om de behov for yderligere behandling, undersøgelse o.l., der viste sig igennem samarbejdet med CAF, og egen læge var ofte en god sparringspartner omkring komplicerede sygdomsforløb. Lægen støttede patienten med samtaler og undersøgelser samtidig med, at CAF og patienten så på arbejdsmuligheder i forhold til virksomheden.

5.3. Virksomheder

De virksomheder, der medvirkede i projektet, er nogenlunde ligeligt fordelt mellem offentlige (58%) og private virksomheder (42%):

Tabel 5.4. Virksomheds art.

	Antal	Procent
Kommune	39	26,9
Amt	27	18,6
Stat	18	12,4
Privat	58	40,0
Egen virksomhed	3	2,1
Total	145	100,0

Fordelingen på brancher kan sammenfattes således:

Tabel 5.5. Branchefordelingen.

	Antal	Procent
Landbrug, industri, bygge- og anlæg	32	22,1
Handel, hotel, transport	17	11,7
Penge, finans, offentlig administration	17	11,7
Undervisning	12	8,3
Sundheds- og velfærdsinstitution	56	38,6
Andre	11	7,6
Total	145	100,0

Sundheds- og offentlige velfærdsinstitutioner, er klart den branche, der er repræsenteret mest i projektet, efterfulgt af Landbrug, industri og bygge- og anlæg.

I alt har de 145 personer været ansat på 110 offentlige og private arbejdspladser.

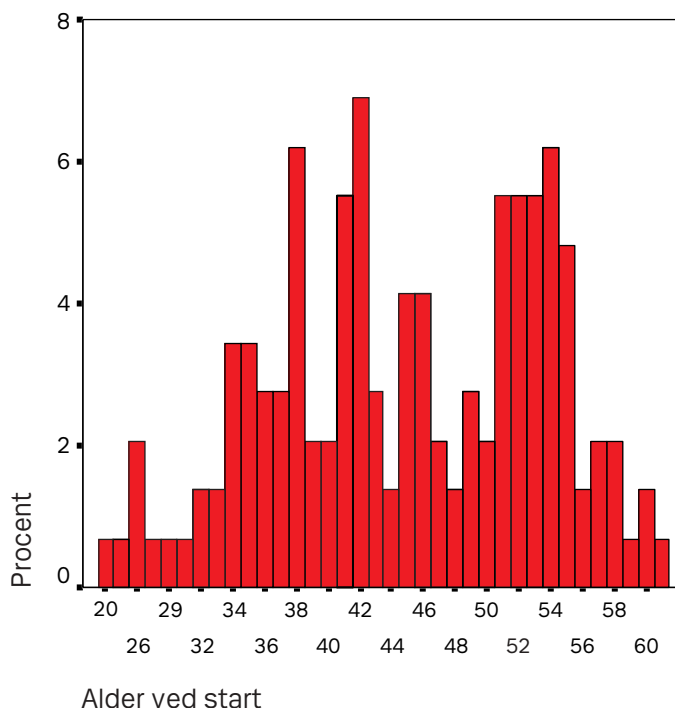
5.4. Personer

Der er en markant overvægt af kvinder repræsenteret i projektet, ved 115 kvinder (79 %) mod 30 mænd (21 %).

Overrepræsentationen af kvinder i projektet kan delvis skyldes, at kvinder i højere grad end mænd opsøger deres praktiserende læge. Men vi har ingen forklaring på den store forskel.

Aldersfordelingen for de deltagende personer var som illustreret i tabel 5.6:

Figur 5.6. Aldersfordeling.



Gennemsnitsalderen på de deltagende personer var 45 år varierende fra 20-61 år.

Personerne havde været på arbejdsmarkedet i gennemsnit (medianværdi) 25 år, heraf 6 år på sidste arbejdsplads. Dog således at 30 % kun havde været der under 3 år.

Som forudsætning for henvisning til projektet havde alle 145 en aktuell ansættelse. Kun 4 personer (3 %) var opsagt, da vi mødte dem.

Til brug for de senere analyser af arbejdsfastholdelse har der fra projektets start været skelnet imellem følgende former for ansættelse:

	Antal personer
Almindelig ansættelse	138
Almindelig ansættelse med kompensation (§56)	5
Ansættelse på særlige vilkår	2
I alt	145

De fleste arbejdede fuld tid (72 %).

Arbejdsmæssigt illustreres forskelligheden i 90 forskellige jobtitler eller fag repræsenteret i projektet, hvilket betyder, at der næsten ikke er to personer, der har nøjagtigt det samme arbejdsfelt og de samme opgaver. Jobtitlerne kan sammenfattes således:

Afdelingsleder, arbejdsmand, assistent, automekaniker, berider, bioanalytiker, blomsterdekoratør, bogholder, bundtmager, buschauffør, business control assistent, chefsekretær, dyrlæge, elektroniktekniker, faglærer, frisør, fugt teknikerassistent, fuldmægtig, fysioterapeut, husassistent, ingeniør, installatør, jobkonsulent, kantineassistent, kantineleder, kassedame, klubpædagog, konsulent, kontorassistent, kontormedhjælper, kontorpakmester, køkkenassistent, køkkenchef, køkkenleder, laborant, lagerarbejder, logistik koordinator, lægesekretær, lærer, malerlærling, maskinarbejder, medhjælper, mellemlider, omsorgsmedhjælper, operatør, overassistent, overlæge, overpostbud, pakkeriassistent, pedel, personalekonsulent, politifuldmægtig, postarbejder, postbud, produktchef, produktionsmedarbejder, projektkoordinator, projektleder, pædagog, pædagogmedhjælper, regnskabsmedarbejder, rengøringsassistent, reparatør, reservelæge, salgsassistent, sekretær, selvstændig, senior back office medarbejder, senior HR, service- og montagechef, servicekoordinator, skiltemaler, skovløber, smed, smørebrødsjomfru, so-su assistent, so-su hjælper, socialpædagog, socialrådgiver, souschef, specialarbejder, specialpædagog, supervisor, sygehjælper, sygeplejerske, tilsynsførende, tømrer, udviklingskonsulent, vejleder, vægter

Uddannelsesniveautet blandt de deltagende personer kan sammenfattes således:

- Grundskole 22 %
- Erhvervsfaglig uddannelse 33 %
- Kort videre uddannelse 19 %
- Mellem og lang uddannelse 26 %

Der er altså stor spredning i de deltagende personers uddannelsesniveau.

I alt 86 % angav at være medlem af en af i alt 37 forskellige fagforeninger, hyppigst:

- 17 % i 3F
- 12 % i HK
- 6 % i FOA
- 6 % i SL

92 % af de deltagende personer var medlemmer af en A-kasse.

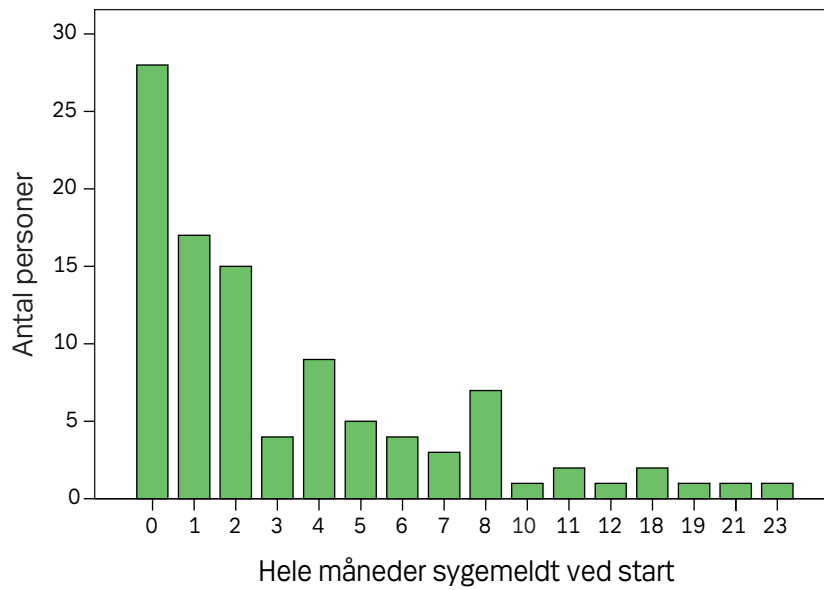
82 % var ansat som funktionær eller i funktionærlignende ansættelse.

I alt 30 % af de deltagende personer, var ikke sygemeldt ved projektets start og 19 % var kun delvist sygemeldt.

Tabel 5.7. Sygemeldte personer ved projektets start.

	Antal	Procent
Ja, fuld tid	75	51,7
Ja, delvis	27	18,6
Nej	43	29,7
Total	145	100,0

41 % havde været sygemeldt i 0-2 måneder og kun 28 % af alle var helt eller delvist sygemeldt mere end 2 måneder.

Figur 5.8. Sygemeldingernes varighed ved start (n = 102).

Vi har spurgt personerne, om de mente, deres lidelse var betinget af en arbejdsskade

Det svarede 41 personer bekræftende overfor, heraf havde 34 anmeldt lidelsen.

De 34 anmeldelser fordeler sig på 9 anerkendte skader, 4 afviste og 21 var ikke afgjort.

Sagsbehandlingen angående anerkendelse/afvisning eller selve erstatningsfastsættelsen var ikke afsluttet for 24 af de 34 anmeldte ved starten af projektsamarbejdet.

6. Anvendte redskaber og fagligheder i interventionen

Data omkring interventionen i projektet er beskrevet ud fra tre parametre:

- Hvilke af CAFs egne tværfaglige ressourcer, der har været anvendt,
- Hvilke redskaber til arbejdsfastholdelse, der har været i brug
- Hvilke eksterne samarbejdspartnere, der har været inddraget undervejs i forløbene.

CAFs egne tværfaglige ressourcer fremgår af tabel 6.1

Tabel 6.1. Egne tværfaglige ressourcer.

	Antal	Procent
Social/arbejdsmarkedsfaglig	136	93,8
Arbejdsmedicinere	104	71,7
Fysioterapeut	60	41,4
Psykolog	56	38,6
Trollesbro (arbejdsprøvning)	1	0,7
Andre	11	7,6

I 91% af lægeprojektets forløb har der deltaget mindst 2 forskellige fagligheder, oftest social/arbejdsmarkedsfaglig konsulent og arbejdsmedicinere.

Den social/arbejdsmarkedsfaglige konsulent er nøgleperson for rådgivning, planlægning og koordinering. Mere specifikt drøftes personens tidligere og nuværende arbejdserfaring med henblik på at pege på ressourcer og muligheder for fremtidig beskæftigelse. Hvad er aktuelt vanskeligt/belastende? Hvor længe har det stået på? Hvad fungerer fortsat? Der spørges ind til, hvad der er sket/gjort – og der lægges vægt på at anerkende person og arbejdsplads for de initiativer, der er taget, frem til CAFs involvering. Det er endvidere vigtigt, at få personen til at få indsigt i, hvad man selv kan gøre, og hvilken virkning det har – samt at anerkende personens egen dømmekraft.

Den arbejdsmedicinske rådgivning omfatter dels en grundig medicinsk undersøgelse og vurdering af sygdomssymptomer og behandlingsmuligheder og dels hvorledes den ansatte erkender og oplever en nedsat funktion. Mere specifikt spørges til uddannelse, tidligere arbejde og aktuelle arbejdsopgaver, belastninger og ressourcer. Kan arbejdsbyrden øges eller belastningerne reduceres for dermed at skabe balance mellem arbejde og helbred? Der er ofte behov for, at den arbejdsmedicinske rådgivning videreføres på arbejdspladsen ved direkte iagttagelse og vurdering af produktionsprocesser, muligheder for alternative arbejdsopgaver eller beskæftigelse. Der indhentes evt. supplerende oplysninger fra egen læge eller hospital.

På arbejdspladsen er **fysioterapeuten** en vigtig medspiller i forbindelse med at se på løsningsmuligheder, indretning og hjælpemidler. Det kan være at give enkeltvejledning, besøge arbejdspladsen og se hvordan personen arbejder – at give øvelser og følge op på trænings behov. Tit er det folk selv, der kender og laver løsningerne. Og det er ofte de løsninger, der holder. Hvorfor de så ikke er kommet med dem for lang tid siden? De mangler måske bare en lille brik, måske lidt mere viden. Andre gange kobles hele personalegruppen på træningen, så man kan hjælpe hinanden med at holde fast på at foretage nogle ændringer. Tilbuddet om træning handler om at genvinde fodfæste – fysisk og psykisk – og ofte kombineres den gradvise opstart på arbejde med træning. Der laves en sparring i det omfang, der er behov for at fastholde en indsats, troen på at det kan lykkes at træne smerter væk, styrke ressourcer og fremover klare sig med en dårlig arm, ryg, følger af stress eller andet.

Arbejdspsykologen arbejder med en blanding af krops-psykoterapi og SE-metoden (Somatic Experience). Når vi kommer ud for belastninger påvirkes vores krop og nervesystem – og ikke kun følelserne. Det kan være ved stress, overfald, mobning, et fald mv. – og tit en kombination. Arbejdspsykologen ser ikke stress som en sygdom, men spørger til symptomer og normaliserer signalerne. Tit overhøres signalerne. En samtale starter ofte med, at personen ikke kan forstå deres symptomer og bekymrer sig meget – især over træthed og at det tager så lang tid at komme sig igen. Folk er angst for, at de ikke får det bedre. Arbejdspsykologen spørger ind til symptomer og til ressourcer og herfra arbejdes videre, så belastningen ikke kommer igen.

Anvendte redskaber fremgår af tabel 6.2.

Tabel 6.2. Anvendte redskaber i interventionen.

	Antal	Procent
Samtale om helbredets arbejdsmæssige betydning	145	100,0
Rundbordssamtaler på arbejdspladsen	76	52,4
Ergonomisk vejledning på arbejdspladsen	29	20,0
Træning v/fysioterapeut fra CAF	38	26,2
Afprøvning på samme arbejdsplads	15	10,3
Muligheder ved ændring af arbejdsindhold	42	29,0
Omplacering til andet arbejde	14	9,7
Afprøvning på anden arbejdsplads	11	7,6
Delvis sygemelding	19	13,1
Delvis raskmelding ved genoptagelse af arbejdet	33	22,8
Oplæring på arbejdspladsen	1	0,7
Uddannelse gennem voksenuddannelsessystemerne	3	2,1
Uddannelse gennem revalidering	4	2,8
Personlig assistance	13	9,0
Hjælpe midler	3	2,1
Mentorordning	1	0,7
Fleksjob	17	11,7

Ovennævnte opstilling er alle anvendte redskaber på baggrund af samarbejdet med de 145. En liste som vi i CAF har afkrydset undervejs i samarbejdet. Det fremgår heraf at kontakten – samtalen – med den ansatte er det primære. Det er her grundlaget for den senere rehabiliteringsproces skabes: anerkendelse, tillid og tryghed er nøgleord, og der afsættes som udgangspunkt en time til samtalen. Vi har på forhånd vurderet behovet for at flere fagligheder deltager.

Særlige vigtige redskaber

Ved genbesøget hos lægen er læge og person blevet bedt om i fællesskab at afkrydse hvilke redskaber, der har været brugt i forbindelse med samarbejdet med CAF.

Der er 61 personer, som desuden har valgt at uddybe og beskrive hvilket redskab, der har været "særlig vigtigt". Her er det tydeligt, at det er selve dét at have et samarbejde med CAF (30), der trækkes frem.

De forklaringer, der er knyttet an til valg af særligt vigtigt redskab er f.eks.

"kombinationen af tilbud, individuelt og gruppe"

"godt med flere faglige facetter"

"anerkendelse af situationen, både lægeligt, fysisk og psykisk"

"god sparringspartner, support, uvildig instans"

Deltagende personer

Desuden fremhæver 16 personer specielt samtaler med arbejdspsykolog, og 15 nævner det betydningsfulde i at modtage tilbud om fysisk træning ved fysioterapeut. Særlig fremhæves samtaler med arbejdspsykolog kombineret med den fysiske træning og arbejdspladssamarbejdet til stresspatienter.

I forhold til arbejdspladssamarbejdet nævner 12 personer det at have forskellig faglig ekspertise med til mødet på arbejdspladsen som særlig vigtigt og 9, at der arbejdes med omplacering/arbejdsprøvning i en af arbejdspladsens andre afdelinger.

"At det overfor arbejdspladsen ikke bare var en historie",
"CAF god til at tale med arbejdsplads",
"CAF hjalp med at blive flyttet til andre opgaver",
"CAF satte i gang med SVU uddannelse",
"det betød større forståelse fra arbejdspladsen",
"det gav nytænkning med støtte udefra",
"også arbejdspladsen glad for samarbejdet",
"det satte tingene i relief, at det var reelt"

Deltagende personer

Ud fra telefoninterview af 126 personer er det gennemgående træk, at det har været "væsentligt ikke at stå alene", når man som person skal formulere betydningen af de helbredsmæssige forhold. Det har en anden ro, en større forståelse på arbejdspladsen, og har muliggjort, at der har kunnet laves aftaler om ændringer.

Der er et ønske om, at man også fremover via egen læge, kan trække på en tværfaglig vinkel, få kursus i stresshåndtering og "møde fysioterapeut, der ser problemerne og arbejder ud fra en helhed".

"Fik meget ud af træning og psykologsamtaler",
"hvis det ikke var for henvisning til CAF, så var jeg stoppet med at arbejde",
"vigtigt med CAF som tovholder og støtte",
"der var tid og plads nok til at få talt om situationen"

Interviewede deltagere

En anden ting der trækkes frem er, at arbejdspladsen også har fået ny viden igennem samarbejdet, hvilket styrker personens værdighed i en ellers sårbar situation.

”Arbejdspladsen fik ny viden – kendte ikke til personlig assistance. Jeg har haft meget ud af at bruge CAF, havde tillid til vurderingerne. Både arbejdsgivere og arbejdstagere kan få noget ud af det. Og samfundet har ikke råd til at miste arbejdsduelige mennesker”

Personalechef på virksomhed

De eksterne samarbejdspartnere fremgår af tabel 6.3.

Tabel 6.3. Eksterne samarbejdspartnere

	Antal	Procent
Læge	136	94,4
Virksomhed	93	64,6
Kommune	70	48,6
Fagforening	37	25,7
BST	1	0,7
Arbejdsformidlingen	13	9,0
Distriktpsychiatrien	1	0,7
Andre	3	2,1

Når kontakten til egen læge ikke er 100 % skyldes det, at det for nogle ikke har været aktuelt at melde tilbage til egen læge, eller at enkelte personer ikke har ønsket det. For virksomhedernes vedkommende har der været ansatte, som ikke har ønsket at vende tilbage til deres tidligere arbejdsplads, ikke har ønsket at virksomheden blev kontaktet eller selv ville stå for tilbagemeldingen. De mange kontakter til virksomhederne skal sammenholdes med, at der for 52 % er gennemført rundbordssamtaler.

Uagtet at mange af de deltagende personer ikke, eller kun kortvarigt, var sygemeldt ved projektet start, har CAF hos 49 % medvirket til kontakt til kommunen, idet der enten har været sammenfald med en sygedagpengeopfølgning, eller der har været behov for ydelser eller støtte. CAF har i 20 af forløbene udfærdiget egentlige speciallægeerklæringer, udtalelser og attester omkring helbredsforhold og forløb på arbejdspladsen.

Undervejs i samarbejdsforløbet har vi forespurgt personen om de ønskede deres faglige repræsentant eller fagforening orienteret eller koblet på. Trods den høje organisationsprocent (86 % medlem af en fagforening) var det kun de færreste, der ønskede en faglig repræsentant medinddraget som f.eks. deltager i rundbordssamtale. I 26 % af sagerne var der en faglig repræsentant med.

Kontakten til den tidligere arbejdsformidling har drejet sig om samarbejde med handicapkonulent vedrørende personlig assistance, som redskab til arbejdsfastholdelse.

7. Resultater af arbejdsmarkedsfastholdelsen

7.1. Ansættelse og balance mellem helbred og arbejde

Som et **hovedresultat** af projektet (tabel 7.1) kan det ses at:

- 75 % stadig er i arbejde
- ved projektets afslutning, hvor der gennemsnitligt er gået 16 måneder (8-26) fra start til evaluering.

Tabel 7.1. Ansættelse ved evaluering.

	Antal	Procent
Almindelig ansættelse	72	57,1
Almindelig ansættelse med kompensation (personlig assistance)	7	5,6
På særlige vilkår (fleksjob)	16	12,7
Ikke ansat	31	24,6
Total	126	100,0

Det ses endvidere, at 7 personer af de almindeligt ansatte nu får kompensation i form af personlig assistance. CAF har i mange tilfælde rådgivet om brug af §56 og hjælpemidler, men vi har ikke kendskab til de faktisk indgåede §56 aftaler og i hvilket omfang kommunerne har bevilget særlige hjælpemidler. Det faktiske antal ansatte med kompensation er formentlig derfor en hel del højere.

Ved evalueringen ses i alt 16 personer ansat på særlige vilkår (fleksjob), dvs. 13 % af de evaluerede. Et udtryk for en varigt nedsat arbejdsevne, der også i kommunerne vurderes som nedsat med mindst 50 %. 4 af kendelserne blev i første omgang afslået af kommunerne, men tilkendt efter anke.

Blandt de ansatte (tabel 7.2) er ved evalueringen

- 50 % ansat med samme arbejde på deres oprindelige arbejdsplads
- 24 % havde skiftet opgaver eller afdeling på arbejdspladsen
- 24 % havde fået helt andet arbejde eller anden arbejdsplads

Tabel 7.2. Ansatte i arbejde ved evaluering.

	Antal	Procent
Samme arbejde og afdeling	47	49,5
Samme arbejde i anden afdeling	8	8,4
Anden funktion i samme afdeling	11	11,6
Andet arbejde i anden afdeling	4	4,2
Nyt arbejde i anden virksomhed	23	24,2
Andet	2	2,1
Total	95	100,0

Tallene viser, at arbejdsmarkedsfastholdelse kan styrkes ved en indsats på egen arbejdsplads, men lige så ofte kræver en tilpasning af opgaver eller i sidste ende en helt anden arbejdsplads. Det sidste gælder i højere grad stresspatienter end patienter med bevægeapparatbesvær.

Tabel 7.3. Hvis ikke ansat ved evaluering.

	Antal	Procent
Arbejdssøgende (tilmeldt AF)	7	22,6
Ledighedsydelse	3	9,7
Efterløn	1	3,2
Sygemeldt (dagpenge, ikke afsluttet)	8	25,8
Kontanthjælp	1	3,2
Under revalidering	3	9,7
Pensioneret	2	6,5
Andet	6	19,4
Total	31	100,0

De ikke ansatte (tabel 7.3) udgør især personer med fortsat eller nytilkommen sygedagpengesag (26 %), arbejdsløshed (23 %) eller andet (19 %), der bl.a. omfatter barsel. Varig udtræden fra arbejdsmarkedet omfatter 1 person på efterløn og 2 på pension. Hvis der på et tidligere tidspunkt (før henvisningen til CAF) havde været opmærksomhed på arbejdsfastholdelse (og ikke sygefraværet som sådan) kunne der formentlig være fundet andre løsninger.

Blandt de ikke ansatte er der 3 på ledighedsydelse, heraf 1 person, som var tilkendt fleksjob fra starten af projektet. Arbejdsløsheden blandt projektets ansatte med tilkendt fleksjob kan således ansættes til 3 af 19 = 16 %.

Et andet **hovedresultat** er om det af lægerne registrerede problem ”besvær med at klare arbejdet” ved evalueringen har fundet en løsning. Eller sagt på en anden måde: er det i løbet af projektperioden lykkedes at skabe balance mellem helbred og arbejde? Er der eks. etableret et fleksjob, hvor arbejdsevne og opgaver passer sammen, betragtes sagen som afsluttet. Omvendt kan en person stadig være i samme ansættelse som tidligere, uden helbredet er bedret eller belastningerne i arbejdet er mindsket, således at der fortsat er besvær eller ubalance.

Det vurderes af CAF (tabel 7.4) på baggrund af interview af personerne, at:

- 76 % af forløbene har fundet en løsning på evalueringstidspunktet.

Tabel 7.4. Er der fundet en løsning?

	Antal	Procent
Ja	96	76,2
Nej	25	19,8
nej, ny sag	4	3,2
ikke besvaret	1	0,8
Total	126	100,0

En nærmere analyse viser, at der stadig er 10 af 72 (14 %) almindeligt ansatte, 1 af 7 med personlig assistance, 2 af 16 med fleksjob, hvis situation ikke er løst.

”stadig ondt, men uden CAF ingen indtægt”

Deltager

For de ikke ansatte drejer det sig om 12 af 31 (39 %) medens det for de øvrige uden arbejde skønnes, at deres arbejdsløshed, barsel eller uddannelse, ikke i sig selv skyldes helbredsbesvær. De vil derfor kunne påregne på et senere tidspunkt at genoptage normale arbejdsfunktioner.

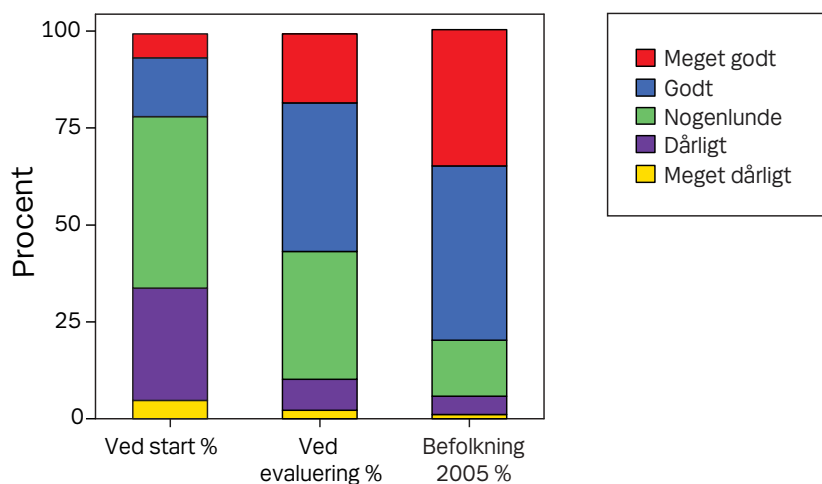
Sammenholdes analysen af ansættelse med besvær med at klare arbejdet ved evalueringen ses således, at der er 25 (13 ansatte og 12 ikke ansatte), hvis problem stadig ikke er løst og som har et fortsat behov for rådgivning. Nogle er i en ny sygdomsmedling, føler sig uafklaret, er i aktivering eller har svært ved at klare en igangsat arbejdsprøvning, afventer pensionsansøgning. Andre udsagn omhandler at have fået det bedre, men at der ikke er ændret i de arbejdsmæssige forhold, hvilket ikke giver en tro på, at det holder på sigt.

7.2. Helbredsforhold og tiltro til fremtiden

I samarbejdet med personen har vi valgt at sætte fokus på spørgsmål om selvvurderet helbred med et spørgsmål, der indgår i danske og internationale undersøgelser.

Spørgsmålet har vist sig egnet til at forudsige sygdomsforløb og har dermed givet os en ide om personers egen opfattelse af situationen.

Figur 7.5. Hvordan vurderer du alt i alt dit helbred?



Figur 7.5 viser besvarelsene ved start og ved evaluering. Det sammenlignes med tallene for kvinder (25-64 år) i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (Ekholm 2006).

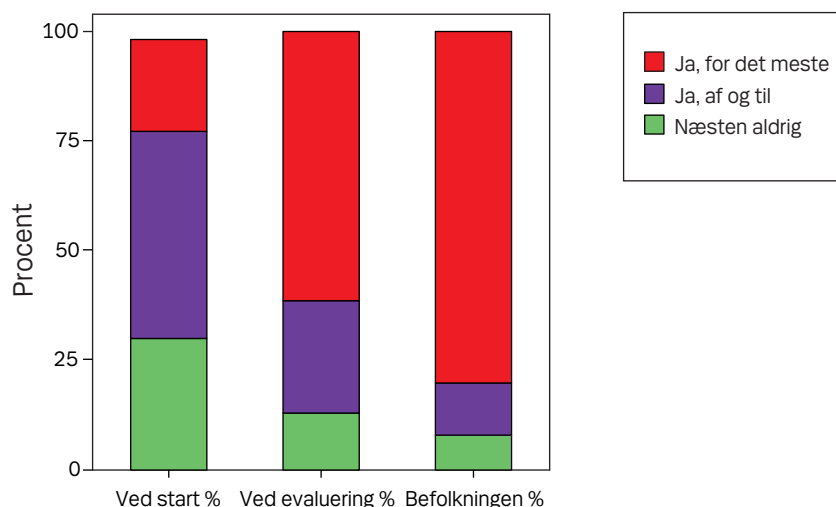
Udgangspunktet er et helbred, der for de fleste opleves som nogenlunde eller dårligt, men som i løbet af arbejdsfastholdelses processen nærmer sig befolkningens.

Det viser, at de praktiserende læger har henvist personer med et reelt og stort behov for rådgivning.

Spørgsmålet: "Føler du dig frisk nok til gøre det du har lyst til" retter sig også mod personernes funktion i fritiden. Det er en erfaring, at fritidslivet invalideres før arbejdslivet. Når det kniber med balance mellem helbred og arbejdsliv er det fritiden, familielivet, interesser og den personlige træning, der forsømmes.

Det fremgår tydeligt af svaret nedenfor (figur 7.6). Også her sker der en markant (og statistisk signifikant) bedring.

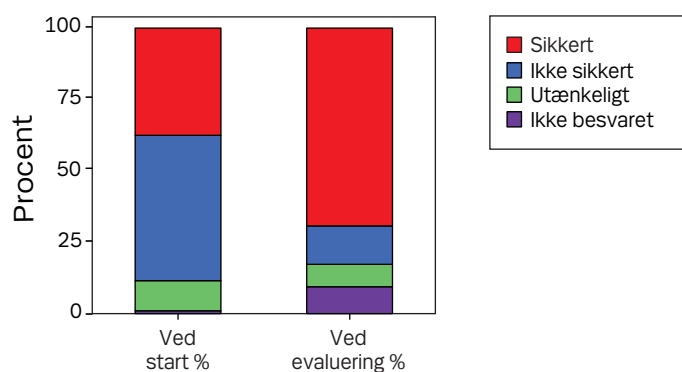
I betragtning af de mange personer, der ved afslutningen af projektet er i fleksjob, viser tallene en høj grad af normalisering af livet ved siden af arbejdet.

Figur 7.6. Føler du dig frisk nok til at gøre dét, du har lyst til?

Selv om de deltagende personers besvarelser ved evalueringen minder om besvarelserne blandt befolkningen generelt, er de ikke fuldstændig ens. I den forbindelse er det vigtigt at bemærke, at de deltagende personer ofte ikke er blevet 100 % kureret for deres lidelser – men de har været igennem en omstillingsproces, der betyder, at de stort set oplever, at de kan gøre som befolkningen generelt.

Tiltro til fremtiden: "Tror du, at du er i arbejde om 2 år?" (fig 7.7) er også et centralt spørgsmål i vores arbejde med at støtte og finde løsninger for personen.

Den positive udvikling betyder også, at nogle af de deltagende personer, der er uden arbejde, har fået tro på, at det nok skal lykkes dem at komme i gang igen og dermed blive fastholdt på arbejdsmarkedet.

Figur 7.7. Hvis du tænker på dit helbred, tror du så at du kan udføre dit arbejde om 2 år?

7.3. Arbejdsevne

I Finland har man i mange år arbejdet med et arbejdsevneindeks (WAI: Work Ability Index) (Tuomi 1998) som et mål for ansattes muligheder for at kunne fastholde et arbejde. Det bygger dels på lægediagnoser (antal) dels en række spørgsmål til patienten angående egen opfattelse af arbejdsevnen i forhold til de krav, der konkret stilles til vedkommende i det pågældende fag eller på den pågældende arbejdsplads. De enkelte (i alt 7) spørgsmål får et tal som sammenlægges til en samlet score, som anvendes til at bedømme arbejdsevne og behov for indsats til den enkelte.

Indekset har været afprøvet på arbejdspladsniveau og overfor enkeltpersoner og bruges i en række lande, også Danmark. Vi har valgt at tage enkelte spørgsmål ud og bruge besvarelserne direkte uden en samlet score.

Spørgsmålene har vist sig gode for kontakten og forståelsen af personens situation (anerkendelsen af det besvær der faktisk opleves) og velegnede til den proces, der skal skabe bedre balance mellem arbejde og helbred.

Er det et spørgsmål om at øge ressourcer for dermed bedre at blive i stand til at modstå kravene eller er kravene i forhold til helbredssituationen for høje? Skal der satses på at ændre kravene, ændre opgaverne, nedsætte arbejdstiden eller finde helt andet arbejde? Spørgsmålet lægger også op til en forståelse af, hvad personen (og virksomheden) forud for kontakten allerede har tænkt og forsøgt at gøre.

Tabel 7.8 viser arbejdsevne i forhold til helbred, hvor der er flere muligheder for at krydse af. Her vises den markante ændring, der sker i løbet af intervention og arbejdsfastholdelsesforløb:

Tabel 7.8. Arbejdsevne i forhold til helbred.

	Procent ved start	Procent ved evaluering
Der er intet til hinder/jeg har ingen sygdomme	0,0	20,2
Jeg er i stand til at udføre mit arbejde, men det giver nogle symptomer	54,9	46,2
Jeg må nogle gange sætte mit arbejdstempo ned/skifte metode	25,7	36,1
Jeg må ofte sætte mit arbejdstempo ned/skifte metode	39,6	13,4
På grund af mit arbejde føler jeg mig kun i stand til at arbejde deltid	59,0	23,5
Jeg synes ikke jeg er i stand til at arbejde	24,3	10,1

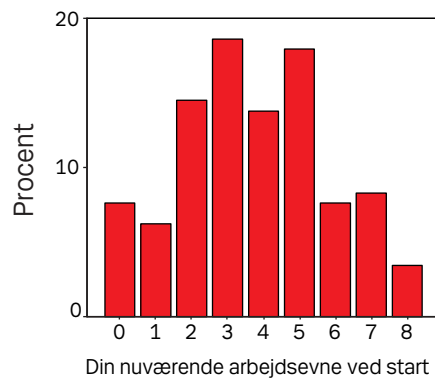
Dette spørgsmål suppleres med spørgsmål angående arbejdsevne i forhold til de fysiske krav henholdsvis de psykiske krav i arbejdet. Også her bliver der lagt op til et forebyggende sigte. Disse spørgsmål er meget afhængige af hvilket besvær patienten har. Er det bevægeapparat, er det de fysiske krav, og er det stress og depression, er det de psykiske.

Generelt fik vi indtryk af, at selv om man havde bevægeapparatbesvær kunne man godt angive arbejdsevnen som god i forhold til indhold, opgaver, kollegaer og ledelse eller andre elementer af det psykiske arbejdsmiljø.

For forebyggelsen og processen er det vigtigt at lytte til, hvor der skal sættes ind. For nogle sygdomme eks. hjertesygdomme og følger efter kræft er det ikke på forhånd givet, hvilke krav det for den pågældende er svært at leve op til.

Spørgsmålene om arbejdsevne afsluttes med et overordnet (globalt) spørgsmål: "Din nuværende arbejdsevne i forhold til da den var bedst.

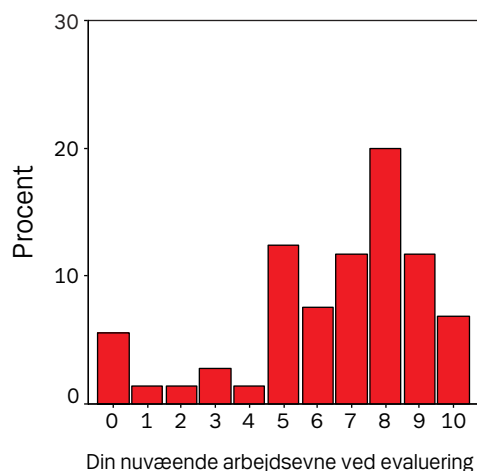
Forestil dig, at din arbejdsevne er 10 point værd, når den er bedst. Hvor mange point, vil du give din nuværende arbejdsevne? (0 betyder at du ikke kan arbejde for tiden, 10 betyder bedste arbejdsevne).

Figur 7.9. Din nuværende arbejdsevne ved start.

I projektet har dette spørgsmål ofte været en øjenåbner for både person og konsulent og dannet en fælles basis for den efterfølgende indsats (fig. 7.9). Tallene ved start lå mellem 0 og 8.

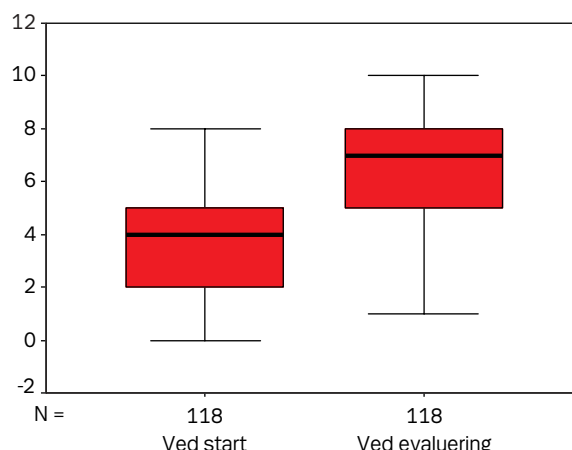
Det har været spændende at følge resultaterne og ved det afsluttende evalueringssamtale har det været en overraskelse for mange projektdeltagere, hvor meget tallene faktisk har rykket sig. Det kan være i kraft af nye opgaver, bedre afgrænsning af arbejdstiden eller tilkendelse af fleksjob.

Herved er opnået en balance, der giver signifikant bedre arbejdsevne (fig. 7.10), nu med tal op til 10.

Figur 7.10. Din nuværende arbejdsevne ved evaluering.

Resultatet kan illustreres på mange måder. I alt 92 har forbedret deres point, 13 stod på det samme ved evalueringen og 12 angav dårligere arbejdsevne, 9 var ikke besvaret.

Det kan også belyses ved at se på gennemsnit og forbedring før og efter (fig. 7.11):

Figur 7.11. Gennemsnit af ”din nuværende arbejdsevne” før og efter evaluering.

Gennemsnittet (den sorte streg) lå på knap 4 og det røde felt angiver den statistiske spredning. Ved evalueringen af de samme 118 personer (ud af de 126 interviewede) var gennemsnittet nu rykket til knap 7, næsten en fordobling. For 8 er spørgsmålet ikke besvaret eller relevant.

Sammenlignes med den Nationale ArbejdsmiljøKohorte (NAK) (personlig meddelelse fra Herman Buhr, NFA) ses tallene generelt at ligge lidt højere for mænd end for kvinder og aftage lidt med alderen. For 40-59 årige kvinder vil gennemsnittet for lønmodtagere ligge på omkring 8. For vores gruppe kan det konstateres, at der næsten er sket en normalisering af arbejdsevnen.

7.4. Tidsfaktorer

I vurderingen af interventionen og projektførløbet er tidsfaktoren vigtig. Det er påvist, at jo længere tid man er fraværsmeldt jo mindre er chancen for at vende tilbage til arbejdet: 40 % af sygemeldte mere end 13 uger var 5 år efter tilkendt førtidspension (Nord-Larsen 1991).

Som anført i tabel 5.7 er vores materiale særskilt i den forstand, at de fleste kun er kortvarigt, delvist eller ikke sygemeldt. Fra projektstart til der er fundet en løsning, er der gået i gennemsnit 7 måneder (0-23 måneder, 75 % inden for 10 måneder). Fra projektstart til evalueringstidspunktet er der gået i gennemsnit 16 måneder (8-26 måneder).

At tiden til løsning i gennemsnit har været 7 måneder viser noget om behovet for en aktivitet og opfølgning med henblik på en løsning. For mange af personerne har der enten ikke været tale om sygemelding eller kun en delvis sygemelding/raskmelding med typisk en gradvis øgning af arbejdstid undervejs.

Det er interessant, at hvor der er fundet en holdbar løsning, har det taget lige lang tid at finde den, uanset om man var sygemeldt eller ej og uanset årsag til besværet.

Det, der udtrykkes i forbindelse med genbesøget hos lægen, er 28 uddybende udsagn i forhold til at have opnået en styrkelse af ressourcer og arbejdsevne.

”at have lært at sige fra”

”at få flere vinkler på mine ressourcer”,

”nu at kunne kompensere”

”tænke positivt”

”at have genvundet troen på mig selv og at mit arbejdsliv fremover er holdbart”

Deltagende personer

For de personer, der har været sygemeldte fra starten af projektsamarbejdet, er det interessant at se på forløb og varighed fra sygemelding til løsning (i gennemsnit 11 mdr.). I dette projekt er løsning ikke lig med raskmelding, da der typisk har været sket en delvis raskmelding undervejs og efter fuld raskmelding kan have været et opfølgingsbehov, indeholdende justering af arbejdsopgaver, fortsat samtale med arbejdspsykolog, møde på arbejdsplads m.m.

Alt i alt har det vist sig, at en stabil og holdbar arbejdsmarkedsfastholdelse er en langvarig proces, som stiller store krav til tålmodighed og samarbejde mellem den ansatte, virksomhederne og de involverede læger, sagsbehandlere og konsulenter. I dette projekt er det glædeligt at se, at der også findes løsninger for stresspatienterne, at de kan komme tilbage i arbejdet og at det sker i samme udstrækning som for bevægeapparatbesvær og indenfor samme tid.

7.5. Lægen om interventionen

Udgangspunktet for projektets samarbejde med lægerne var at skabe en henvisningsmulighed, når man som person henvender sig til lægen på grund af helbredsmæssige vanskeligheder. Det er personens dialog med sin læge, der har været afgørende for, om vedkommende er blevet henvist til CAFs tværfaglige rådgivning.

83 af deltagerne gennemgår CAF interventionen ved genbesøget med den henvisende læge ud fra den problemstilling, der dannede grundlag for henvisningen til CAF – dvs. en fornyet dialog om hvad der er sket. Er situationen løst? Hvilke redskaber har været væsentlige? Og hvad er perspektiverne for samarbejdet?

Hovedparten af såvel læger som henviste personer har deltaget aktivt i evalueringen af projektet med rigtig mange tilkendegivelser af, at der her er fundet en naturlig, lettilgængelig arbejdsgang til et relevant tilbud, der er handlingsrettet og kan skræddersyes ud fra den enkelte og arbejdspladsens behov. Et tilbud, der kan benyttes, når der er usikkerhed omkring det holdbare i at fortsætte sit arbejdsliv som hidtil.

”den gode kommunikation med CAF er vigtig”.

”i de mere komplekse sammenhænge og symptomer, kan lægen opleve et større behov for at få hjælp fra et team”

Praktiserende læger

Lægen ønsker fortsat henvisningsmuligheder

Dvs. et tilbud der kan give viden, støtte eller praktisk hjælp og som matcher *”det som lægen og patienten står med”* (tabel 7.12) Lægen ønsker ikke at varetage funktionen selv.

Tabel 7.12. Lægens ønske om rådgivning

	Antal	Procent
At jeg kan henvise til CAF	74	90,2
At jeg kan varetage funktionerne selv	5	6,1
At funktionerne er i kommunen	46	56,1
At funktionerne er på arbejdspladsen	40	48,8
Andet	4	4,9

Mange såvel læger og personer har tilkendegivet at savne henvisningsmuligheden nu hvor projektet er stoppet. Der eksisterer ikke noget alternativ.

8. Diskussion og perspektiver

8.1. Lægens rolle

Dette projekt har vist, at det er muligt og værdifuldt af få lægerne som samarbejdspartnere i forbindelse med tidlig arbejdsfastholdelse eller tilbagevenden til arbejdet. Vi er med en enkelt tilgang nået ud til 31 % af lægerne i det tidligere Frederiksborg Amt.

Lægerne vil gerne bruge enkle og kendte henvisningsmetoder, og de vil selvfølgelig gerne have en tilbagemelding til brug for deres videre opgaver i forhold til patienten. Det er tydeligt, at lægen har fundet tilbagemeldingerne fra CAF undervejs i samarbejdsforløbet betydningsfulde i sine samtaler med patienten. Lægen har følt sig velorienteret og som en del af et tværfagligt samarbejde.

Lægerne fremhæver endvidere det betydningsfulde i muligheden for at kunne kontakte CAF i tvivltilfælde. Oftest har tvivlen netop handlet om, hvor vidt det var relevant i en given situation at henvise en specifik person til CAF. Denne kommunikationsform har af lægerne været oplevet som enkel og god.

Derudover udtrykker lægerne, at det er væsentligt med en organisering, så man hurtigt kan træffe det tværfaglige team.

”Vigtigt at kunne gøre noget, inden patienten bliver social klient”

Praktiserende læge

Projektet har vist, at lægerne, både i praksis og på hospital, kan udpege relevante patienter med problemer, der nødvendiggør en indsats.

Det er vigtigt at gøre sig klart, at tilgangen i dette projekt er væsentlig anderledes end ved projekter, der tager udgangspunkt i en sygemelding. Personen melder sig fraværende på virksomheden og for funktionærers vedkommende på tro og love. Egen læge opsøges kun, hvis der er sygdom at undersøge eller behandle og derfor ikke, hvis personen kan håndtere det selv eller eks. behandles hos speciallæge. Kun hvis virksomheden (afhængig af aftaler eller overenskomst) eller kommunen (efter 8 uger) ønsker en attest opsøges egen læge i forbindelse med sygemelding. Lægen ved derfor i mange tilfælde **ikke**, at personen forud har fraværmeldt (sygemeldt) sig. Egen læge er derfor ikke en naturlig part i et fraværforløb som sådan – og lægerne ønsker ikke at være myndighedernes eller virksomhedernes kontrol overfor deres patienter.

I dette projekt er det vist, at det er vigtigt at gå en anden vej og i samarbejdet med lægerne fokusere på arbejdsfastholdelse. Problemet løses efter vores mening ikke med lægeattester, som ofte kun giver et øjebliksbillede og har deres begrænsning i forhold til en længere omstillingsproces, som vi har beskrevet her.

I projektperioden er der indført nye attester, der har til formål at få lægerne til at skrive, hvad deres patienter formodes at kunne arbejde med. Tilbagemeldingen til CAF fra både læger, virksomheder og kommuner er, at det ikke fungerer.

For lægernes vedkommende på grund af begrænset viden om de faktiske arbejdsforhold, og fordi lægerne ikke ønsker at risikere at skade deres patienter ved at skrive noget forkert. Lægerne finder, at det er svært at vide, hvad det er kommunerne i virkeligheden ønsker i attesterne, da lovgivningen og administrationen heraf løbende ændres.

Kun en lille del af de praktiserende lægers normale daglige arbejde angår patienter/sygdomme, hvor spørgsmål om arbejdsmarkedsforhold er relevant.

Vi troede ved starten af projektet, at vi kunne møde lægen og patienten i lægens konsultation, men det viste sig ikke praktisk muligt. Projektet har også givet et andet klart svar: lægerne ønsker ikke at komme med ud til møder på arbejdspladsen.

Af besvarelsenerne på geninterviewerne mellem læge og patient fremgår det, at lægerne gennem projektets patienttilgang har lært meget om redskaber, sociale – og arbejdsmarkeds-mæssige forhold til brug for støtte til patienterne.

”Vi skal ikke beskytte vores patienter mod arbejdspladsen, men drøfte med dem, hvad der kan gøres i samarbejde med arbejdspladsen”

Praktiserende læge

8.2. De henviste personers vilkår

Dette projekt har en række ligheder og forskelle i forhold til andre projekter angående tilbagevenden til arbejdet (Forebyggelsesfonden 2007). INUA projektet, angående bevægeapparatbesvær, er mest sammenligneligt, da udgangspunktet også var, at alle var ansat ved start (og 44 % ikke sygemeldt). Her var 75 % stadig ansat ved evaluering, svarende til resultatet i dette projekt.

De fleste andre projekter har taget deres udgangspunkt i grupper af sygemeldte. KIA projektet (Kilsgaard 2006), der omfatter bevægeapparatbesvær havde en fuldtidsraskmelding efter 1 år på 78 %. I ATTSA projektet (Jensen 2007) var 67 % i arbejde eller revalidering ved 1 års opfølgelsen.

Til forskel fra de andre projekter har vi 37 % med stress, depression og angst. En gruppe som udgør et stigende arbejdsmiljøproblem på det danske arbejdsmarked og et øget antal dagpengemodtagere i kommunerne. I dette projekt er 77 % af de stressramte stadig ansat ved evalueringen, hvilket er sammenligneligt med de 82 %, der er i arbejde 1 år efter et forløb på Stressklinikken (Netterstrøm 2007).

Det påskønnes af de praktiserende læger, at de kan henvise til flerfaglighed, idet behovet i disse tilfælde er stort med hensyn til psykologbistand, som ellers ikke kan bevilges via sygesikringen. Vi har gjort brug af arbejdspsykolog for 74 % af personerne med stress.

De henviste personer fremhæver i forbindelse med evalueringen det betydningsfulde ved, at *”CAF giver sig tid til at drøfte situationen og til, at man møder de relevante faglige facetter”*. Det opleves som at *”blive taget alvorligt”* og skaber et grundlag for også selv at kunne handle. Endvidere fremhæves det faktum, at man kan bruge tilbuddet om tværfaglig rådgivning før sygemelding og for at undgå en sygemelding.

Der er, måske fordi kvinder i højere grad end mænd opsøger egen læge, henvist langt flest kvinder. Skal der ændres på dette, må man nok tænke i andre supplerende henvisningsmuligheder, f.eks. gennem fagforeningerne eller ved at give personerne mulighed for enten selv at henvende sig eller gå via virksomhederne.

8.3. Virksomheden som part i processen

Dette projekt viser, at de ansatte kommer fra mange små eller mellemstore virksomheder, der ikke har ressourcer eller HR afdelinger til at følge med i den seneste sociale lovgivning og de muligheder, der ligger heri. Det er altså kun engang i mellem, at de har en medarbejder med problemer, og de vil så gerne modtage rådgivning med udgangspunkt i deres konkrete produktionsforhold. I vores projekt giver de udtryk for, at kommunerne er svære at komme i kontakt med. Det er et væsentligt problem i forhold til de afklaringer af tidshorisonter, som er så vigtig i forbindelse med virksomhedernes planlægning.

I projektet har det vist sig, at der ikke er ikke forskel på brugen af forskellige interventionsredskaber i offentlige og private virksomheder. Der er den samme brug af rundbordssamtaler, delvis sygemelding/raskmelding og muligheder for ændring af arbejdsindhold og omplacering. Antallet af fleksjob er det samme for offentlige som private arbejdspladser.

Et særligt problem har i vores projekt været de selvstændige med kun sig selv eller få ansatte. De har oplevet at blive afvist af deres hjemkommune, skønt de alle havde stort behov for hjælp. To fik efterfølgende personlig assistance foranlediget af CAF.

Virksomhederne giver udtryk for ikke at kunne bruge oplysningerne på de nye fraværsattester og ønsker i stedet personlig rådgivning om mulighederne for den enkelte ansatte.

Dette projekt viser, at arbejdsfastholdelsen kan styrkes ved en indsats på egen arbejdsplads. For mange virksomheder har det været væsentligt at CAF ikke er en myndighed, men en neutral rådgiver for såvel personen som for virksomheden.

Virksomhederne har et behov for rådgivning ud fra deres betingelser. Det vil kunne indebære, at der kan forekomme fysiske belastninger og mere ensidige opgaver, men indenfor denne ramme, kan der ofte skabes en variation, pauser eller andet, der gør, at den ansatte ikke belastes yderligere i forhold til den konkrete sygdom.

Med bevægeapparatbesvær kan der godt være egnede rengøringsopgaver, køkkenarbejde eller arbejde som operatør på maskiner.

Det er derfor vores erfaring, at der også er acceptable opgaver i såkaldt "tunge erhverv", og at det kan være et misforstået hensyn der fører til udstødning fra arbejdsmarkedet, hvis man råder til ophør i et fag uden reelt at kende de konkrete arbejdsforhold og eksisterende arbejdsmiljø.

Det er vores indtryk, at virksomhederne – ligesom personen selv – gerne vil afprøve nye muligheder, men der er tvivl om, hvad der kan lade sig gøre/er forsvarligt/vil være godt helbredsmæssigt og socialt. Virksomhederne mangler – ligesom personen selv – information om lovgivningens støttemuligheder. Et behov der bør tages alvorligt og imødekommes med relevante tilbud.

Der er endvidere et ønske fra virksomhederne om at vide, hvordan andre har løst samme eller tilsvarende problemer.

Rådgivningen af virksomheder og ansatte med besvær har i flere tilfælde en afsmittende effekt på forbedring af arbejdsmiljøet for de øvrige ansatte, hvormed rådgivningen ofte også bidrager til en generel forebyggelse.

Der er også i dette projekt store og små virksomheder, offentlige som private, der ikke har ønsket at medvirke i rundbordssamtaler og ikke har villet medvirke til etablering af fleksjob, med mindre de faktisk økonomisk dækning på mindst 100 %.

8.4. Kommunernes rolle

Det er ikke kommunerne, der er i fokus i dette projekt, så vi har ikke indsamlet specifikke data angående sagsbehandlingen som sådan. Mange problemer har alene været løst i samarbejde med virksomhederne.

Det er dog vores indtryk, at der er stor forskel på praksis i de forskellige kommuner. Nogle deltager aktivt i møder, andre anmoder om at blive holdt orienteret, og andre igen vil hellere klare det hele selv, uden supplerende oplysninger udefra.

Det er et stort problem, at der er en meget stor udskiftning blandt sagsbehandlerne. Det forlænger sagsgangen, skaber utryghed, irritation og forvirring hos såvel ansatte som virksomheder.

Hvis en person har mistet arbejdet undervejs i projektperioden har det ofte betydet, at der er kommet en pause i et ellers aktivt fraværsforløb, og der har manglet en anvisning af relevant yderligere afprøvning på anden arbejdsplads, f.eks. på nedsat tid eller med særligt tilpassede opgaver.

Det er oplevet i projektet, at sagsbehandlingen kan være ubeslutsom, punktvis og bundet af dokumentation. Attester har fyldt meget.

Sat på spidsen har vores tegner illustreret det således:



I flere tilfælde har det virket befordrende på sagsgangen, at CAF er inde i billedet og i samarbejde med og efter anmodning fra kommunen kommer med supplerende oplysninger. I 49% af forløbene har der været samarbejde med kommunen, heraf har CAF i 20 sager udfærdiget egentlige speciallægeerklæringer omkring helbredsforhold og forløb på arbejdspladsen. Dette til støtte og som grundlag for beslutninger omkring fleksjob, revalidering eller pension. Der er gode erfaringer med at tage sagsbehandler med ud på virksomhederne i projektet. De kan give nogle af de svar, virksomhederne mangler, f.eks. omkring tidsperspektiver for en afgørelse, og sagsbehandleren får en helt anden fornemmelse for personen, arbejdskravene og opgaverne.

8.5. Andre aktører

I projektet er der blevet etableret et smidigt og konstruktivt samarbejde med den tidligere arbejdsformidlings **handicapkonsulent**, der gerne har deltaget i rundbordssamtaler, hvis der var behov for personlig assistance og hjælpemidler. En ordning, der ikke er særlig kendt på arbejdspladser, i kommuner, af de ansatte eller af lægerne. Ordningen er brugbar for konkrete handicap, der kan aflastes, og hvor arbejdsevnen ikke nødvendigvis er nedsat med 50 % i ethvert erhverv. Den er her brugt hos 7 personer, heraf 1 der også har fleksjob. Også ordningen med hjælpemidler er stærkt underprioriteret, men indgår som et naturligt opmærksomhedspunkt ved den ergonomiske og arbejdsmedicinske vejledning i CAF.

Fagbevægelsen har naturligt været repræsenteret enten af lokal tillidsrepræsentant eller fra fagforeningen, hvor den ansatte har ønsket det, eller hvor det indgår i arbejdspladsens almindelige

samarbejde, hyppigst på de tidligere amtslige arbejdspladser. Nogle virksomheder og fagforeninger har i overenskomsten fortsat 120 dages regel og har særaftaler omkring ansatte, der har fået foretaget arbejdsskadeanmeldelser. Det har betydet berettigelse til sygedagpenge, men ikke nødvendigvis aktivitet fra kommunernes side, hvor man har afventet arbejdsskadestyrelsens afgørelse, hvilket har blokeret for løsninger. Hvis sagen senere er afvist, hvad der ofte sker for erhvervs sygdomme, er den ansatte kommet langt hen i sygdomsforløbet og er i risiko for at miste ydelser.

CAF har i projektet samarbejdet med **Arbejdsskadestyrelsen** om forebyggelse af skadevirkninger og udstødelsen fra arbejdsmarkedet på grund af arbejdsskader. Det vides, at dette udgør en stor samfundsmæssig udgift og forsikringsmæssigt er det de 20 % tungeste sager, der vægter mest. Samtidig er det tidligere påvist, at en løbende arbejdsskadesag kan være med til at modvirke en arbejdsfastholdelse.

Der har i projektet været et fokus på sager med erhvervsevnetab, der skyldes anerkendte arbejdsskader. I 2 sager var det gennem sygdomsforløbet dokumenteret, at den ansatte kun kunne klare maksimum 30 timers arbejde per uge, ikke var berettiget til anden forsørgelse i form af eks. fleksjob og derfor stod til at miste indtægt ved arbejdsnedgang fra 37 timer. Ved en grundig belysning af sagen fra CAF og en hurtig afgørelse fra Arbejdsskadestyrelsen på 20 % erhvervsevnetab, blev de pågældende sikret økonomisk og kunne derefter gå ned i tid efter aftale med deres arbejdsplads.

Sagerne rejser det spørgsmål om mange arbejdsskadesager kunne fortjene en tidligere tværfaglig rehabilitering, hurtigere evt. midlertidig afgørelse om erhvervsevnetab og dermed besparelser på udgifter og besvær.

8.6. Organiseringen af den tværfaglige indsats

Det tværfaglige CAF team, der har været anvendt i dette projekt, har bestået af social/arbejdsmarkedsfaglige konsulenter, arbejdsmedicinere, arbejdspsykologer og fysioterapeuter. Det har været en succes at arbejde med en smidig rådgivningsform, hvor tværfagligheden ikke var fastlagt på forhånd, men fleksibel. Dvs. at det har været den enkelte person og situation, der har afgjort, hvilke fagligheder og fastholdelsesredskaber, det har været relevant at inddrage i det enkelte forløb, og det har været let at inddrage flere fagligheder efter behov.

I mange af sagerne med bevægeapparatbesvær er der en udtalt mangel på koordinering og opfølgning i det traditionelle behandlingssystem. Det er derfor et stort plus, at projektet – i kraft af tværfagligheden og den smidige rådgivningsform – kan trække på aktiv fysisk træning og kan kombinere det med en personlig ergonomisk gennemgang af den ansattes arbejdsopgaver. Det gælder både ved at kunne bekræfte, at arbejdsprocedurerne er OK og ved at kunne foreslå ændringer, hjælpemidler m.m. På den måde repræsenterer vi et andet skæringsfelt mellem rådgivning og behandling end det ses i det traditionelle system.

Tværfagligheden og de forskellige vinkler er med til at finde de rigtige løsninger – f.eks. kan smerte bearbejdes på flere planer, både gennem fysisk træning og samtale med arbejdspsykolog, på en måde, der kobles til samarbejdet i øvrigt.

En faglighed der savnes er en diætist, idet der har været en del ansatte med bevægeapparatbesvær kombineret med en betydelig overvægt, og hvor et vægttab i sig selv ville øge trænings- og arbejds muligheder betydeligt.

At der udføres flere indsatser på samme tid kalder vi i CAF parallelle forløb, tegnet således for en kvinde med ondt i ryggen:



Der kræves stor smidighed, forståelse og indføling for at kunne løse de til tider vanskelige og kaotiske sager, hvor mange parter kræver, at netop deres synspunkter bliver hørt. At arbejde med lange tidshorisonter, der kan være nødvendig for en helbredsmæssig erkendelse af nedsat funktion hos den ansatte og samtidig arbejdsmæssig tilpasning af opgaver på arbejdspladsen, er en opgave med store udfordringer og gevinster når det lykkes.

8.7. Samfundsmæssige perspektiver

I projektets midterste fase fra perioden 01.12.05 - 01.12.06 er der, på et år, startet og afsluttet ca. 100 personer. Lønomskostninger til det tværfaglige konsulentteam har i denne periode ligget på ca. 1½ mill. kr., hvilket modsvarer at et forløb i gennemsnit koster kr. 15.000.

Det dækker selvfølgelig over stor variation fra 1 indledende samtale med 1 eller 2 konsulenter, 1 rundbordssamtale og 1-2 opfølgende samtaler, til et kompliceret forløb med 4 konsulenter og gentagne virksomhedsbesøg.

I KIA projektet angående sygemeldte med bevægeapparatsbesvær og 3 måneders indsats lyder beregningen på kr. 12.000-15.000 for en tværfaglig rehabiliteringsindsats med en gevinst på kr. 65.000 per forløb.

Overføres denne beregning til vores 145 forløb, bliver gevinsten på kr. 9.425.000.

Medtages sparede udgifter ved tilkendelse af førtidspensioner, vil beløbet blive langt højere

Det kan diskuteres om 164 henvisninger på 1½ år er meget eller lidt. Vi har haft kontakt med 77 af ca. 250 praktiserende læger i amtet eller 31 %, de fleste med en enkelt eller 2 henvisninger. Vi skønner at en aktiv opmærksomhed på arbejdsfastholdelse og en udvidelse af muligheden for henvisning vil betyde mellem 300-500 henvisninger til tidlig rådgivning, i hvert fald i en begyndelsesfase. I halvdelen af sagerne vil der kunne findes en løsning uden, at jobcentrene nødvendigvis er indblandet. Der er således ikke grund til at afvente en sygemelding.

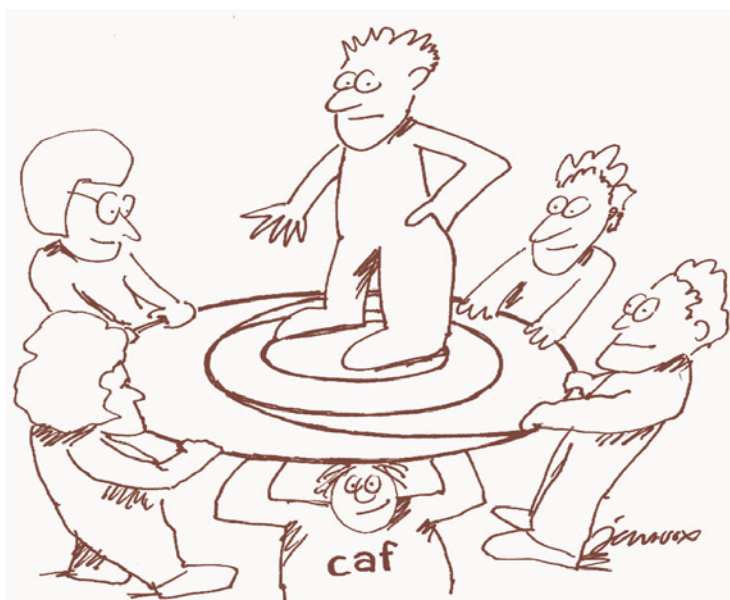
De ortopædkirurgiske og reumatologiske hospitalslæger indgår i projektet med henvisning af 13 personer, men det skønnes, at behovet for CAF rådgivning godt kunne være 200 per år. Et skøn, der bygger på interview af hospitalslæge. Ydermere er der nu sket den ændring, at genoptræningen er flyttet fra hospitalerne til kommunerne og at lægernes mulighed for tidlig rådgivning om erhvervsforløb dermed flyttes. Det kan give usikkerhed om, af hvem og hvornår den gives. Andre hospitalsafdelinger, eks. medicinske, neurologiske kunne også tænkes at have mange patienter med behov for arbejdsmarkedsrådgivning i stedet for udskrivning til passiv sygefravær eller arbejdsopgaver, de ikke magter på grund af de opståede helbredsforhold.

For hele Frederiksborg Amt (nu sygehusområde Nord i region Hovedstaden) skønnes der samlet at kunne være et potentiale på 500 lægehenvisninger til tværfaglig arbejdsmarkeds rådgivning.

Som det ser ud i dag, vurderer vi, at kommunerne og jobcentrene ikke har den nødvendige kompetence og bemanding, er bundet op af andre opgaver og således ikke vil være i stand til at yde en neutral, tværfaglig og tværsektoriel rådgivning.

Vi er ikke i tvivl om, at der er et stort udækket behov for den type af rådgivning, som er udviklet gennem dette projekt. Det giver god mening, at tilbyde de praktiserende læger og hospitalslæger at kunne henvise til et regionalt center med de nødvendige kompetencer. Med overrepræsentation af kvinder i projektet 'in mente', er det væsentligt også at skabe en arbejdsgang, som betyder at mænd får adgang til en tidligere indsats. Personen selv, virksomheder, fagforeninger og kommuner skal også kunne bruge centeret, hvor forebyggelse og forskning skal sikre den nødvendige udvikling. Et sådant CAF kunne ligge i tilslutning til regionernes arbejdsmedicinske klinikker.

Vores model for en tværfaglig tværsektoriel rådgivning med den ansatte i centrum og de relevante parter i samarbejde understøttet af et CAF, ser således ud:



9. Referencer

- Beskæftigelsesministeriet 2003. *Det gør vi ved sygefraværet*.
- Beskæftigelsesministeriet, Nordisk råd 2005. *Nordiske initiativer til nedbringelse af sygefravær*.
- Bonde JP, Rasmussen MS, Hjøllund H, Svendsen SW, Kolstad HA, Jensen LD, Wieclaw J. 2005. *Occupational disorders and return to work: a randomized controlled study*. J Rehabil Med: 37:230-35.
- Dalsgaard Charlotte, Tine Meisner, Kaj Voetmann. 2002 *Værdsat – værdsættende samtale i praksis*. Psykologisk Forlag.
- Dalsgaard Charlotte, Tine Meisner og Kaj Voetmann (red). 2003 *Forvandling. Værdsættende samtale i teori og praksis*. København.
- Damgaard B, Boll J. 2007. *Opfølgning på sygedagpenge – del I. Kommuners, lægers og virksomheders erfaringer med de nye regler*. København. Socialforskningsinstituttet 07:01.
- Ebbehøj N, Nielsen CV, Møller US, Hilden J, Maltesen M. 2006: *Når læger involveres i sygemelding VI: Månedsskr Prakt Lægegering*: 84:1337-43.
- Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M et al. 2006. *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987*. København. Statens Institut for Folkesundhed.
- Eshøj P. 1996. *Sygefravær hvorfor*, Sydjysk Universitetsforlag.
- Fabricius-Bjerre N, Nielsen K. 2006: *Når læger involveres i sygemelding III*. Månedsskr Prakt Lægegering: 84:933-45.
- Forebyggelsesfonden. 2007. *Review om Tilbage Til Arbejde (TTA) fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø*.
- Franché R-L, Krause K. 2002. *Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace and insurance factors*. J Occup Rehab: 12:233-56.
- Hilden J, Maltesen M, Nielsen CV, Ebbehøj N, Møller US. 2006: *Når læger involveres i sygemelding IV: Månedsskr Prakt Lægegering*: 84:1071-84.
- Høgelund J, Filges T, Jensen S. 2003. *Langvarigt sygefravær*, NFA.
- Jensen AGC 2007. *Projekt ATTSA (Arbejdsfastholdelse ved Tidlig indsats og Tværfagligt Samarbejde)*. Personlig meddelelse.
- Kilsgaard J. 2006. *Koordineret indsats for Arbejdsfastholdelse*, NFA, Syddansk Universitet, Vejle Amt.
- Klug-Andersen M, Nielsen H, Thomsen J F, Kristensen TR. 2003. *INUA-projektet. Intervention mod Nedslidning og Udstødning fra Arbejdsmarkedet*. BST Danmark a/s og Arbejdsmedicinsk Klinik, Glostrup.

- Københavns Kommune. 2001 *Evaluering af Team for Arbejdsfastholdelse, A-teamet*. PLS Rambøll Management. København.
- Larsen AI, Wagner P, Munch-Petersen L. 2007. *Arbejdsfastholdelse i praksis*. Månedsskr Prakt Lægegerning; 85: 891-97.
- Labriola M, Lund T, Christensen KB. 2007. *Resultater af sygefraværersforskning 2003-2007*, NFA.
- Loisel P. 2005. *Intervention for return to work – what is really effective?* Scand J Work Environ Health 2005; 31:245-7.
- Loisel P, Lemaire J, Poitras S et al. 2002. *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study*. Occup Environ Med 59:807-15.
- Lund T, Jensen C, Nielsen ML og Borg V. 2003. *Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv*. NFA.
- Lund T. 2003. *Tilbagevenden til arbejde*, NFA.
- Maltesen M, Hilden J, Nielsen CV, Ebbenhøj N, Møller US. 2006: *Når læger involveres i sygemelding V*: Månedsskr Prakt Lægegerning: 84:1203-17.
- Mortensen O, Bang J, Ebbenhøj N. 2007. *Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem kommune, læger og virksomheder*, Arbejdsmedicinsk Klinik på Bispebjerg Hospital.
- Møller US, Nielsen CV, Ebbenhøj NE, Hilden J, Maltesen M, 2006: *Når læger involveres i sygemelding I*. Månedsskr Prakt Lægegerning: 84: 701-10.
- Netterstrøm B, Bech P, Eller N. 2007. *Erfaringer fra en stressklinik*. Ugeskr Læger; 169:132-7.
- Nielsen CV, Møller US, Hilden J, Maltesen M, Ebbenhøj NE, 2006: *Når læger involveres i sygemelding II*. Månedsskr Prakt Lægegerning: 84:835-46.
- Nord-Larsen M. 1991. *Langvarig sygdom – problemer og konsekvenser*. Socialforskningsinstituttet. 1991.
- PLS Rambøll, 2001. *Evaluering af Team Arbejdsfastholdelse, A-teamet*, PLS Rambøll.
- Thorsen T, Thomsen CH. 2006. *Den praktiserende læge, sygemeldingen og samarbejdet med socialforvaltningen*. Månedsskr Prakt Lægegerning: 84:
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. *Work Ability Index*. 1998. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.



caf Center for ArbejdsFastholdelse

Center for ArbejdsFastholdelse (CAF) er dannet af Arbejdsmedicinsk Klinik i Hillerød og Trollesbo, som et tilbud om tværfaglig støtte til arbejdsfastholdelse

Center for Arbejdsfastholdelse
Arbejdsmedicinsk klinik
Hillerød Hospital
Helsevej 2
3400 Hillerød

Telefon: 48 29 35 31
E-mail: info@c-a-f.dk
www.c-a-f.dk