

Ársrit um starfsendurhæfingu **2013**



VIRK Starfsendurhæfingarsjóður



Stjórn og framkvæmdastjóri VIRK

Sitjandi frá vinstri :

Elín Björg Jónsdóttir, Vilhjálmur Egilsson, Ágústa Hlín Gústafsdóttir, Vigdís Jónsdóttir, Hannes G. Sigurðsson, Sólveig Pétursdóttir

Standandi frá vinstri:

Sigurður Bessason, Páll Halldórsson, Þóra Hallgrímsdóttir, Kristján Þórður Snæbjarnarson, Þórður Á. Hjaltested, Stefán Einar Stefánsson, Þórey S. Þórðardóttir, Guðmundur Þórður Ragnarsson.

Á myndina vantar Gylfa Arnbjörnsson.



Starfmenn VIRK

Fremst frá vinstri:

Sveina B. Jónsdóttir, Ása D. Konráðsdóttir, Jónína Waagfjörð, Vigdís Jónsdóttir, Sigurður Þ. Sigursteinsson

Önnur röð frá vinstri:

Margrét Gunnarsdóttir, Soffía Eiríksdóttir, Þorsteinn Sveinsson, Baldína H. Ólafsdóttir, Margrét H. Theodórsdóttir, Soffía Vernharðsdóttir, Alda J. Ólafsdóttir, Guðbjörg Róbertsdóttir

Aftasta röð frá vinstri:

Ingibjörg Loftsdóttir, Héðinn Jónsson, Smári Pálsson, Kristín Jónsdóttir, Kamilla Gísladóttir, Erla K. Óskarsdóttir. Á myndina vantar Ástu Ágústsdóttur.

Nánari upplýsingar um starfsmenn er að finna á heimasíðu sjóðsins

www.virk.is

Stjórn

Starfsendurhæfingarsjóðs

Ágústa Hlín Gústafsdóttir formaður
Gylfi Arnbjörnsson, varaformaður

Meðstjórnendur

Elín Björg Jónsdóttir,
Hannes G. Sigurðsson
Inga Rún Ólafsdóttir
Kristján Þórður Snæbjörnsson
Sigurður Bessason
Sólveig Pétursdóttir
Stefán Einar Stefánsson
Vilhjálmur Egilsson
Þóra Hallgrímsdóttir
Þórður Á. Hjaltested
Þórey S. Þórðardóttir

Varamenn í stjórn

Álfheiður M. Sívertsen
Friðbert Traustason
Guðmundur Þórður Ragnarsson
Halldór Árnason
Hjördís Þóra Sigurbórsdóttir
Kristín Á. Guðmundsdóttir
Páll Halldórsson
Sigurlaug Kristín Jóhannsdóttir

Ritstjórn Ársrits VIRK

Ingibjörg Þórhallsdóttir ritstjóri
Vigdís Jónsdóttir
Ása Dóra Konráðsdóttir

Viðtöl

Guðrún S. Guðlaugsdóttir



STARFSENDURHÆFINGARSJÓÐUR

VIRK Starfsendurhæfingarsjóður

Guðrúnartúni 1 / 105 Reykjavík

Sími: 5355700

virk@virk.is

www.virk.is

Efnisyfirlit

VIRK - Starfsendurhæfingarsjóður

• Starfsendurhæfingarsjóður- Starfsfólk og stjórn VIRK	2
• Efnisyfirlit	3
• Aukið hlutverk og skýr sýn	Vigdís Jónsdóttir 4
• Hvað finnst notendum um þjónustu VIRK?	Ingibjörg Þórhallsdóttir 16
• Ráðgjafar VIRK	18
• Það þarf breitt bak	Viðtal við Hlín Guðjónsdóttur 20
• Allt er mjög vel skipulagt hjá VIRK	Viðtal við Pétur Gauta Jónsson 23
• Lífgjöfin	Viðtal við Írisi Jónsdóttur 26

Samstarf

• Starfið er mikil lífsfylling	Viðtal við Sigurbaldur Kristinsson 28
• Vinnuþrófanir á vegum VIRK	Ingibjörg Loftsdóttir 29
• Góð reynsla af vinnusamningi	Viðtal við Ingþór Bergmann 30
• Árangur VIRK gengur oft kraftaverki næst	Viðtal við Ófeig T. Þorgeirsson 32
• Starfsþjálfun er mikilvægur hluti starfsendurhæfingar	Gerður Pétursdóttir 34
• IPS er árangursrík aðferð í starfsendurhæfingu	Sveina Berglind Jónsdóttir 37
• Nýtt endurhæfingarúrræði fyrir geðrofssjúklinga lofar góðu	Viðtal við Nönnu Briem 41

Starfsendurhæfing í alþjóðlegu samhengi

• Starfsgeta, þátttaka og velferð	Vigdís Jónsdóttir 44
• Stóra TTA verkefnið í Danmörku	Margrét Gunnarsdóttir 52
• Notkun þjóðskrárupplýsinga til að meta árangur af vinnutengdri starfsendurhæfingu	Irene Öyeflaten 57

Aðsendar greinar

• Ósértæk hugræn atferlismeðferð við þunglyndi og kvíða	Magnús Blöndahl Sighvatsson o.fl. 62
• Hugræn atferlismeðferð við þrálátum verkjum	Magnús Ólason 68
• Gott starfsumhverfi, innri starfshvöt og þjónandi leiðtogar	Sigrún Gunnarsdóttir 73
• Vinnutengd líðan og heilsa á tímum efnahagsþrenginga	Ásta Snorradóttir 78

Upplýsingar

• Útgáfa VIRK	82
---------------	----

Aukið hlutverk og skýr sýn

Árið 2012 var viðburðarríkt í starfsemi VIRK. Umfang starfseminnar hélt áfram að vaxa með mikilli eftirspurn eftir þjónustunni ásamt samstarfi við stéttarfélög, atvinnurekendur, lífeyrissjóði, stofnanir innan velferðarkerfisins og fjölbreyttan hóp fagaðila um allt land. Mikil vinna fór í að þróa og bæta vinnulag meðal annars með áherslu á þverfaglega og árangursríka nálgun í flóknum málum. Aukin vitneskja um starfsemi VIRK og samstarf við ýmsa fagaðila innan velferðarkerfisins varð ennfremur til þess að stærri og fjölbreyttari hópur leitaði aðstoðar hjá VIRK og þar með talinn hópur sem glímir við mjög flókinn og fjölþættan vanda.



Lög um atvinnutengda starfsendurhæfingu og starfsemi starfsendurhæfingarsjóða

Í lok ársins 2012 breyttist og skýrðist hlutverk VIRK m.a. með gildistöku laga um atvinnutengda starfsendurhæfingu og starfsemi starfsendurhæfingarsjóða. Markmið laganna er að tryggja einstaklingum með skerta starfsgetu í kjölfar veikinda eða slysa atvinnutengda starfsendurhæfingu. Atvinnutengd starfsendurhæfing er skilgreind í lögum sem „ferli sem felur í sér ráðgjöf og úrræði fyrir einstaklinga með skerta starfsgetu í kjölfar veikinda eða slysa til að auka starfsgetu þeirra og stuðla markvisst að endurkomu þeirra til vinnu að fullu eða hluta“.

Samkvæmt þessum lögum þá ber VIRK ábyrgð á að tryggja einstaklingum með skerta starfsgetu þjónustu á sviði atvinnutengdrar starfsendurhæfingar ef einstaklingur:

- Býr við heilsubrest sem hindrar fulla þátttöku á vinnumarkaði
- Stefdir að endurkomu á vinnumarkað eða aukna þátttöku á vinnumarkaði svo fljótt sem verða má
- Hefur þörf fyrir þjónustuna, hún sé til þess fallin að auðvelda honum að fara aftur til vinnu og líkleg til árangurs á þeim tíma sem hún er veitt
- Hefur vilja og getu til að taka markvissan þátt í atvinnutengdri starfsendurhæfingu og fylgja þeirri áætlun sem þar er sett fram

Samkvæmt lögunum er hlutverk VIRK að skipuleggja, hafa umsjón með og fjármagna þjónustu á sviði atvinnutengdrar starfsendurhæfingar í samstarfi við aðra aðila. VIRK veitir ekki úrræði á sviði starfsendurhæfingar heldur hefur það hlutverk að móta, skipuleggja og fjármagna nauðsynlega þjónustu á grundvelli mismunandi samninga. Þannig eru til staðar samningar við stéttarfélög um allt land um hlutverk ráðgjafa, samningar við þverfagleg teymi sérfræðinga um þverfaglegt mat og samningar við fjölda úrræðaaðila um mismunandi úrræði á sviði starfsendurhæfingar. Þessu er betur lýst á mynd 1.

Í lögunum er jafnframt lögð áhersla á að starfsendurhæfing sé einn þáttur í heildstæðu stuðningskerfi þar sem starfsendurhæfingarsjóðir og stofnanir og sérfræðingar innan velferðarkerfisins vinni saman og tryggji að einstaklingur fái þjónustu við hæfi á hverjum tíma. Það er ljóst að VIRK ber ekki að veita heilbrigðisþjónustu eða taka að sér lögboðið hlutverk félagsþjónustu sveitarfélaga eða Vinnueftirlits ríkisins. Það er hins vegar mikilvægt að VIRK eigi gott samstarf við aðra aðila innan velferðarkerfisins til að tryggja viðeigandi, faglega og árangursríka þjónustu í takt við þarfir hvers og eins einstaklings.

Stefnumótun og framtíðarsýn

Í lok árs 2012 hófst markviss vinna við að endurmóta stefnu og framtíðarsýn VIRK í kjölfar nýrra laga og reynslu undanfarinna ára. Sérstakur stýrihópur var myndaður um þetta starf og fundir haldnir með fjölbreyttum hópi hagaðila VIRK. Afrakstur þessarar vinnu liggur nú fyrir og hefur verið gefin út í sérstökum bæklingi. Lögð er áhersla á að framsetning á stefnu og framtíðarsýn sé einföld og auðskiljanleg en síðan er unnið nánar með hvern þátt fyrir sig í starfsáætlun með skilgreindum verkþáttum og ábyrgðaraðilum. Á mynd 2 (sjá næstu opnu) má sjá skilgreiningu á hlutverki og framtíðarsýn VIRK til ársins 2020. Þarna eru einnig settar fram stiklur fyrir árin 2013, 2015 og 2020 sem varða leiðina að framtíðarsýn VIRK. Endurskoðun á stefnu og framtíðarsýn VIRK mun eiga sér stað árlega í takt við þróun og reynslu.

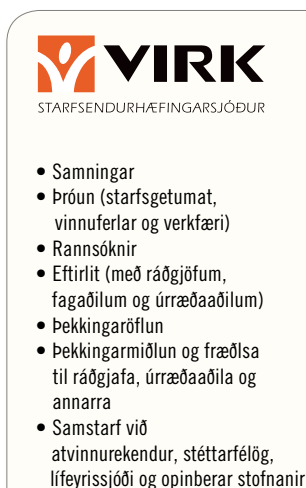
Starfsmenn og ráðgjafar VIRK

Í byrjun mars 2013 voru starfandi á skrifstofu VIRK 19 starfsmenn í um 17 stöðugildum. Um er að ræða fjölbreyttan hóp sérfræðinga og skrifstofufólks með mismunandi menntun og reynslu.

Í byrjun mars 2013 störfuðu 36 ráðgjafar í um 34 stöðugildum hjá VIRK og reiknað er með því að um 8 ráðgjafar til viðbótar hefji störf fyrri hluta ársins 2013. Ráðgjafar

VIRK starfa hjá stéttarfélögum/samtökum stéttarfélaga um allt land og tryggt er að ráðgjafar séu til staðar reglubundið í öllum stærri þéttbýlisstöðum landsins þannig að þjónustan sé aðgengileg jafnt á höfuðborgarsvæðinu og landsbyggðinni. Ráðgjafar VIRK hafa undantekningarlítið háskólamenntun á sviði heilbrigðis-, félags- eða menntavísinda og mjög margir þeirra hafa meistaraþráði í sínu fagi. Ráðgjafarnir fá síðan mikla fræðslu hjá VIRK, bæði þegar þeir hefja störf og síðan með reglubundinni fræðslu sem skipulögð er fyrir alla ráðgjafa hjá VIRK. Sérstök nýliðafræðsla hefur einnig verið skipulögð og árlega er gefin út fræðsluáætlun. Ráðgjafarnir hafa ennfremur aðgang að þverfaglegu teymi og miklum stuðningi hjá VIRK. Þeir vinna allir eftir skilgreindum vinnuferlum og skrá í upplýsingakerfi VIRK sem tryggir samhæfni í vinnulagi og þjónustu.

Í heild sinni starfa því um 55 manns hjá VIRK eða samkvæmt samningi milli VIRK og stéttarfélaga um allt land. Þetta er öflugur og fjölbreyttur hópur sem leggur sig fram um að byggja upp og tryggja einstaklingum góða, faglega og árangursríka þjónustu á sviði atvinnutengdrar starfsendurhæfingar um allt land. Sjá má myndir af öllum ráðgjöfum aftar í þessu ársriti og þar er einnig að finna viðtöl við tvo ráðgjafa sem lýsa reynslu sinni og sýn á ráðgjafastarfið.



Samningar

Samningar

Samningar

Ráðgjöf

Samningar við stéttarfélög um starf ráðgjafa

Úrræði

Samningar við úrræðaaðila um þjónustu

Þverfaglegt mat

Samningar við þverfagleg matsteymi

Í samningum er m.a. kveðið á um:

- Hlutverk ráðgjafa
- Kröfur til ráðgjafa (menntun, hæfni, reynsla)
- Ákvæði um vinnuferla og verkfæri
- Eftirlit með ráðgjöfum
- Símenntun ráðgjafa
- Upplýsingagjöf og margt fleira

Í samningum er m.a. kveðið á um:

- Þjónustuþætti og verð
- Gæðaviðmið
- Eftirlit
- Samstarf
- Fleiri þætti eftir aðstæðum og tegund þjónustu

Í samningum er m.a. kveðið á um:

- Þjónustuþætti og verð
- Gæðaviðmið og aðferðir
- Eftirlit
- Samstarf

Mynd 1

Hlutverk

VIRK mótar, samþættir og hefur eftirlit með þjónustu á sviði starfsendurhæfingar sem miðar markvisst að atvinnuþátttöku einstaklinga í kjölfar veikinda eða slysa

Framtíðarsýn til 2020

- VIRK hefur í samstarfi við fagaðila, fyrirtæki og stofnanir skilað samfélagslegum ávinningi þar sem dregið hefur verulega úr nýgengi á örorku
- VIRK byggir á gagnreyndri þekkingu, rannsóknnum og reynslu sem tryggir samþætta, árangursríka og örugga þjónustu á sviði starfsendurhæfingar
- VIRK hefur í samvinnu við fagaðila, fyrirtæki og stofnanir unnið að því að ryðja úr vegi hindrunum gegn aukinni atvinnuþátttöku einstaklinga með skerta starfsgetu
- VIRK er virt þekkingarsetur og er leiðandi í rannsóknnum og þróun á sviði starfsendurhæfingar

Stiklur sem varða veginn að framtíðarsýn VIRK

2013: Samhæfing

1. Góð, fagleg og tímanleg þjónusta
2. Áhersla VIRK á þverfaglega aðkomu á öllum stigum starfsendurhæfingar hefur skilað sér í breyttu verklagi og bættri þjónustu
3. Þróun vinnulags er í samræmi við bestu mögulegu þekkingu og reynslu
4. VIRK er til fyrirmyndar hvað varðar gæði, öryggi og árangursríka nálgun í málum einstaklinga
5. Formlegt og árangursríkt samstarf er við stéttarfélag, atvinnurekendur, lífeyrissjóði, heilbrigðisstofnanir og þjónustuaðila í starfsendurhæfingu
6. Skýr stefna og almenn þekking á VIRK í samfélaginu

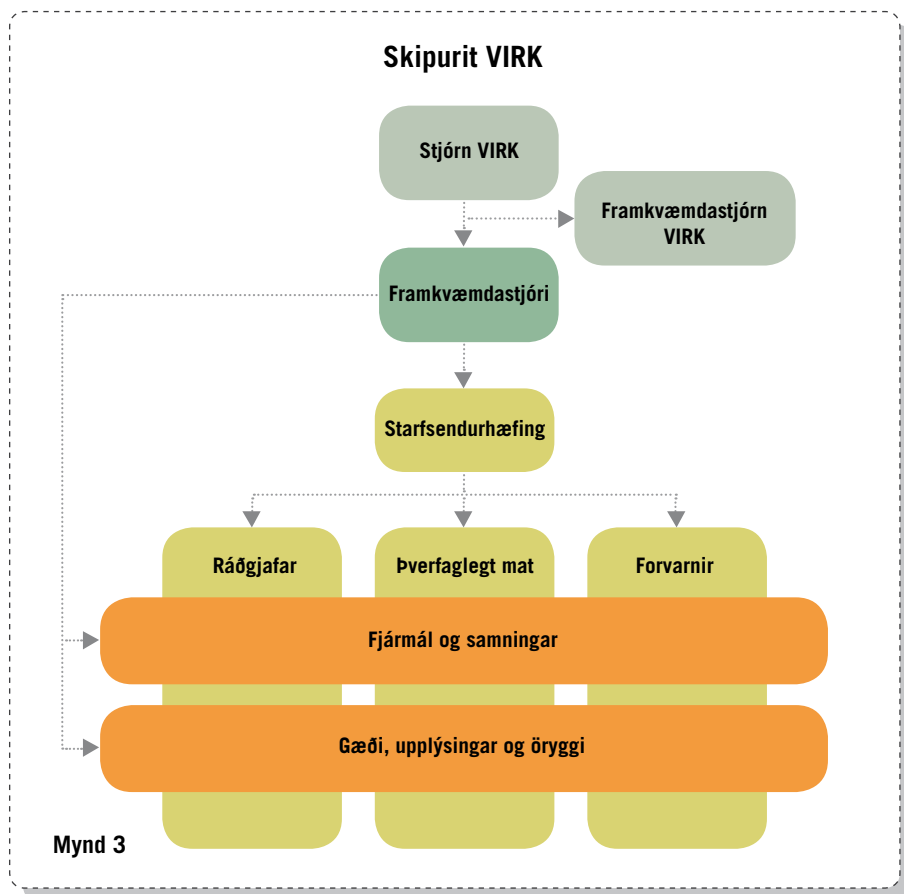
2015: Framsækni

1. Nýgengi örorku hefur lækkað umtalsvert
2. Starfsgetumat VIRK er viðurkennt faglegt og heildstætt mat á starfsgetu og endurhæfingarmöguleikum einstaklinga
3. Vottað gæðakerfi og upplýsingaöryggisvottun eru til staðar með reglubundnum innri og ytri úttektum
4. Unnið hefur verið að nauðsynlegum kerfisbreytingum sem auka möguleika einstaklinga með skerta starfsgetu á vinnumarkaði
5. Rannsóknarstefna VIRK er skýr og samvinna hafin við háskóla hér og erlendis
6. VIRK er eitt af fyrirmyndarfyrirtækjum VR

2020: Árangur

1. Nýgengi örorku hefur lækkað verulega
2. Vinnulag og fagleg uppbygging VIRK hefur jákvæð áhrif á samhæfingu stofnana velferðarkerfisins
3. Samræmt starfsgetumat er grunnur að starfsendurhæfingarstarfi á Íslandi og ákvörðun varðandi vinnugetu einstaklinga
4. Breytt viðhorf og samspil atvinnulífs og velferðarkerfis hvetja einstaklinga til að taka þátt á vinnumarkaði þrátt fyrir skerta starfsgetu
5. VIRK er virt þekkingarsetur og er leiðandi í rannsóknnum og þróun á sviði starfsendurhæfingar

Mynd 2



fjármagnar. Kostnaði er haldið til haga og árangur af hverju úrræði er metinn og skráður. Í hvert skipti sem úrræði er pantað af hálfu ráðgjafa er sett fram markmið með úrræðinu og eftir að þjónustunni lýkur fara ráðgjafi og einstaklingur saman yfir árangurinn og niðurstöður eru skráðar í upplýsingakerfi VIRK. Út frá þessum upplýsingum er síðan hægt að bera reglulega saman kostnað og árangur mismunandi úrræða- aðila. Slíkar upplýsingar munu til framtíðar aðstoða okkur við að taka betri og upplýstari ákvarðanir um úrræðakaup fyrir einstaklinga. Mynd 4 sýnir skiptingu útgjalda vegna aðkeyprar þjónustu frá úrræðaaðilum og sérhæfðum matsteymum á árinu 2012.

Fjöldi einstaklinga í þjónustu

Frá því að VIRK hóf að veita þjónustu haustið 2009 hafa um fjögur þúsund og tvö hundruð einstaklingar leitað til ráðgjafa, þar af eru um 65% konur og 35% karlar. Í töflu 1 má sjá upplýsingar um heildarfjölda þátttakenda frá upphafi miðað við stöðuna 1. febrúar 2013 og í töflu 2 má sjá upplýsingar um fjölda nýrra þátttakenda á ári frá haustinu 2009.

Nýir einstaklingar voru aðeins færri á árinu 2012 en 2011 en á móti kemur að það fjölgaði talsvert í þeim hópi einstaklinga sem þurfa lengri, flóknari og meiri þjónustu. Á fyrstu tveimur mánuðum ársins 2013 komu um 280 nýir einstaklingar inn í þjónustu og ef sú þróun heldur áfram þá

Samstarfsaðilar

Framlag starfsmanna VIRK og ráðgjafa VIRK í þjónustu við einstaklinga er mjög mikilvægt en þó er hægt að fullyrða að framlag ýmissa samstarfsaðila VIRK og utanaðkomandi sérfræðinga í starfsendurhæfingu sé ekki síður mikilvægt og fer þeirra hlutur í starfseminni sífellt vaxandi. Það er ekki hlutverk ráðgjafa að veita meðferð eða úrlausn mjög flókinna vandamála hjá einstaklingum heldur ber þeim, í samráði við heimilislækni, að vísa einstaklingum til annarra fagaðila vegna þess, annað hvort innan velferðarkerfisins ef vandinn er þess eðlis eða í úrræði sem VIRK gerðir fyrir.

Samstarfsaðilar VIRK eru mjög margir. Fyrst ber að nefna þá aðila sem VIRK semur við um að veita þjónustu eins og lýst er á mynd 1 hér að framan. Samið er við; stéttarfélög um allt land um þjónustu ráðgjafa, fjölbreyttan hóp úrræðaaðila um þjónustu á sviði starfsendurhæfingar og sérfræðinga í þverfaglegum matsteymum um þverfaglegt mat og aðkomu að gerð áætlana í starfsendurhæfingu. Þetta eru nokkur hundruð aðilar sem hver um sig

er mikilvægur samstarfsaðili VIRK. Til viðbótar við þetta leggur VIRK áherslu á að byggja upp gott og árangursríkt samstarf við atvinnurekendur, lífeyrissjóði, heilsugæslulækna og aðra aðila innan heilbrigðiskerfisins sem og aðrar opinberar stofnanir.

Haldið er vel utan um öll þau úrræði á sviði starfsendurhæfingar sem VIRK

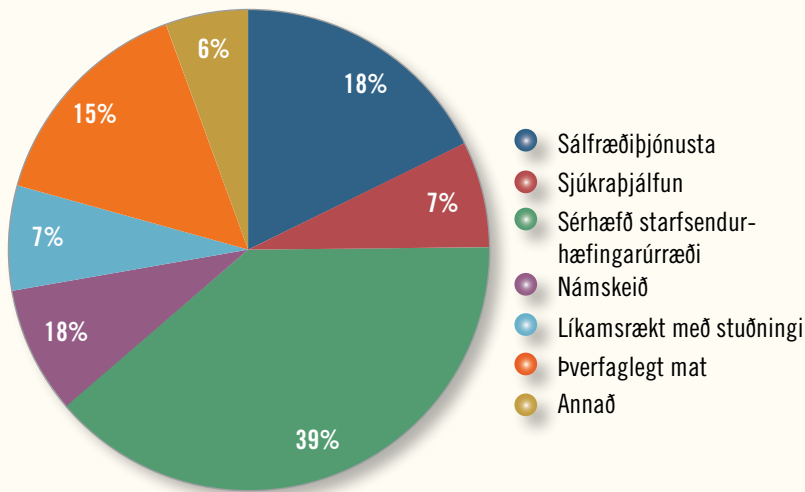
Tafla 1

Fjöldi einstaklinga m.v. 1. febrúar 2013	
Heildarfjöldi sem hefur leitað til VIRK frá upphafi	4.218
Fjöldi sem hefur lokið þjónustu (útskrifast)	1.902
Fjöldi í reglulegum viðtölum	1.127
Fjöldi í eftirfylgd	299
Fjöldi sem hefur hætt þjónustu	890

Tafla 2

Fjöldi nýrra einstaklinga 2009-2013	
2009 (september-desember)	383
2010	1.155
2011	1.305
2012	1.239

Skipting útgjalda vegna aðkeyprar þjónustu frá úrræðaaðilum og þverfaglegum matsteymum á árinu 2012



Mynd 4

tryggja það að trúnaðarmenn geti bent samstarfsmönnum sínum á þjónustuna á meðan þeir eru á launum í veikindum. Það er líka mjög mikilvægt að heimilislæknum sé kunnugt um þjónustuna og innihald hennar þannig að þeir geti beint þeim einstaklingum til VIRK sem þurfa á atvinnutengdri starfsendurhæfingu að halda. Á mynd 5 eru upplýsingar um hvaða aðilar bentu einstaklingum á þjónustu VIRK á árunum 2011 og 2012. Eins og sjá má þá hafa tilvísanir heimilislækna aukist mikið og er það í takt við áherslu VIRK á gott og aukið samstarf við heimilislækna sem skilar yfirleitt betri árangri í starfsendurhæfingarferlinu. Oft er það líka þannig að einstaklingar fá ábendingar frá mörgum aðilum um þjónustu VIRK s.s. frá bæði sjúkrasjóðum stéttarfélagum, trúnaðarmanni á vinnustað og frá heimilislækni eða meðhöndlandi lækni.

mun verða veruleg fjölgun á einstaklingum í þjónustu milli áruna 2012 og 2013.

Það er mjög mismunandi hversu lengi einstaklingar eru í þjónustu VIRK allt frá nokkrum dögum eða vikum upp í nokkur ár. Meðaltíminn í þjónustu hjá öllum þeim sem hafa útskrifast hjá VIRK var um 11 mánuðir.

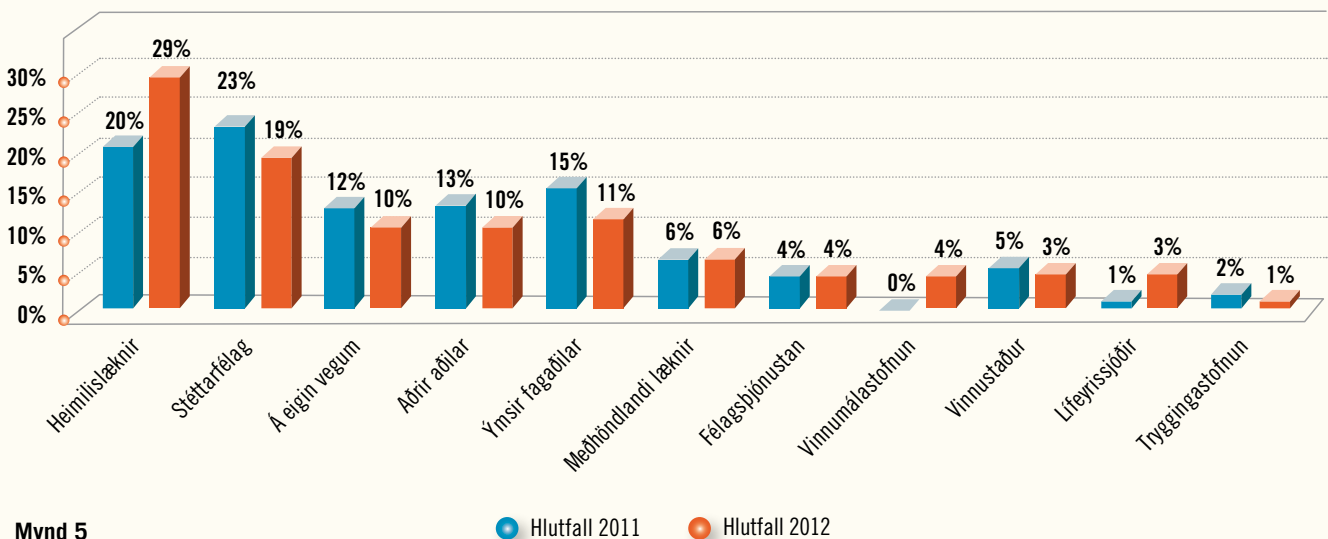
Tilvísun í þjónustu

Það er mismunandi hvaða aðilar benda einstaklingum á þjónustu VIRK. Öllum sem fara á bætur hjá sjúkrasjóðum stéttarfélagum er bent á þjónustuna og á þann hátt má gera ráð fyrir að flestir launamenn á vinnumarkaði fái kynningu á þjónustunni ef þeir veikjast eða slasast og eru frá vinnu í lengri tíma vegna þess. VIRK hefur einnig lagt mikla áherslu á að kynna starfsemina vel á námskeiðum hjá trúnaðarmönnum stéttarfélagum til að

Aðstæður einstaklinga í þjónustu

Til VIRK leitar fjölbreyttur hópur fólks á öllum aldri með mismunandi menntun og starfsreynslu og í ólíkum starfsgreinum. Aðstæður þessara einstaklinga eru mjög breytilegar en allir eru að glíma við skerta starfsgetu sökum heilsubreysts og þurfa á þjónustu að halda í samræmi við þarfir og aðstæður hvers og eins.

Hverjir benda á þjónustuna? Tilvísunaraðilar 2011 og 2012

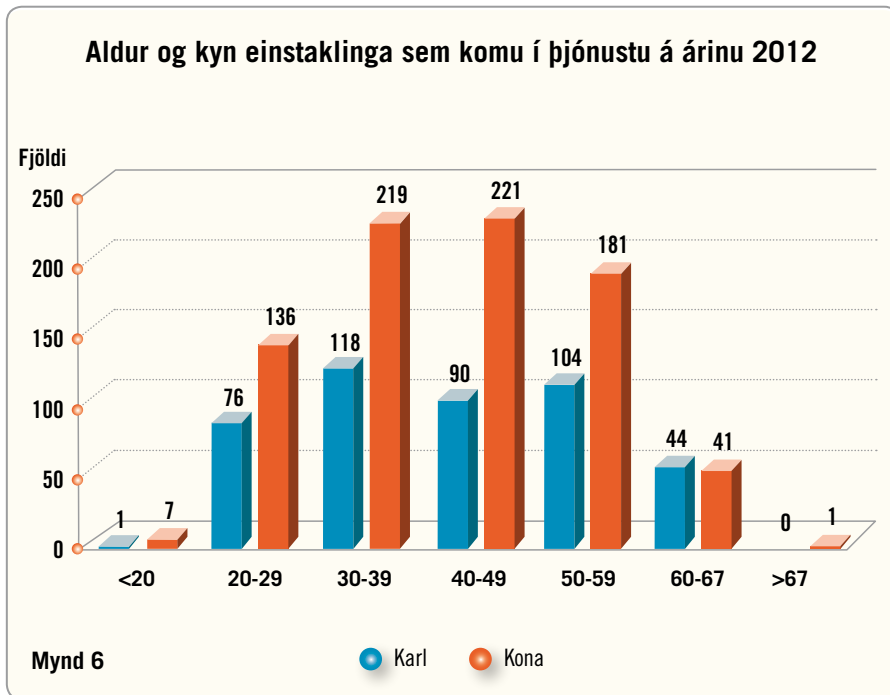


Mynd 5

Mynd 6 sýnir upplýsingar um aldur og kyn einstaklinga sem komu nýir inn í þjónustu á árinu 2012.

Mynd 7 sýnir þróun á framfærslustöðu einstaklinga sem komu inn í þjónustu hjá VIRK á árunum 2010, 2011 og 2012. Eins og sjá má þá hefur átt sér stað nokkur breyting sem helst að hluta til í hendur við þær breytingar sem hafa átt sér stað á hlutverki VIRK í samfélaginu sem og breytingar á framfærslu einstaklinga innan velferðarkerfisins í kjölfar hrunsins. Þannig hefur þeim fækkað hlutfallslega sem eru á launum í veikindum eða hjá sjúkrasjóðum stéttarfélagi frá árinu 2010 og á móti er fjölgun í þeim hópi sem er á milli bótakerfa við komu til VIRK (hefur engar tekjur) eða er á fjárhagsaðstoð sveitarfélaga.

Stór hópur þeirra einstaklinga sem koma í þjónustu til VIRK glímir við geðræn vandamál eða stoðkerfisvandamál. Það er einnig algengt að einstaklingar sem koma til VIRK glími við fjölþættan vanda þ.e. bæði heilsuþrest sem og aðra erfiðleika sem geta verið bæði af félagslegum og fjárhagslegum toga. Staðan er því oft flókin og alvarleg og finna þarf leiðir sem hæfa sérhverjum einstaklingi. Á mynd 8 má sjá upplýsingar um það hvernig einstaklingar sem koma til ráðgjafa VIRK flokka ástæður fyrir skertri starfsgetu og fjarveru frá vinnumarkaði. Um er að ræða

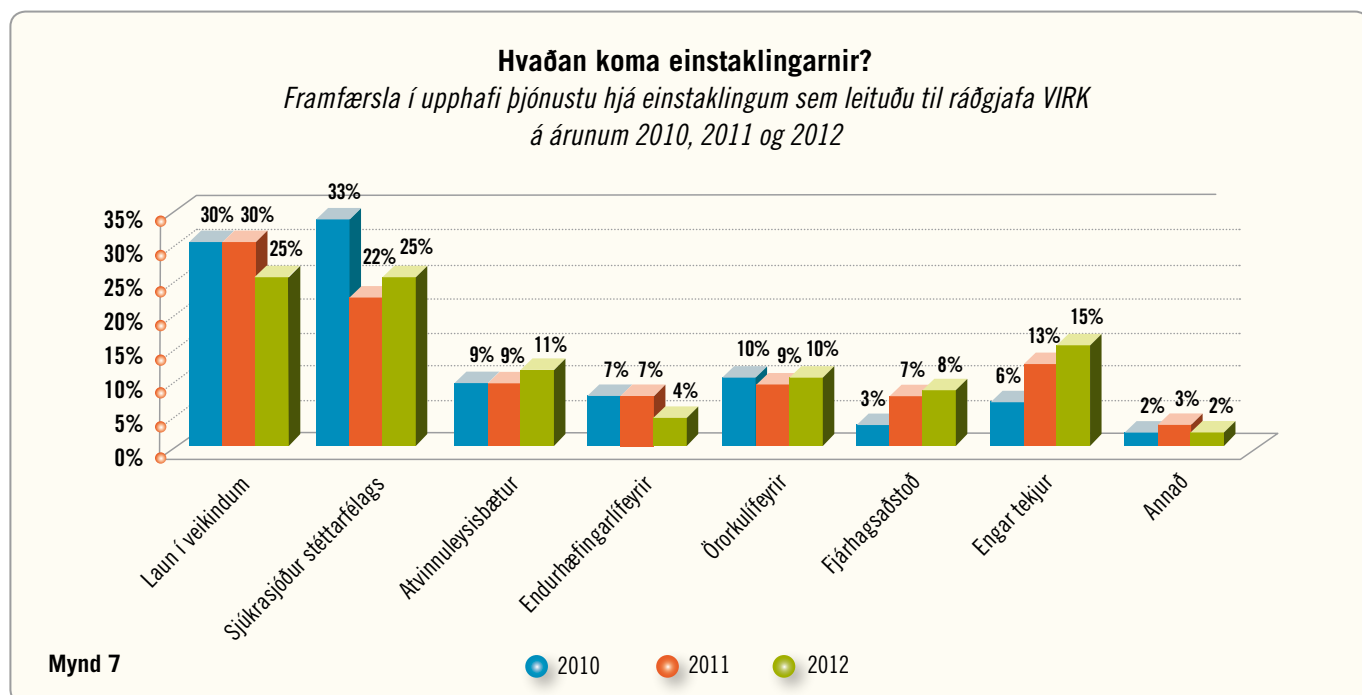


alla einstaklinga sem hafa komið til VIRK frá upphafi. Hafa skal í huga að einstaklingar geta glímt við heilsuþrest sem tilheyrir fleiri en einum flokki sjúkdóma.

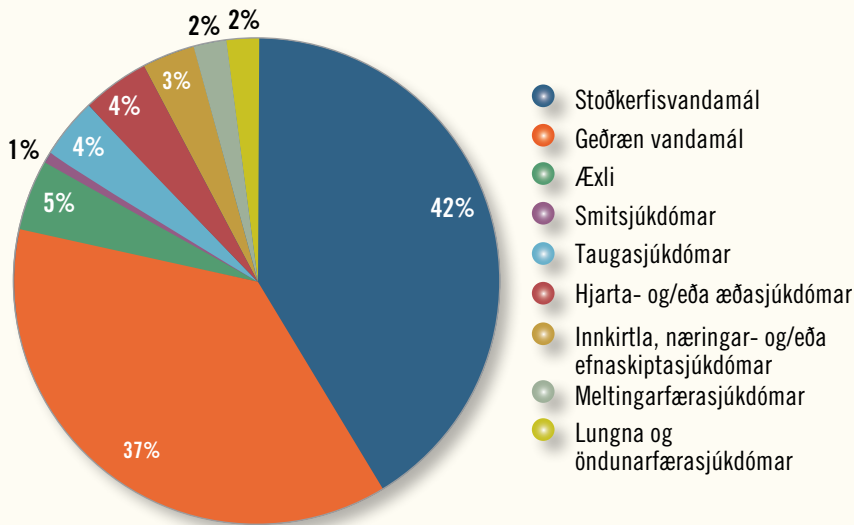
Aðstæður og líðan einstaklinga sem leita til VIRK er að vonum mjög mismunandi og hver og einn einstaklingur þarf þjónustu og áætlun sem er sniðin að hans þörfum. Á mynd 9 eru settar fram upplýsingar sem gefa hugmynd um aðstæður og líðan einstaklinga sem leituðu til VIRK á árinu

2012, þessar upplýsingar eru skráðar við komu til ráðgjafa. Þarna er sett fram hlutfall þeirra einstaklinga sem svara þessum spurningum játandi.

Einstaklingar sem koma til VIRK eru úr öllum starfsstétum og menntunargráðum er mismunandi. Þetta má sjá á myndum 10 og 11 sem sýna hlutfallslega skiptingu allra einstaklinga sem hafa leitað til VIRK eftir starfsgreinum og menntunargráðum. Af þessu má sjá að hópurinn er fjölbreyttur, úr



Mat einstaklinga á ástæðum fjarvista frá vinnumarkaði



Mynd 8

öllum starfsgreinum og með mismunandi menntunarstig.

Virkur vinnustaður og endurkoma til vinnu

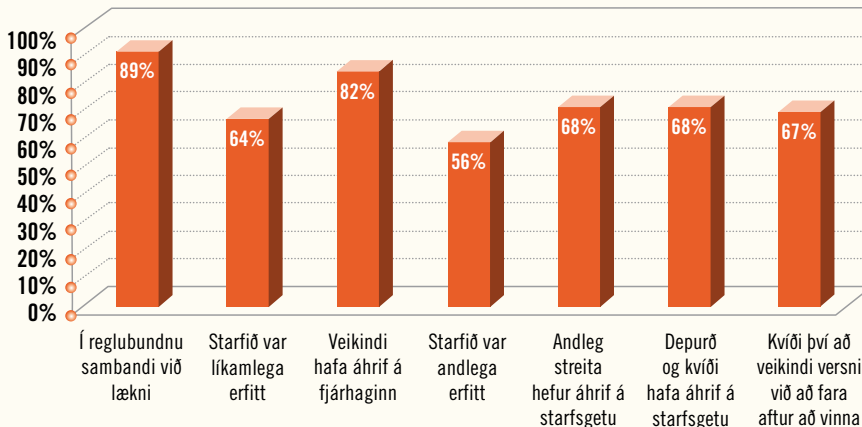
Það er mikilvægt að einstaklingar eigi greiða leið til baka í vinnu aftur í kjölfar veikinda og slysa. Til að auðvelda endurkomu til vinnu getur verið mikilvægt að vinnustaðurinn sé reiðubúinn til að mæta einstaklingi með sveigjanleika

og skilningi svo endurkoman verði árangursrík. Þróunarverkefnið „Virkur vinnustaður“ er í gangi hjá VIRK með þátttöku um 30 vinnustaða um allt land. Markmið verkefnisins eru m.a. að stuðla að því að brugðist sé við veikindum á vinnustöðum með fyrirsjáanlegum hætti og að á vinnustöðum sé til yfirlýst stefna og markvissar leiðir sem stuðla að forvörnum og skapa aðstæður til árangursríkrar endurkomu til vinnu eftir veikindi eða slys. Verkefnið hefur einnig

það markmið að auka þekkingu bæði starfsmanna og stjórnenda um ýmsa þætti í vinnuumhverfinu sem hafa áhrif á heilsu og geta dregið úr fjarvistum. Verkefnið hefur núna verið í gangi í um eitt og hálf ár og upplifun þátttakenda í verkefninu er mjög jákvæð. Áætlað er að verkefninu ljúki á árinu 2014 og verða niðurstöður þess þá kynntar.

Við komu til VIRK eru einstaklingar spurðir ýmissa spurninga er varða endurkomu til vinnu, hvort hún hafi verið reynd og hvort eitthvað hafi verið gert til að auðvelda þeim endurkomu til vinnu í kjölfar veikinda eða slysa. Af þeim sem svöruðu spurningunni „Var eitthvað gert til að auðvelda endurkomu til vinnu?“ taldi um helmingur að hægt hefði verið að gera betur í þeim efnum. Mynd 12 sýnir hlutfallslega skiptingu svara hjá um 700 einstaklingum sem nefna tiltekna þætti í þessu samhengi. Flestir nefna að breyting á vinnuskyldum og tilfærsla í starfi hefði getað auðveldað endurkomu til vinnu og áhugavert er að sjá að um 13% telja að símtal frá atvinnurekenda hefði skipt máli í þessu sambandi. Mikilvægt er að atvinnurekendur og stjórnendur á vinnustöðum séu meðvitaðir um hlutverk sitt og ábyrgð hvað þetta varðar og eigi góð samskipti við veika starfsmenn til að tryggja farsæla endurkomu til vinnu eftir veikindi og slys.

Aðstæður og líðan einstaklinga sem leituðu til VIRK á árinu 2012

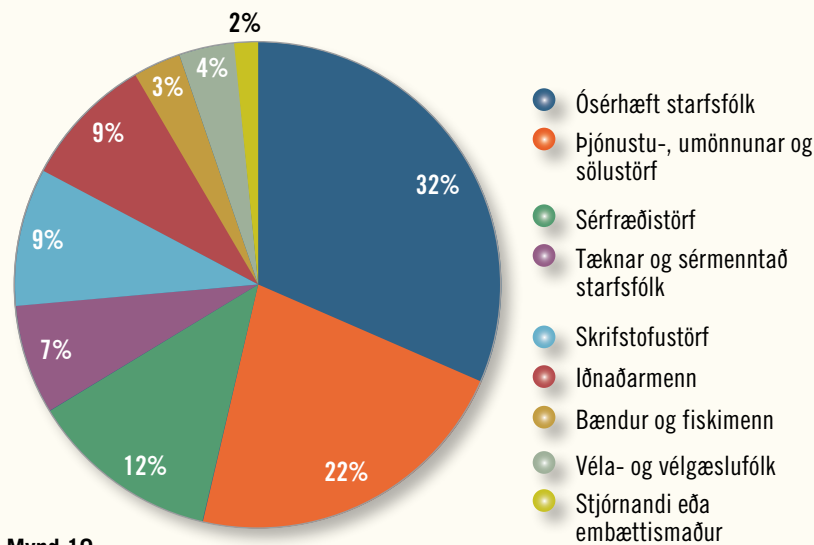


Mynd 9

„Það er mikilvægt að einstaklingar eigi greiða leið til baka í vinnu aftur í kjölfar veikinda og slysa. Til að auðvelda endurkomu til vinnu getur verið mikilvægt að vinnustaðurinn sé reiðubúinn til að mæta einstaklingi með sveigjanleika og skilningi svo endurkoman verði árangursrík.“

„Umfang starfsemi VIRK hefur vaxið mikið undanfarin fjögur ár og framundan er áframhaldandi vöxtur með mörgum stórum og mikilvægum verkefnum. Á sama tíma er unnið hörðum höndum að því að bæta vinnuferla og þróa árangursríkt vinnulag til framtíðar.“

Starfsgreinar
Einstaklingar sem hafa leitað til VIRK - hlutfallsleg skipting eftir starfsgreinum



Mynd 10

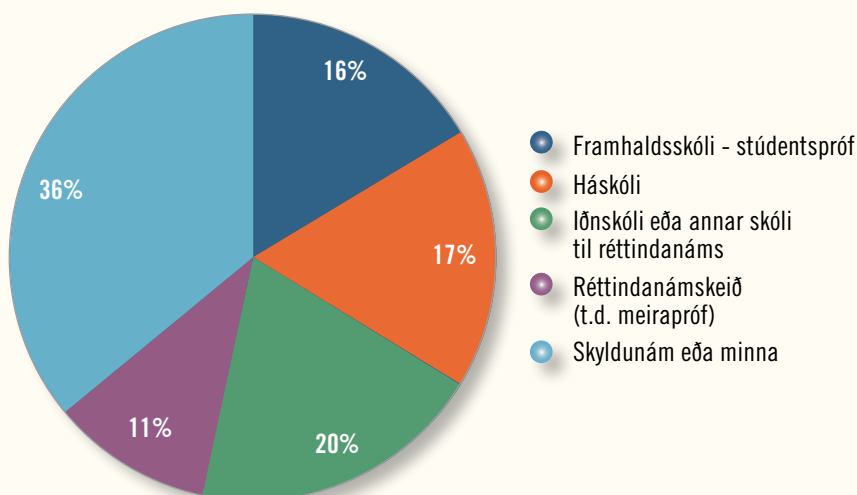
Hvert fara einstaklingarnir?

Þann 1. febrúar síðastliðinn höfðu 1902 einstaklingar sem leitað hafa til ráðgjafa VIRK lokið þjónustu. Framfærslustöðu þessara einstaklinga við útskrift má sjá á mynd 13. Eins og sjá má þá hefur meirihluti einstaklinga sem lýkur þjónustu hjá VIRK framfærslu sem bendir til fullrar vinnugetu við útskrift (er í launuðu starfi, atvinnuleit eða í lánshæfu námi) eða rétt tæplega 70%. Um er að ræða talningu á stöðugildum þannig að ef t.d. einstaklingur hefur einungis vinnugetu að hluta og er í hlutastarfi þá er einungis sá hluti skráður í laun á vinnumarkaði. Fullyrða má að árangur af starfsendurhæfingarferli einstaklinga hjá VIRK sé í raun betri en fram kemur á þessari mynd þar sem talsvert er um það að einstaklingar ljúki þjónustu hjá VIRK með vinnugetu að hluta t.d. í 50% starf en þessir einstaklingar hafa ekki möguleika á að fá 50% örorkulífeyri hjá TR og sækja því um fullar örorkubætur við útskrift og eru þá skráðir að fullu sem örorkulífeyrisþegar við útskrift jafnvel þó starfsgeta sé til staðar að mati þeirra sjálfra og sérfræðinga í þverfaglegum matsteymum. Mikilvægt er að taka á þessum alvarlega veikleika í bótakerfinu og um það er fjallað betur í greininni „Starfsgeta, þátttaka og velferð“ á bls. 44 í þessu ársriti.

Mynd 13 byggir á talningu stöðugilda tiltekinnar framfærslu við útskrift, önnur leið við að meta árangur er síðan að líta á þann fjölda einstaklinga sem er í launuðu starfi, í atvinnuleit eða í námi við útskrift og sjá þannig það hlutfall einstaklinga sem er í virkni sem bendir til vinnugetu að fullu eða að hluta til. Þessar upplýsingar má sjá á mynd 14. Eins og sjá má þá eru um 83% einstaklinga í vinnu, atvinnuleit eða í námi við lok þjónustu hjá VIRK.

Þegar árangur af starfsendurhæfingarþjónustu er skoðaður þá skiptir miklu máli að tekið sé mið af því hver staða einstaklinganna var þegar þeir komu í þjónustuna. Bestur árangur næst þegar einstaklingar koma snemma og eru enn með vinnusamband við komu til ráðgjafa. Þetta má sjá í töflu 3. Þar eru teknar saman upplýsingar um þá sem hafa lokið þjónustu hjá ráðgjöfum VIRK – hver framfærsla þeirra var við komu til

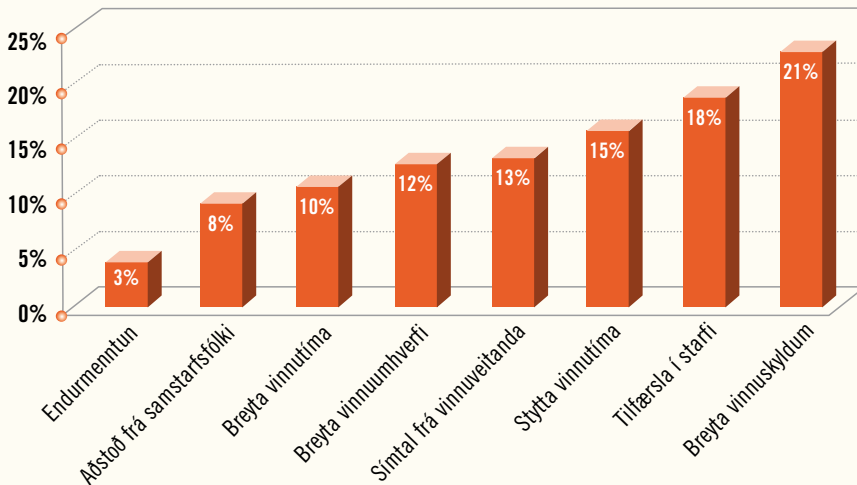
Menntun
Einstaklingar sem hafa leitað til VIRK - hlutfallsleg skipting eftir menntunarstigi



Mynd 11

Hvað hefði verið hægt að gera til að auðvelda endurkomu til vinnu?

Byggt á svörum um 700 einstaklinga sem töldu að hægt hefði verið að auðvelda þeim betur endurkomu til vinnu eftir veikindi eða slys



Mynd 12

ráðgjafa þ.e. í stöðugildum og hversu stórt hlutfall þeirra útskrifast með vinnugetu – þ.e. fara annað hvort í launaða vinnu, í atvinnuleit eða í lánshæft nám. Þessir einstaklingar höfðu ekki vinnugetu við komu til ráðgjafa VIRK. Tölur eru skráðar sem stöðugildi þannig að ráðgjafar skrá framfærsluhlutfall og hvaðan framfærslan kemur hjá viðkomandi einstaklingum og breytingar á því. 89% stöðugilda þeirra einstaklinga sem eru enn á launum í

veikindum frá atvinnurekanda þegar þeir koma til VIRK útskrifast frá VIRK með fulla vinnugetu (þ.e. eru annað hvort í launaðri vinnu, atvinnuleit eða í lánshæfu námi við útskrift). Þetta á síðan við um 72% þeirra sem fengu dagpeninga hjá sjúkrasjóðum stéttarfélaganna við komu til VIRK, 46% einstaklinga á endurhæfingarlífeyri og 37% örorkulífeyrisþega. Þ.e. hlutfall þeirra sem útskrifast með vinnugetu lækkar eftir því sem framfærslan á sér stað fjær

vinnumarkaðnum við komu til VIRK. Þetta er í samræmi við rannsóknir og reynslu annarra aðila í starfsendurhæfingu bæði hér á landi og erlendis.

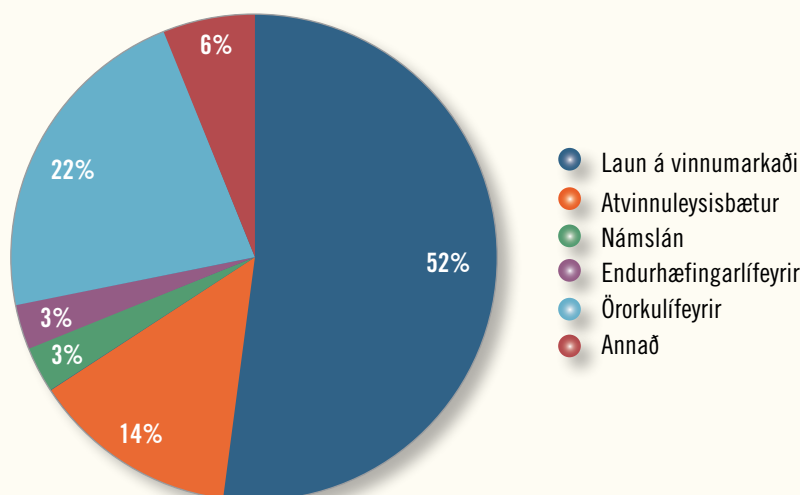
Fylgst er með framfærslustöðu þátttakenda eftir að þeir útskrifast frá VIRK. Hringt er í alla sem hafa útskrifast 3-4 sinnum eftir útskrift. Fyrst eftir 6-9 mánuði, síðan eftir 1 ár, 2 ár og 3 ár. Starfsendurhæfingarpjónusta nær ekki alltaf að skila árangri til framtíðar fyrir alla einstaklinga og það er eðlilegt þar sem ýmislegt getur komið upp á hjá einstaklingum eftir að þeir hafa lokið þjónustunni. Sjúkdómar geta versnað og tekið sig upp aftur og aðstæður geta breyst því oft er um að ræða einstaklinga sem búa t.d. við erfiðar félagslegar aðstæður. Það er hins vegar mikilvægt að reyna að fylgjast með afdrifum einstaklinga eins og unnt er til að geta metið langtíma árangur af starfsendurhæfingu og hvort unnt sé að gera enn betur í starfsendurhæfingarferlinu.

Um 600 manns sem hafa útskrifast frá VIRK hafa gefið upplýsingar um framfærslustöðu sína í fyrsta stöðumati sem á sér stað eftir 6-9 mánuði frá útskrift. Tafla 4 hér á eftir inniheldur upplýsingar um hlutfall fullrar vinnugetu við útskrift og fyrsta stöðumat hjá um 540 þessara einstaklinga. Í töflunni er reiknað upp hlutfall stöðugilda þessara einstaklinga þar sem framfærslan er annað hvort launuð vinna, atvinnuleit eða lánshæft nám við útskrift og 6-9 mánuðum eftir útskrift hjá þessum sömu einstaklingum miðað við mismunandi framfærslustöðu þeirra við komu til ráðgjafa í upphafi. Allir þessir einstaklingar voru án vinnugetu við komu til ráðgjafa en með mismunandi framfærslustöðu eins og kemur fram í fyrsta dálki töflunnar.

Eins og sjá má þá lækkar aðeins hlutfall þeirra einstaklinga sem eru með fulla vinnugetu eftir 6-9 mánuði frá útskrift. Hins vegar þá er munurinn ekki mikill sem gefur til kynna að þjónustan hefur í flestum tilfellum skilað árangri til lengri tíma. Áfram verður fylgst með þessum einstaklingum og aftur haft samband við þá þegar 1 og 2 ár eru liðin frá útskrift.

Framfærslustaða einstaklinga í lok þjónustu hjá VIRK

Hjá um 1900 einstaklingum sem hafa lokið þjónustu



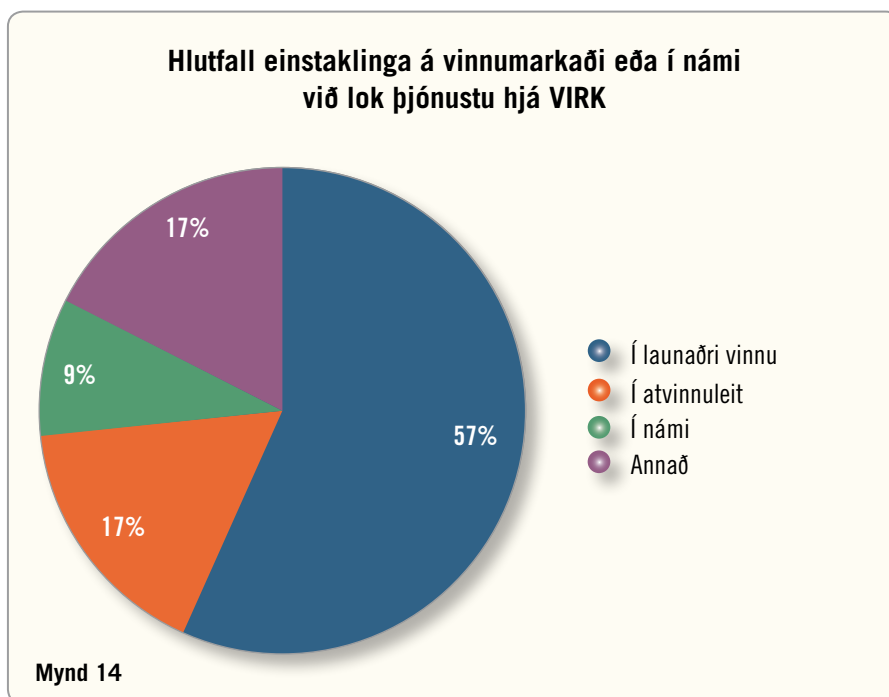
Mynd 13

Vinnuferlar og starfsgetumat

Vinnuferlar hjá VIRK eru í stöðugri þróun og er það nauðsynlegt til að mæta breyttum aðstæðum og nýta aukna þekkingu og reynslu innan VIRK. Ráðgjafar VIRK og sérfræðingar í þverfaglegum matsteymum taka virkan þátt í þessari þróun. Lögð hefur verið áhersla á það undanfarið að stytta ferilinn í grunnmati og nýta betur ýmis starfsendurhæfingarræði sem eru í boði um allt land. Einnig hefur verið lögð áhersla á meiri ögun og skýrari verkferla bæði hjá ráðgjöfum og í þverfaglegum matsteymum.

Mikil uppbygging átti sér stað í þverfaglegu mati hjá VIRK á árinu 2012. Sérfræðingum í þverfaglegum matsteymum fjölgaði mikið og ríkari áhersla var lögð á að koma með þverfaglega sýn fyrr í starfsendurhæfingarferlið og að það eigi sér stað í byrjun ferlis þegar einstaklingar búa við flóknar og erfiðar aðstæður. Mikilvægt er að hver og einn einstaklingur fái ítarlegt faglegt mat á stöðu sinni þannig að starfsendurhæfingaráætlun sé raunhæf, markviss og árangursrík.

Aukið samstarf hefur einnig átt sér stað við erlenda aðila varðandi þróun á starfsgetumati. Formlegt samstarf er við



endurhæfingarstöðina Rauland í Noregi og verið er að útvíkka það samstarf þannig að það nái til um 6 NAV skrifstofa í Noregi. NAV er stofnun sem sér um allar bótagreiðslur og mat á vinnugetu einstaklinga í Noregi. Það er einnig í undirbúningi að byggja upp aukið samstarf við bæði Dani og Svía um gagnkvæma þekkingarmiðlun ásamt frekari þróun og nýtingu á matinu.

Á síðasta ári hófst innleiðing hjá VIRK á gæðahandbók. Þar er lögð áhersla á að ráðgjafar, sérfræðingar og starfsmenn, vinni eftir samræmdum og skilgreindum gæða- og öryggiskröfum í starfsendurhæfingu á landsvísi. Einnig er verið að auka eftirlit með innri verkferlum og þeim úrræðum sem VIRK notar til að styðja einstaklinga við að komast út á vinnumarkaðinn

Tafla 3

Framfærslustaða við komu til ráðgjafa	Hlutfall stöðugilda við lok ráðgjafa:			
	Í launaðri vinnu	Í atvinnuleit	Á námslánum	Samt. með vinnugetu
Laun í veikindum	79%	8%	2%	89%
Atvinnuleysisbætur	49%	35%	3%	87%
Sjúkrasjóður stéttarfélaga	50%	18%	4%	72%
Engar tekjur	51%	17%	4%	72%
Endurhæfingarlífeyrir	32%	11%	3%	46%
Fjárhagsaðstoð	24%	14%	0%	38%
Örorkulífeyrir	34%	2%	1%	37%

Tafla 4

Um 540 einstaklingar sem hafa útskrifast og farið í gegnum fyrsta stöðumat eftir útskrift:

Staða við komu til ráðgjafa	Hlutfall með vinnugetu:	
	Við útskrift	6-9 mánuðum eftir útskrift
Laun á vinnumarkaði	91%	83%
Atvinnuleysisbætur	92%	73%
Sjúkrasjóður stéttarfélaga	76%	69%
Endurhæfingarlífeyrir	48%	44%
Örorkulífeyrir	35%	33%



Samstarf við lífeyrissjóði

Samkvæmt lögum um atvinnutengda starfsendurhæfingu og starfsemi starfsendurhæfingarsjóða hófu allir lífeyrissjóðir landsins að greiða gjald til VIRK frá og með 1. október síðastliðnum. Til að undirbúa markvisst samstarf við lífeyrissjóðina buðu starfsmenn VIRK lífeyrissjóðunum á síðasta ári upp á kynningar á því starfi sem fram fer hjá VIRK. Síðastliðið haust tók síðan til starfa samstarfsnefnd sem var skipuð fulltrúum frá bæði Landssamtökum lífeyrissjóða og VIRK. Nefndin vann m.a. að því að koma samstarfinu í formlegt ferli. Störf nefndarinnar og verkferlar voru kynntir á ráðstefnu sem Landssamtök lífeyrissjóða stóð fyrir á Grand hótél í desember 2012.

Í framhaldi af þessari kynningu var sett á stofn þróunarráð skipað fulltrúum frá lífeyrissjóðum, trúnaðarlæknum sjóðanna og VIRK til að þróa og fylgja eftir því verklagi sem ákveðið hefur verið að fylgja.

Til að gera samstarfið enn markvissara er nú verið að leggja síðustu hönd á þróun afmarkaðs aðgangs trúnaðarlækna og valinna starfsmanna lífeyrissjóða að tilteknum svæðum í rafrænu kerfi VIRK. Með tilkomu aðgengisins mun samstarfið verða bæði fljótvirkara og gagnsærra. Á næstu mánuðum mun VIRK síðan vinna að því að kynna samstarfið enn betur fyrir einstökum lífeyrissjóðum. Það er mikilvægt að halda vel utan um þetta samstarf og gera það markvisst til að ná árangri til framtíðar. Það kann ennfremur að kalla á tilteknar breytingar í umhverfi og starfsháttum bæði lífeyrissjóða og VIRK. VIRK og lífeyrissjóðir um allt land bera mikla ábyrgð á því að vel til takist í þessu verkefni.

Árangur og mælikvarðar

Það er mikilvægt að finna leiðir til að mæla reglulega árangur af starfi VIRK sem og árangur af starfi þeirra fagaðila á sviði starfsendurhæfingar sem starfa með VIRK. Starfsemin er hins vegar flókin

og flóknir hlutir eru sjaldnast mældir á einfaldan máta – a.m.k. ekki svo vel sé. Til viðbótar við þetta bætist sú staðreynd að það eru mun fleiri þættir en atvinnutengd starfsendurhæfing sem skipta máli varðandi atvinnuþátttöku einstaklinga með heilsubrest og skerta starfsgetu. Heildaruppbygging innan velferðarkerfisins og samspil bótakerfis og þjónustu skiptir líka gríðarlegu máli. Um þetta er fjallað í grein um starfsgetu, þátttöku og velferð á bls. 44 í þessu ársriti.

VIRK hefur lagt áherslu á það að safna saman upplýsingum og gögnum þannig að unnt sé að nýta mismunandi mælikvarða til að fylgjast vel með ferli starfsendurhæfingar innan VIRK og árangri þess gagnvart einstaklingum. Hluti af þessum mælikvörðum koma fram í þessari umfjöllun um starfsemina s.s. upplýsingar um framfærslustöðu einstaklinga í lok þjónustu auk skráningar á ýmsum þáttum sem gefa til kynna þróun á liðan og getu einstaklinga í þjónustu. Þegar þessir

Þættir verða metnir í framtíðinni þarf að sjálfsgöðu að hafa það í huga að setja árangur í samhengi við mismunandi stöðu einstaklinga þegar þeir koma í þjónustu. Verið er að hefja sérstakt þróunarverkefni innan VIRK þar sem útbúa á staðlaða mælikvarða eða vísitölur sem bæði gefa réttar og raunhæfar upplýsingar og hægt er að nota til að skoða reglulega árangur og þróun í þjónustunni.

Allir einstaklingar sem koma í þjónustu til VIRK eru beðnir um að fylla út þjónustukönnun í lok þjónustu. Þessi könnun gefur mikilvægar upplýsingar um upplifun einstaklinga af þjónustunni, árangri hennar og einstökum þáttum hennar. Þannig er unnt að sjá hvernig einstaklingar upplifa bæði þjónustuna í heild sinni, þjónustu hvers og eins ráðgjafa sem og einstakra úrræða og úrræðaaðila. Á bls. 16 hér á eftir er gerð grein fyrir hluta af þeim niðurstöðum sem fram hafa komið í þessari þjónustukönnun.

Til framtíðar

Umfang starfsemi VIRK hefur vaxið mikið undanfarin fjögur ár og framundan er áframhaldandi vöxtur með mörgum stórum og mikilvægum verkefnum. Á sama tíma er unnið hörðum höndum

að því að bæta vinnuferla og þróa árangursríkt vinnulag til framtíðar. Nú í byrjun árs 2013 finnum við fyrir meiri eftirspurn eftir þjónustu sem skýrist m.a. af auknu samstarfi við lífeyrissjóði, aukinni þjónustu við einstaklinga sem hafa verið lengi án atvinnu í tengslum við verkefnið „Líðsstyrkur“ og aukið hlutverk og ábyrgð VIRK á mótun, fjármögnun og samþættingu á atvinnutengdri starfsendurhæfingu hér á landi. Þessar breytingar kalla bæði á aukinn mannafla og endurskoðun á ýmsum þáttum í starfsemi. Sú vinna er í fullum gangi þessa dagana. Einnig er verið að endurskoða ýmsa samninga við fagaðila á sviði starfsendurhæfingar s.s. starfsendurhæfingarstöðvar um allt land með það að markmiði að byggja upp gott faglegt samstarf við þessa aðila til framtíðar. Í dag á sér stað mikið mótunarferli í starfsemi VIRK – ferli þar sem mikilvægt er að halda öllum þráðum saman í ört vaxandi starfsemi og byggja upp rekstur sem er vel rekinn og bæði faglegur og árangursríkur til framtíðar.

Starfsendurhæfing snýst um samvinnu og lausnir. Mál einstaklinga eru oft á tíðum flókin og við búum um margt í flóknu

velferðarkerfi þar sem einstaklingum reynist erfitt að átta sig á möguleikum og leiðum í erfiðri stöðu. Innan kerfisins starfa margir ólíkir aðilar, svo sem fagaðilar sem gjarnan horfa á veruleika einstaklinga út frá sinni eigin þekkingu og reynsluheimi, framfærsluaðilar sem leggja áherslu á að tryggja einstaklingum réttindi og greiðslur í samræmi við lög, reglur og kjarasamninga, opinberar stofnanir þar sem hver og ein stofnun hefur tiltekið ábyrgðarsvið í samræmi við lög og reglur og atvinnurekendur sem vilja byggja upp hagkvæman rekstur sem tryggir starfsfólki góð störf og eigendum arð af sinni fjárfestingu. Hver og einn þessara aðila horfir á einstakling með heilsubrest og skerta starfsgetu frá sínu sjónarhorni sem mótast af reynsluheimi, hagsmunum og hlutverkum hvers fyrir sig. Starfsendurhæfing snýst að hluta til um að breyta sýn, viðhorfum og stundum hlutverki þessara aðila og fá þá til að vinna saman að því að búa til aðstoður sem aðstoða einstaklinga með skerta starfsgetu til að verða virkir þátttakendur á vinnumarkaði á ný. Þessi samhæfing er ekki einföld en hún er vel möguleg ef menn taka þátt í verkefninu með það í huga að leita lausna en ekki vandamála. Ábyrgð okkar allra er að tryggja að svo sé.



Hvað finnst notendum um þjónustu VIRK?

Ingibjörg Þórhallsdóttir

Hægt er að meta þjónustu og árangur af henni á marga vegu og út frá ýmsum sjónarhornum. Einn af mikilvægum þáttum sem VIRK hefur áhuga á að fylgjast með er sýn notenda á þá þjónustu sem þeir hafa fengið.

Þjónustukannanir eru mikilvæg tæki í umbótastarfi og ein af mörgum aðferðum til að meta gæði þjónustu út frá sjónarhorni þeirra einstaklinga sem hana fá.

Í þjónustukönnun VIRK eru einstaklingar beðnir um að leggja mat á hvernig sú þjónusta, sem þeir hafa fengið hjá ráðgjöfum, uppfyllti þarfir þeirra og væntingar. Könnunin byggir á þekktum víddum þjónustugæða SERVQUAL-líkansins, en þær eru áþreifanleiki, áreiðanleiki, viðbragð og viðmót, traust og trúverðugleiki og samhygd. Önnur aðferð sem VIRK notar til að leggja mat á gæði þjónustunnar er skráning á hrósi og kvörtunum sem berast.

Allir þátttakendur sem ljúka þjónustu hjá VIRK eru hvattir til að taka þátt í þjónustukönnun til að hægt sé að læra af reynslunni, sjá hvað betur megi fara í þjónustunni og þróa hana til betri vegar. Við útskrift frá ráðgjafa fær notandinn upplýsingar um könnunina. Hafi viðkomandi aðgang að Internetinu fær hann sent boð um þátttöku í rafrænni könnun innan fjögurra vikna frá útskrift. Þeir sem ekki eru með nettengingu fá afhent frímerkt umslag ásamt spurningalista. Öll svör eru ópersónugreinanleg.

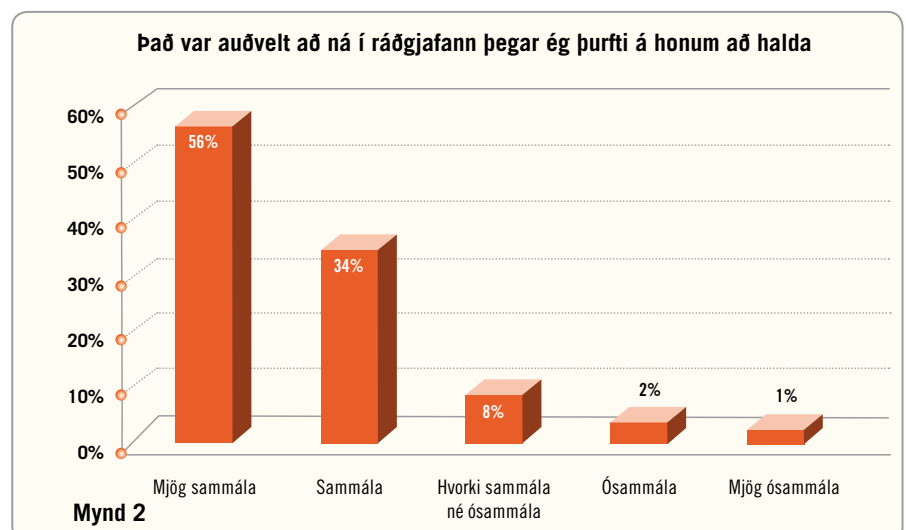
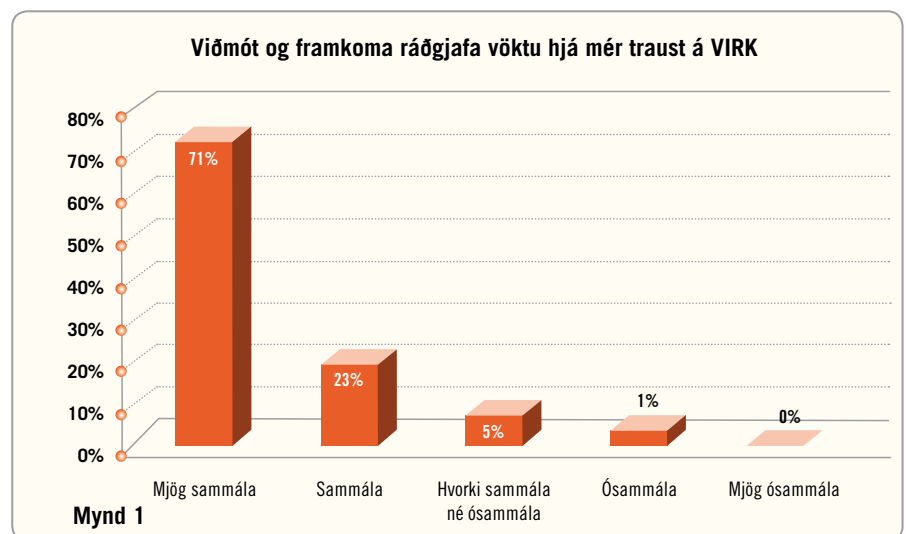
Í heildina hafa 512 útskrifaðir einstaklingar skilað inn svörum síðan 2010 og eru allar niðurstöður í þessari skýrslu miðaðar við

þann fjölda. Rúmlega 95% svara var skilað rafrænt. Svarhlutfall var lakara meðal þátttakenda í aldurshópum undir 35 ára aldri en þeirra sem eru eldri en 45 ára.

Í könnuninni gefa einstaklingar upplýsingar um hvernig þeir upplifðu þjónustu VIRK ásamt því að meta ávinning sinn af henni, til dæmis varðandi starfsgetu, líðan og sjálfsmynd við upphaf og lok þjónustu. Þá eru einstaklingar einnig beðnir að svara spurningum um gagnsemi ýmissa úrræða sem þeir hafa fengið. Þeir eru jafnframt spurðir um upplifun á viðmóti ráðgjafa, gagnsemi upplýsinga sem þeir hafa fengið og fleira. Niðurstöður könnunarinnar eru notaðar til að laga starfsemina að þörfum notenda þjónustunnar og í þeim er einnig að finna mikilvægar ábendingar til ráðgjafa á vegum VIRK.

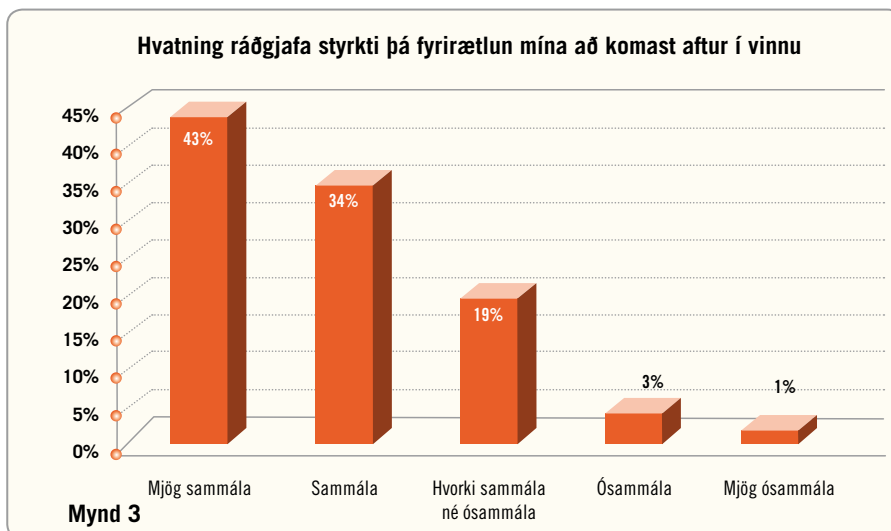
Ein af forsendum góðrar þjónustu er gott viðmót. Gott viðmót og framkoma fela í sér að sýna notendum þjónustunnar nærgætni og athygli. Persónuleg þjónusta fær notandann til að skynja að hann er sérstakur. Hún skapar einnig traust og því hefur hver einstaklingur sinn ráðgjafa sem hann er í samskiptum við. Traust er sérstaklega mikilvægur þjónustubáttur þegar notendur þjónustunnar telja að hún feli í sér áhættu eða þegar erfitt er að meta endanlega niðurstöðu. Starfsendurhæfing er dæmi um slíka þjónustu, en einstaklingar sem leita til ráðgjafa VIRK deila með þeim persónulegum og viðkvæmum upplýsingum og því er mikilvægt að skapa traust milli aðila.

Á mynd 1 má sjá hvernig einstaklingar sem hafa útskrifast úr þjónustu hjá VIRK hafa upplifað viðmót og framkomu ráðgjafa.



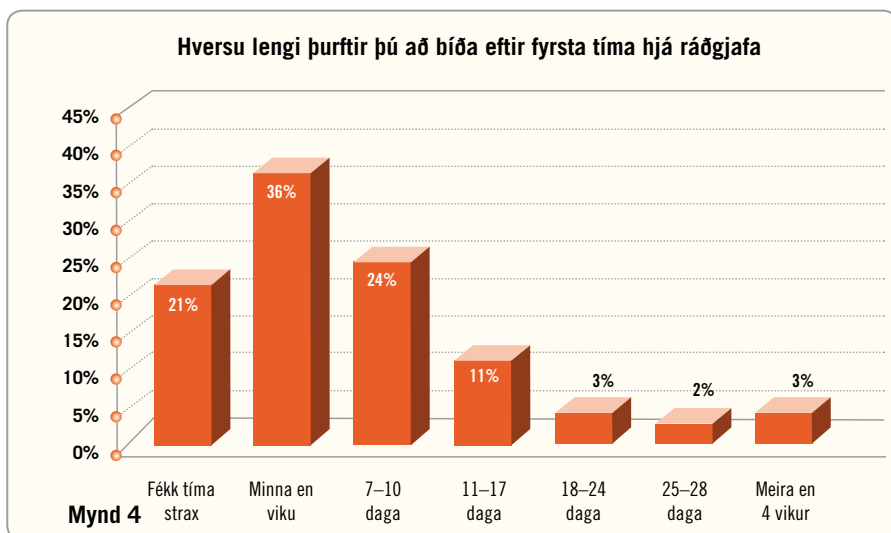
Aðgengi miðað við tíma og staðsetningu hefur mikil áhrif á mat einstaklinga á gæðum þjónustu. Aðgengi að ráðgjöfum út um allt land og í heimabyggð er einn þeirra þátta sem fólk var beðið að meta. Um 90% notenda telja að aðgengi að ráðgjöfum VIRK sé gott.

Eitt af markmiðum VIRK er að auðvelda einstaklingum að fara aftur á vinnumarkað. Hlutverk ráðgjafa er meðal annars að hvetja þá og virkja til að huga að endurkomu til vinnu. Á mynd 3 kemur í ljós að 77% útskrifaðra telja að ráðgjafinn hafi náð þessu markmiði.



Viðbragðsflytir þjónustuaðila endurspeglar vilja til að aðstoða einstaklinginn og veita skjóta þjónustu. Þessi þáttur dregur fram mikilvægi þess að vera fljótur að bregðast við þörfum einstaklingsins, spurningum og vandamálum. Einstaklingur metur viðbragðsflyti út frá því hve lengi hann þarf að bíða til að fá þjónustu, svör við spurningum eða lausn á vandamálum.

Til að skara fram úr í viðbragðsflyti hefur VIRK leitast við að fjölga ráðgjöfum ef biðtími eftir fyrsta viðtali hjá ráðgjafa þykir of langur, ásamt því að rýna í vinnuferla ráðgjafa og huga að umbótum þar. Á mynd 4 kemur fram að 57% þátttakenda höfðu ýmist fengið tíma hjá ráðgjafa strax eða innan viku frá því að þeir óskuðu eftir honum. Önnur 24% höfðu fengið tíma innan 10 daga, sem var enn ásættanlegur tími. Hinsvegar töldu 8% sig hafa beðið lengur en 18 daga eftir fyrsta tíma hjá ráðgjafa, sem að mati VIRK er allt of langur biðtími.



Þátttakendur eru beðnir um að gefa sjálfsmýnd sinni og starfsgetu einkunn á bilinu 0–10 við upphaf og lok þjónustu. Eins og sést á töflu 1 er sjálfsmýnd þeirra einstaklinga sem sækja þjónustu hjá VIRK talsvert löskuð við komu. Ráðgjafar VIRK vinna með þeim svo þeir átti sig betur á styrkleikum sínum og vísa að auki á úrræði sem auðvelda fólki að byggja upp sterkari sjálfsmýnd, sem oft er forsenda þess að það treysti sér til að fara út á vinnumarkaðinn aftur. Við lok þjónustu hefur sjálfsmýnd að meðaltali styrkst verulega, eins og tafla 1 ber með sér.

Tafla 1

	Meðaltal í upphafi þjónustu	Meðaltal í lok þjónustu
Sjálfsmýnd	4,4	7,4
Starfsgeta	2,9	6,4

Mat einstaklinga á stöðu sinni, á kvarðanum 0-10

Að sama skapi er það markmið VIRK að auðvelda einstaklingum að efla starfsgetu sína meðan á starfsendurhæfingunni stendur. Á töflu 1 sést hvernig notendur þjónustunnar meta stöðu sína á því sviði á kvarðanum 0–10, annarsvegar við upphaf þjónustu og hinsvegar við lok hennar.

Auk ofangreindra spurninga svöruðu þátttakendur spurningum um gagnsemi ólíkra úrræða, fleiri spurningum sem snéru að þjónustu ráðgjafanna, spurningum um gagnsemi fræðslu og upplýsingaefnis

auk annars sem tengist þjónustu VIRK. Almennt má segja að niðurstöður þjónustukönnunarinnar bendi til þess að þátttakendur séu í 85-95% tilvika ýmist ánægðir eða mjög ánægðir með þjónustu VIRK. Þessar niðurstöður eru mikilvægar en þær gefa jafnframt tilefni til að rýna þá hluti sem betur mega fara til að hægt sé að bæta þjónustuna enn frekar.

Ráðgjafar VIRK



Elín Reynisdóttir

Sunnubraut 13, Akranesi
Stéttarfélag á Akranesi
Sími: 430 9904
elin@vifa.is



Kristín Björg Jónsdóttir

Sunnubraut 13, Akranesi
Stéttarfélag á Akranesi
Sími: 430 9904
kristin@vifa.is



Steinhildur Sigurðardóttir

Sæunnargötu 2A, Borgarnesi
Stéttarfélag á Vesturlandi
Sími: 430 0430
steinhildur@stettvest.is



Fanney Pálsdóttir

Pólgötu 2, Ísafirði
Stéttarfélag á Vestfjörðum
Sími: 456 3190
virk@verkvest.is og
virk@fosvest.is



Hanna Dóra Björnsdóttir

Borgarmýri 1, Sauðárkróki
Stéttarfélag á Norðurl. vestra
Sími: 453 5433
hannadora@stettarfelag.is



Anna Guðný Guðmundsdóttir

Skipagötu 14,
Akureyri Stéttarfélag á
Eyjafjarðarsvæði
Sími: 460 3600
anna@ein.is



Dalrós Jóhanna Halldórsdóttir

Skipagötu 14,
Akureyri Stéttarfélag á
Eyjafjarðarsvæði
Sími: 460 3600
dalros@ein.is



Elsa Sigmundsdóttir

Skipagötu 14,
Akureyri Stéttarfélag á
Eyjafjarðarsvæði
Sími: 460 3600
elsa@ein.is



Hildur Petra Friðriksdóttir

Skipagötu 14, Akureyri
Stéttarfélag á
Eyjafjarðarsvæði
Sími: 460 3600
hildurpetra@ein.is



Nicole Kristjánsson

Skipagötu 14, Akureyri
Stéttarfélag á
Eyjafjarðarsvæði
Sími: 460 3600
nicki@ein.is



Ágúst Sigurður Óskarsson

Garðarsbraut 26, Húsavík
Stéttarfélag í
Þingeyjarsýslum
Sími: 464 6600
virk@framsyn.is



Erla Jónsdóttir

Miðvangi 2 - 4, Egilsstöðum
og Búðareyri 1, Reyðarfirði
Stéttarfélag á Austurlandi
Sími: 471 2938
erla@asa.is



Ragnheiður Kristianssen

Miðvangi 2 - 4, Egilsstöðum
og Búðareyri 1, Reyðarfirði
Stéttarfélag á Austurlandi
Sími: 471 2937 / 866 2120
rk@asa.is



Ágústa Guðmarsdóttir

Austurvegi 56, Selfossi
Stéttarfélag á Suðurlandi
Sími: 480 5000
virk@sudurland.is



Inga Margrét Skúladóttir

Austurvegi 56, Selfossi
Stéttarfélag á Suðurlandi
Sími: 480 5000
inga@sudurland.is



Georg Ögmundsson

Strandvegi 54,
Vestmannaeyjum
Stéttarfélag í
Vestmannaeyjum
Sími: 510 1700
georg@vr.is



Elfa Hrund Guttormsdóttir

Krossmóum 4, Reykjanesbæ
Stéttarfélag á Reykjanesi
Sími: 421 3050
elfavirk@vsfk.is



Guðni Erlendsson

Krossmóum 4,
Reykjanesbæ
Stéttarfélag á Reykjanesi
Sími: 421 3050
virk@vsfk.is

**Arna Björk Árnadóttir**

Guðrúnartúni 1, Reykjavík
Efling, Hlíf og
Sjómannafélag Íslands
Sími: 510 7500
arna@efling.is

**Harpa Þórðardóttir**

Guðrúnartúni 1, Reykjavík
Efling, Hlíf og
Sjómannafélag Íslands
Sími: 510 7500
harpath@efling.is

**Helga Bryndís
Kristjánsdóttir**

Guðrúnartúni 1, Reykjavík
Efling, Hlíf og
Sjómannafélag Íslands
Sími: 510 7500
helgab@efling.is

**Ingibjörg Ólafsdóttir**

Guðrúnartúni 1, Reykjavík
Efling, Hlíf og
Sjómannafélag Íslands
Sími: 510 7500
ingibjorg@efling.is

**Pétur Gauti Jónsson**

Guðrúnartúni 1, Reykjavík
Efling, Hlíf og
Sjómannafélag Íslands
Sími: 510 7500
peturgauti@efling.is

**Soffía Erla Einarsdóttir**

Guðrúnartúni 1, Reykjavík
Efling, Hlíf og
Sjómannafélag Íslands
Sími: 510 7500
soffia@efling.is

**Guðfinna Alda
Ólafsdóttir**

Kringlunni 7, Reykjavík
VR
Sími: 510 1700
gudfinna@vr.is

**Heiða Björg
Tómasdóttir**

Kringlunni 7, Reykjavík
VR
Sími: 510 1700
heida@vr.is

**Hulda Gunnarsdóttir**

Kringlunni 7, Reykjavík
VR
Sími: 510 1700
hulda@vr.is

**Sif Þórsdóttir**

Kringlunni 7, Reykjavík
VR
Sími: 510 1700
sif@vr.is

**Karen Björnsdóttir**

Grettisgötu 89, Reykjavík
BSRB
Sími: 525 8386
karen@bsrb.is

**Salóme Anna
Þórisdóttir**

Grettisgötu 89, Reykjavík
BSRB
Sími: 525 8388
salome@bsrb.is

**Guðleif Birna Leifsdóttir**

Borgartúni 6, Reykjavík
BHM, SSF,
KÍ og önnur félög
háskólanna
Sími: 595 5122
gudleifl@bhm.is

**Kristbjörg Leifsdóttir**

Borgartúni 6, Reykjavík
BHM, SSF, KÍ og önnur
félög háskólanna
Sími: 595 5123
kristbjorgl@bhm.is

**Alda Ásgeirsdóttir**

Borgartúni 30, Reykjavík
Byggiðn,
Félag Bókagerðamanna,
Félag Íslenskra
Atvinnuflugmanna,
Félag leiðsögumanna,
Félag tanntækna og
aðstoðarfólks tanntækna,
Flugfreyjufélag Íslands,
Flugvirkjafélag Íslands,
Félag iðn- og tæknigreina og
Verkstjórásamband Íslands
Sími: 535 6012
alda@lifeyrir.is

**Hlín Guðjónsdóttir**

Stórhöfða 27, Reykjavík
Rafiðnaðarsamband Íslands,
Félag vélstjóra og
málmtæknimanna,
Matvæla og veitingafélag
Íslands
Félag hársnyrtisveina,
Mjólkurfræðingafélag Íslands.
Sími: 580 5227
hlin@rafis.is

**Sigrún Sigurðardóttir**

Stórhöfða 27, Reykjavík
Rafiðnaðarsamband Íslands,
Félag vélstjóra og
málmtæknimanna,
Matvæla og
veitingafélag Íslands,
Félag hársnyrtisveina,
Mjólkurfræðingafélag Íslands.
Sími: 580 5228
sigruns@rafis.is

„Þarf breitt bak“

Við Stórhöfða í Reykjavík eru að störfum tveir ráðgjafar VIRK. Í útjaðri þjónustuverfis hittum við fyrir Hlín Guðjónsdóttur, sem hefur skrifstofu í húsi Rafiðnaðarsambandsins, en það er eitt þeirra félaga sem hún starfar fyrir á vegum VIRK.

„Minn bakgrunnur sem ráðgjafi á rót í endurhæfingunni,“ segir Hlín. „Ég lauk B.S. gráðu í iðjubjálfun frá Háskólanum á Akureyri árið 2005 en 1988 hafði ég lokið diplomnámi frá iðjubjálfunarskólanum í Holstebro í Danmörku, þar sem margir Íslendingar lærðu iðjubjálfun á árum áður. Ég valdi þetta nám í upphafi vegna þess að ég hafði unnið mikið með fötluðum; fór að vinna hjá Sjálfsbjörgu 16 ára gömul. Þar ýtti undir áhuga minn sú ánægja að auka virkni og þátttöku hinna fötluðu, hjálpa þeim að vera sem mest sjálfbjarga og geta „lífað lífinu lífandi“, fá fólk til að fara út úr herbergjunum sínum og taka þátt í tilverunni. Nítján ára gömul ákvað ég því að þetta væri starf sem ég vildi vinna við til langframa.“

Hlín hefur fjölbreyttan bakgrunn sem iðjubjálfi, hefur enda starfað við þetta í 24 ár.

„Eftir iðjubjálfanámið í Holstebro fór ég að vinna á geðdeildum Landspítalans og fékk þar grunn sem hefur nýst mér vel í öllu mínu starfi. Því næst vann ég sem barnaiðjubjálfi á Greiningar- og ráðgjafarstöð ríkisins. Loks lá leiðin á Reykjalund þar sem ég vann í 16 ár, m.a. á verkjasviði, geðsviði, taugasviði og hjartasviði. Þetta allt saman hefur veitt mér fjölbreytta reynslu sem nýtist mér vel í ráðgjöfinni fyrir VIRK, sem ég hóf störf hjá fyrir tæpu ári.

Það sem er spennandi við þetta starf er að geta verið í nærumhverfi fólks; unnið með fólki sem ekki er inni á stofnun eða í öðru vernduðu umhverfi

heldur er að kljást við sínar daglegu aðstæður. Hér hittir maður einstaklinga á þeirra forsendum. Þeir koma til þín, þú ráðleggur og hvetur til þátttöku og góðra lífsvenja, sem er grundvöllur þess að fólk geti snúið aftur út á vinnumarkaðinn. Einfaldir hlutir, svo sem að vakna á morgnana, skipta máli ef fólk ætlar að vera í vinnu. Vinnuþrek er ekki bara bundið því að þjálfa upp líkamann á líkamsræktarstöð eða í sjúkraþjálfun; það helst í hendur við allar athafnir daglegs lífs.

Þegar fólk er illa á sig komið getur tekið á að fara út í búð og vera innan um annað fólk. Að komast yfir slíkar hindranir skiptir máli hvað atvinnuþátttöku varðar.“

Hlín er starfandi hjá Rafiðnaðarsambandinu, en starfar jafnframt fyrir önnur félög á Stórhöfða svo sem Félag vélstjóra og málmtæknimanna, Félag hársnyrtisveina, Matvís og Félag mjólkurfræðinga. „Þetta eru misstór félög og við erum tveir ráðgjafar hér að störfum, báðar í 100% starfi. Hinn ráðgjafinn, Sigrún Sigurðardóttir, er náms- og starfsráðgjafi með kennarareynslu og hefur starfað fyrir VIRK frá 2009. Það er heppilegt að hafa mismunandi bakgrunn. Sigrún hefur verið meira í félagslega kerfinu og menntakerfinu, en ég í endurhæfingu og heilbrigðiskerfinu. Við berum okkur gjarnan saman og styðjum hvor aðra,“ segir Hlín.

„Þess utan er mikið samstarf við sérfræðinga hjá VIRK, sem leiðbeina okkur í starfi og styðja okkur. Við höfum tækifæri til að ræða málin við

þá – og auðvitað látum við rödd okkar heyrast. Sérfræðingarnir hafa alls konar menntun; í þeirra röðum er að finna m.a. félagsráðgjafa, sálfræðinga og sjúkráþjálfara. Ef um stoðkerfisvanda einstaklings er að ræða getum við ráðfært okkur t.d. við sjúkráþjálfara, ef vandinn er sálfræðilegs eðlis er það sálfræðingurinn sem maður snýr sér til og þannig mætti lengi telja. Ég hef verið sérlega heppin með sérfræðinga.“

Horft til margra þátta

„Endurhæfingaráætlun vinnum við ýmist sjálfar og/eða leitum til sérfræðinga VIRK eða annarra úrræðaaðila. Þegar maður hefur unnið í þverfaglegu teymi er samráð eðlilegt ferli og að finna út úr því sameiginlega hver sé besta leiðin í hverju tilviki. Sem iðjuþjálfari er ég vön að horfa til margra þátta –vera sú sem heldur utan um áætlun og samhæfingu hlutanna.“

Hvernig eru þátttakendur hjá VIRK valdir?

„Við vinnum meðal annars í samstarfi við styrktarsjóði stéttarfélaganna. Þar fær fólk upplýsingar um VIRK og leiðbeiningar um hvert það geti snúið sér. Í framhaldi af því er viðkomandi boðið að koma í viðtal hjá ráðgjafa.“

Grundvallarforsenda þess að fólk fái aðstoð hjá VIRK er að um heilsuþrest sé að ræða, viðkomandi geti því ekki stundað vinnu en hafi vilja til þess. Þó eru ekki allir í vinnu sem koma til okkar. Sumir koma beint af götunni. Öllum sem leita til VIRK er boðið viðtal þar sem farið er yfir hvers eðlis heilsuvandinn sé og hvað hamli vinnuþátttöku. Eigi viðkomandi við heilsuþrest að stríða, andlegan eða líkamlegan, á hann aðgang að þessu kerfi. Sé um einstakling að ræða sem á við áfengis- eða fíkniefnavanda að etja er skilyrði að viðkomandi geti sýnt fram á að hafa stundað edrúmennsku í að minnsta kosti þrjú mánuði áður en hann getur fengið þjónustu frá VIRK. Sama gegnir um fólk sem þarf á bráðaþjónustu að halda, það getur ekki fengið þjónustu hjá VIRK fyrr en það hefur jafnað sig í ákveðinn tíma eftir t.d. aðgerð eða lyfjagjöf.

Fólk á öllum aldri leitar til okkar. Stundum neyðumst við til að forgangsraða, því aðsóknin er mikil. Hingað koma m.a. ýmsir sem komnir eru yfir sextugt og geta ekki lengur stundað erfiðisvinnu, t.d. þeir sem hafa unnið hjá Rafiðnaðarsambandinu eða á vettvangi vélstjóra og málmþækni. Viðkomandi einstaklingar hafa kannski fulla starfsgetu — en ekki í þau störf sem þeir hafa verið að sinna. Oft er mjög gaman

að vinna með slíku fólki. Það útskrifast frá okkur til léttari starfa og er þá búið að setja sér markmið um hvert það ætli að snúa sér í atvinnuleit. Þetta á raunar líka við um yngra fólk sem missir færni. Mín skoðun er sú að allir geti fengið vinnu sem raunverulega vilja vinna. Kannski er ég óhóflega bjartsýn, en bjartsýni er hins vegar eiginleiki sem ráðgjafi þarf að búa yfir. Það verður að horfa fram á veginn til þess að vinnan sé möguleg.“

Er hættu á því að ráðgjafar fari að „lífa lífi“ þeirra sem eru í ráðgjöf hjá þeim?

„Örugglega, en til að koma í veg fyrir slíkt höfum við stuðning og handleiðslu. Þangað getum við leitað ef út af bregður. Í öllu ráðgjafarstarfi er nauðsynlegt að hafa slíkt á bak við sig. Komi eitthvað upp á milli ráðgjafa og einstaklings í ráðgjöf hefur mér reynst best að ræða vandann. Það þarf að koma heiðarlega fram og af hreinskilni. Gangi samvinnan báglega er best að segja t.d.: „Nú upplifi ég að samvinna okkar gangi ekki sem skyldi; hver er þín sýn á málið?“ Slík nálgun leysir oft vandann. Vitaskuld eru sumir þyngri í taumi en aðrir, en til endurgjalds er oft mjög gaman að vinna með slíkum aðilum og sjá hvaða árangri þeir ná á endanum.“



Raunhæf endurhæfing

Kemur fólk til ykkar með miklar væntingar?

„Mikilvægt er að upplýsa fólk vel um það út á hvað starfsendurhæfingin gengur. Það skiptir máli að kerfið okkar sé sem skilvirkast, svari því sem það þarf að svara og leiði okkur að raunhæfri starfsendurhæfingu.“

Hvert er fyrirmyndin að starfi ykkar sótt?

„VIRK sækir fyrirmyndir víða, til dæmis til Norðurlandanna. Við vinnum eftir ákveðnum verkferlum og er stýrt eftir þeim í formi kennsludaga, fræðslu, námskeiða og viðtala við sérfræðingana okkar. Auk þess hefur grunnur minn og þekking á heilbrigðiskerfinu nýst mér mjög vel í starfinu.“

Allir sem koma til okkar fara í gegnum ákveðið grunnmat sem tekur kannski 4 til 5 skipti. Þar er farið yfir ákveðnar upplýsingar og síðan tekur við ýtarlegri gagnaöflun, sem á í senn að vera hvetjandi og afla upplýsinga. Með þessu er verið að kortleggja styrkleika og hindranir viðkomandi, þau markmið sem fólk vill setja sér og hvaða leiðir það vill og getur farið. Allt þetta fer fram í samtölum með opnum spurningum. Leitast er við að beita sem bestri viðtalstækni. Eftir grunnvinnuna leggjum við niður plan með einstaklingnum, hvar þurfi stuðning og hvert eigi að halda. Fyrir suma kaupum við úrræði, svo sem sálfræðiviðtöl, sjúkraþjálfun eða sjálfsstyrkingarnámskeið; fyrir aðra nægir að eiga samtöl við ráðgjafa, sem hvetur og styður viðkomandi og hjálpar honum að setja sér markmið til að glíma við milli viðtala. Stór hluti af ferlinu er að setja sér raunhæf markmið.“

Geti fólk ekki sinnt sínu fyrra starfi, fær það þá hjálp til að finna önnur úrræði?

„Já, við bendum fólk á færar leiðir og í samstarfi við VIRK eru ýmsir aðilar sem bjóða upp á úrræði. Stundum verður nám fyrir valinu. Ég get nefnt aðila sem fékk að glíma við fyrsta áfanga í rafmagnsfræði og var kostnaður greiddur fyrir hann. Þegar hann náði prófunum ákvað hann að taka

skrefið — láta skrá sig í fullt nám. Þetta var það sem þurfti til að koma honum á beinu brautina.“

Hve lengi hefur fólk möguleika á að hafa samband við ráðgjafa?

„Við fylgjum fólk eftir í um það bil tvo mánuði eftir að það er komið af stað í nám eða vinnu. Auk þess er ekkert sem mælir gegn því að viðkomandi hafi samband við okkur, jafnvel þótt talsvert sé um liðið, ef babb kemur í bátinn. Þá er metið í hverju tilviki fyrir sig hvað hægt er að gera.“

Telur þú þessa starfsemi skila miklum árangri fyrir atvinnulífið?

„Já, ég veit að til dæmis hér á Stórhöfða hefur árangurinn verið góður og líka annars staðar þar sem ég þekki til. Þó er misjafnt milli stéttarféлага hvernig gengur að koma fólk út í atvinnulífið.“

Góð fyrirmynd

Finnst þér munur á að vinna með karlmönnum eða konum?

„Já, það er munur, kynin eru ólík en hafa sína styrkleika og veikleika. Karlar eru oft lokaðri en auðvitað eru þeir misjafnir, það er erfitt að alhæfa í þessu efni. Mikilvægt er að ráðgjafi sé góður hlustandi, gefi einstaklingnum tækifæri til að láta skoðun sína í ljós og geti tekið gagnrýni. Maður þarf að hafa breitt bak. Miklu skiptir að vera góð fyrirmynd og heill í því sem maður ráðleggur öðrum. Ég hef haft að leiðarljósi að vera góð fyrirmynd og ástunda það sem ég ráðlegg öðrum að gera. Hafa góð grunngildi, svo sem góðar svefnvenjur, borða hollan mat reglulega, stunda hreyfingu og útivist, eiga fjölbreytt áhugamál, stjórna streitu og geta brugðist við álagi. Stundum hefur fólk unnið mikið og á sér því fábreytt áhugamál en í öðrum tilvikum liggja styrkleikar í áhugamálum sem hægt er að nýta sér í vinnu. Því þarf að taka það til umræðu hvað gert er í frítíma. Ég get nefnt sem dæmi mann sem hefur áhuga á húsbílum og datt í hug að hann gæti hugsanlega orðið sölumaður húsbíla eða starfað við þjónustu á verkstæði fyrir húsbíla. Sá sem spilar á hljóðfæri gæti til dæmis unnið í hljóðfæraaverslun og þannig mætti lengi telja.“

Til okkar leitar oft svokallað „verkfólk“, fólk sem er handlagið eða hefur áhuga á tækni, en glímir til dæmis við lesblindu. Þá getur þurft að takast á við lesblinduna. Viðfangsefni eru fjölbreytt og maður hittir margt áhugavert fólk, sem gerir starfið skemmtilegt. Stundum hefur fólk orðið fyrir einelti einhvern tíma á lífsleiðinni og það er þá kannski rótin að vandanum; slíkt má bæta með því að styrkja sjálfsmynd viðkomandi.

Mín reynsla er sú að hæfilegt sé að taka viðtöl við 4-5 einstaklinga á dag. Það þarf líka tíma til að vinna úr upplýsingum og skrá inn í kerfið, vera í samstarfi við meðferðaraðila, heilbrigðiskerfið og heimilislækna, svo dæmi séu nefnd. Ég vil geta þess að ég hef átt ánægjulegt samstarf við marga heimilislækna. Ráðgjafinn sér um að hafa samband við hina ýmsu aðila og fylgist síðan með hvernig málum vindur fram. Segja má að við ráðgjafar séum eins og köngulær í miðjum vef; við höldum þráðunum saman.

Ef starfsendurhæfingaráætlunin gengur ekki sem skyldi getum við leitað til sérfræðinga VIRK og þá er fólk oft vísað í þverfaglegt mat. Allt stuðlar þetta að því að koma því sem fyrst út á vinnumarkaðinn. Stundum fara mál þannig að starfsendurhæfing þykir fullreynd, en viðkomandi er ekki tilbúinn til að fara út á vinnumarkað. Oftast hefur þjónustan þó alltént skilað viðkomandi einstaklingi aukinni vellíðan þannig að hann er betur settur og verður virkari þátttakandi í lífinu.“

Myndast nán tengsl milli ráðgjafa og einstaklings?

„Já, það getur gerst, en nauðsynlegt er að gefa skýr skilaboð um hvað starf okkar felur í sér. Eftir að grunnupplýsingar liggja fyrir fer í gang mikið ferli og samstarf. Eðlilega koma sumir einstaklingar meira „við hjartað í manni“ en aðrir, annað væri ekki manlegt. En jafnframt er báðum aðilum ljóst að samstarfið byggist á því að einstaklingurinn muni á endanum ekki þurfa lengur á ráðgjafanum að halda. Okkar hlutverki á að ljúka.“

Pétur Gauti Jónsson ráðgjafar hjá VIRK

„Allt er mjög vel skipulagt hjá VIRK“



Að Guðrúnartúni 1 er reisulegt hús ASÍ sem hýsir m.a. VIRK – Starfsendurhæfingarsjóð. Á þriðju hæð þessa húss, sem áður var Sætún 1, hittum við fyrir Pétur Gauta Jónsson ráðgjafa hjá VIRK.

„Þetta er spennandi starf og að mörgu leyti skemmtilegt, en krefjandi. Engin tvö mál eru eins og tilvikin oft mjög ólík. Ég er ráðgjafi hjá VIRK fyrir þrjú stéttarfélög; Eflingu, Hlíf og Sjómannafélagið og hef verið starfandi hér frá 1. október síðastliðnum,“ segir Pétur Gauti þegar hann er inntur eftir starfsvettvangi sínum.

„Það sem ég fæst við hér hjá VIRK er á margan hátt svipað verkefnum mínum hjá Félagsþjónustu Hafnarfjarðar, þar sem ég starfaði áður. Þangað kom fólk sumpart inn vegna veikinda en ég sinnti þar talsvert málum þeirra sem áttu við neysluvanda að stríða. Það verkefni heitir Grettistak.

Markmiðið er að hjálpa fólki, sem á undir högg að sækja sökum heilsubrestra, til að takast á við lífið að nýju með stuðningi þar sem unnið er í samstarfi við teymi fagaðila við að koma einstaklingum til vinnu. Helsta breytingin er sú að hér tekur maður á móti fólki á breiðari grundvelli. Hingað leitar fólk sem oft á tíðum hefur verið frá vinnu í langan tíma

vegna veikinda, átt við stoðkerfisvanda að stríða eða glímt við þunglyndi svo eitthvað sé nefnt. Þá getur langtímaatvinnuleysi eitt og sér haft mikil áhrif á heilsufar einstaklinga og oft aukið á vandann.

Aukning hefur orðið á tilvísunum hingað frá Vinnumálastofnun og þá helst þeirra sem hafa fullnýtt rétt sinn til atvinnuleysisbóta, en það kemur einnig til vegna sérstaks átaksverkefnis hjá Vinnumálastofnun sem miðar að því að virkja atvinnuleitendur. Verkefnið felur í sér að þeim sem glíma við heilsubrestr og geta ekki tekið atvinnutilboði er vísað í starfsendurhæfingu. Einnig hefur orðið aukin samvinna við lífeyrissjóði um að aðstoða fólk út á vinnumarkað,“ segir Pétur Gauti.

Efling er næststærsta stéttarfélagið á landinu en félagsmenn þess eru um 20.000. Samanlagt með hinum stéttarfélagunum eru þetta um 25-27.000 manns. Kynjahlutfall félagsmanna Eflingar er tiltölulega jafnt.“

„Enginn er því sendur héðan á brott án leiðbeininga um hvað annað geti tekið við eða án þess að eiga möguleika á að koma aftur eftir tiltekinn tíma, að því gefnu að viðkomandi hafi þá náð frekari bata.“

Konur í meirihluta

„Meirihluti þeirra sem ég er með í þjónustu núna í starfsendurhæfingunni eru kvenkyns, enda gildir það um stóran hluta vinnustaða innan Eflingar að þeir eru að mestu skipaðir kvenfólki. Stærstu vinnustaðir innan Eflingar eru Reykjavíkurborg, Landspítali – Háskólasjúkrahús og hjúkrunarheimilin. Einnig er talsvert um einstaklinga af öðrum þjóðernum enda eru félagsmenn af erlendum uppruna um þriðjungur félagsmanna. Mín tilfinning er sú að konur leiti fremur og fyrr úrræða á borð við starfsendurhæfingu en karlar. Þeir eru lengur að taka við sér, koma seinna, þegar vandinn er kannski orðinn djúpstæðari. Þótt flestir sem leita til mín séu konur þá er alveg til í dæminu að karlmenn vilji frekar leita til karlkyns ráðgjafa, en þeir geta þá sett fram óskir þar um. Í sumum tilvikum gæti ég trúað því að karlmenn eigi auðveldara með að opna sig í samtölum

við karlkyns ráðgjafa,“ segir Pétur Gauti ennfremur. „Ég tel því að það skipti töluverðu máli að hafa bæði karla og konur í ráðgjafastörfum. Kynin eru ólík, hafa stundum ólíka sýn og að vissu leyti ólíkan reynsluheim.“ Fimm ráðgjafar VIRK eru að störfum í Guðrúnartúni 1“.

„Þegar ég hóf störf hjá VIRK tók ég við ráðgjöf nokkurra aðila sem voru langt komnir í endurhæfingu og hef nú útskrifað þá. Það er misjafnt hvað fólk þarf langan tíma í starfsendurhæfingu,“ segir Pétur Gauti og kveður starf sitt m.a. fela í sér talsvert mikla samvinnu við fagaðila á borð við lækna, sjúkraþjálfara og sálfræðinga. „Einnig erum við í samstarfi við staði sem bjóða upp á náms- og starfsendurhæfingu á borð við Hring sjá, það er fyrir fólk sem á við ýmiss konar heilsufarserfiðleika að etja og hefur verið lengi án atvinnu, ýmist vegna sjúkdóma eða slysa. Þar fær fólk stuðning í námi, sem aðlagður er þörfum



hvers og eins. Einnig eigum við í samstarfi við stofnanir á borð við Starfsendurhæfingu Hafnarfjarðar, svo dæmi sé nefnt, en þau hafa m.a. í gegnum sérstaka „atvinnulínu“ hjá sér stutt fólk aftur út á vinnumarkað í samvinnu við fyrirtæki,“ segir Pétur.

Hefur áhuga á hinum mannlega þætti

„Menntun mín sem félagsráðgjafi frá HÍ nýtist mjög vel í starfinu hjá VIRK. Í því námi er lögð sérstök áhersla á að mæta fólki „þar sem það er statt“ og jafnframt er heildarsýn höfð að leiðarljósi. Maður þarf stöðugt að vera að „staðsetja“ einstaklinginn, skoða styrkleika hans og hindranir, og bregðast svo við út frá því hvar skórinn kreppir. Áður en ég lauk fjögurra ára félagsráðgjafarnámi tók ég B.A. próf í guðfræði. Þar lærði ég sálgæslu, en sú þekking hefur nýst mér vel í þessu starfi. Einnig reynsla mín í starfi hjá Félagsþjónustunni og krabbameinsdeild Landspítalans.

Áður en ég hóf háskólanám starfaði ég á geðdeild Landspítalans og hef því lengi haft áhuga á að starfa með fólki. Á geðdeildinni fékk ég góða innsýn í slíkt starf og hef mikinn áhuga á hinum mannlega þætti. Starfsreynsla mín á hinum ýmsu sviðum og þekking á því hvaða úrræði standa til boða í samfélaginu nýtast vel hér hjá VIRK. Í starfi ráðgjafa reynir á samskiptahæfni, maður þarf líka að vera úrræðagóður og hafa gott innsæi hvað snertir þarfir fólks og geta brugðist skjótt við.

Því fleiri viðtöl sem maður tekur, því hæfari verður maður. Þó margt sé líkt með aðstæðum fólks er það ólíkt sem einstaklingar, sem og viðbrögð þess. Mörg úrræðanna sem við höfum eru mjög gagnleg – og stundum kemur maður auga á ný úrræði. Ráðgjafinn kemur þá hugmyndum sínum á framfæri við sérfræðing hjá VIRK, sem metur það með honum hvort úrræðin muni nýtast viðkomandi einstaklingi. Ég hef tengilið hjá VIRK sem ég hitti hálfsmánaðarlega og get alltaf hringt til ef nauðsyn krefur. Allt er mjög vel skipulagt hjá VIRK.“

„Það sem mér hefur komið ánægjulega á óvart er hve skipulag og vinnulag ráðgjafanna hjá VIRK er markvisst. Hér er maður ekki „eyland“ heldur hluti af stærri heild og þá er auðveldara að bregðast við aðstæðum. Starfsfólk VIRK hefur þverfaglega menntun, þannig að maður er aldrei einn um ákvörðun heldur hefur víða sýn á bak við sig.“

Hér er maður ekki „eyland“

Pétur segir að til VIRK leiti einstaklingar með margs konar vandamál. „Sumir hafa átt við áfengis- og fíkniefnavanda að stríða. Vilji þeir þjónustu hjá VIRK eru þau viðmið sett að þeir hafi lokið meðferð fyrir þremur mánuðum síðan og séu að vinna í sinni edrúmennsku áður en starf með þeim hjá VIRK hefst. Ef til okkar leitar manneskja sem er í neyslu, þá vísun við henni ekki frá, en hvetjum viðkomandi til að fara í meðferð og taka á sínum málum. En slíkt er auðvitað ákvörðun sem hver og einn tekur fyrir sig. Taki einstaklingur ákvörðun um að fara í meðferð við fíkniefnavanda á viðeigandi stað í heilbrigðiskerfinu, þá á hann aturkvæmt til okkar í VIRK síðar. Enginn er því sendur héðan á brott án leiðbeininga um hvað annað geti tekið við eða án þess að eiga möguleika á að koma aftur eftir tiltekinn tíma, að því gefnu að viðkomandi hafi þá náð frekari bata.

Það sem mér hefur komið ánægjulega á óvart er hve skipulag og vinnulag ráðgjafanna hjá VIRK er markvisst. Hér er maður ekki „eyland“ heldur hluti af stærri heild og þá er auðveldara að bregðast við aðstæðum. Starfsfólk VIRK hefur þverfaglega menntun, þannig að maður er aldrei einn um ákvörðun heldur hefur víða sýn á bak við sig. Þetta gerir mögulegt að komast að góðri niðurstöðu. Og eðlilega ræðum við saman innbyrðis, ráðgjafarnir, það er dýrmætt.“

Hvernig er samstarfið við vinnuveitendur?

„Þeir sem leitað hafa til mín hafa margir hverjir ekki verið í vinnu. Flestir eru fallnir út af vinnumarkaði, en nokkrir eru þó enn með starf; þá er mikilvægt að vera í samstarfi við vinnuveitandann svo að einstaklingurinn haldist í starfi áfram.

Við hjá VIRK leitum ekki að vinnu fyrir fólk, en eitt af úrræðum okkar er að koma fólki í vinnuprófun í skamman tíma. Annars vegar fer fólk á starfstengd námskeið þar sem það lærir að gera ferilskrá, æfa sig í að fara í starfsviðtöl og hvernig það eigi að bera sig að í atvinnuleit. Hins vegar sendum við fólk í vinnuprófun og erum meðal annars í samstarfi við úrræðaaðila sem sérhæfa sig á þessu sviði, eins og Sinnum. Þar fær fólk möguleika til að prófa sig áfram í starfi á nýjum vettvangi í nokkurn tíma. Þetta er þýðingarmikið þegar fólk hefur verið í sama starfi lengi, en getur ekki snúið aftur til fyrri starfsvettvangs vegna færniskerðingar.

Þegar fólk hefur verið utan vinnumarkaðar í lengri tíma eru málin oft á tíðum orðin talsvert snúin og stundum þarf að skoða þau betur. Þá fer fólk í þverfaglegt mat, sem felur í sér að viðkomandi er sendur til endurhæfingarlæknis og annarra fagaðila og fengið er ítarlegt mat á stöðu hans og möguleikum. Á grundvelli þess er svo sett upp ný áætlun um endurkomu til vinnu fyrir viðkomandi.“

Telur þú starfsemi VIRK mikilvæga fyrir stéttarfélag?

„Já, mjög mikilvæga. VIRK á til dæmis gott samstarf við sjúkrasjóð Eflingar, sem gerir það mögulegt að grípa fyrir inn í og því fyrir sem gripið er inn í, því betra.“

Lífsgjöfin

„Fólk verður að átta sig á að eftir svona andlegt niðurbrot eru fyrstu skrefin til bata ekki stór, bara það að fara ein út í búð er talsvert verkefni.“



Ég hef alltaf verið mjög félagslynd og ýmislegt gert í lífinu, unnið mikið og „verið dugleg“, eins og það er kallað. Notaði lengstum „Íslensku leiðina“ kastaði öllu um öxl jafnóðum án þess að vinna úr því,“ segir Íris Jónsdóttir, 39 ára, sem býr á Ísafirði og hefur starfað þar um langt árabíll.

„Einn daginn varð allt í einu mælirinn fullur,“ bætir hún við. „Endapunkturinn var sjálfstæður rekstur sem ég var með en gekk ekki upp. Mér leið mjög illa. Ég fór til læknis að áeggjan vinkonu minnar. Þá var ég orðin þannig að ég komst varla út í búð, átti erfitt með svefn og var mjög þreytt, en gat þó sinnt móðurhlutverkinu og því sem ég þurfti að gera inni á heimilinu. Það sem var utan þess réði ég ekki við. Hjá læknum var mér bent á að líklega væri ég komin í „yfirkeyslu“; álagið væri orðið alltof mikið. Ég fór eftir þetta til Akureyrar á sjúkrahús og greindist þar með áfallastreitu, sem var valdur að kvíða mínum, gríðarlegri félagsfælni og ótta við umhverfið.“

Um leið og ég fékk greiningu létti mér mjög. Ég áttaði mig á að ég þyrfti að vinna mig út úr þessu, sérstaklega huglægt. Íþjubjálfinn sem sinni mér á Akureyri benti mér á VIRK og hafði samband við ráðgjafa sem starfar á vegum VIRK á Vestfjörðum.

Fyrsti fundurinn með Fanneyju Pálsdóttur, ráðgjafa VIRK, er mér mjög minnisstæður. Ég var þá nýkomin heim frá Akureyri um páska 2011. Minn helsti ótti var hvaða leið ég ætti að fara til þess að komast á fund Fanneyjar. Ég man að ég lagði bílnum í aðalgötunni og komst inn á skrifstofuna en þar var ég sem lömuð af ótta við að fara aftur út í bílinn eftir viðtalið. Þá fór Fanney út og færði bílinn aftur fyrir húsið, þannig kom hún strax til móts við mig og sýndi mér í verki að ég væri örugg hjá henni.

Ég fann í veikindunum að ég ól innra með mér skömm og fordóma gagnvart eigin ástandi, sem ég hafði ekki vitað að ég hýsti. Hið sorglega er að ég hefði sýnt öðru fólki í þessari aðstöðu samúð, en var ekki fær um að sýna sjálfri mér slíka samúð á þeim tíma. Ég varð hissa á þessum tilfinningum mínum. Ég fann að ég hefði fremur skilið ástand mitt ef ég hefði þurft að fara í vímuefnaferð, sem ég hef aldrei haft þörf fyrir, heldur en þetta andlega hrun sem ég stóð þarna andspænis. Nú segi ég gjarnan að ég hafi verið heppin að brotna niður andlega fremur en að þurfa að glíma við vandamál eins og fikn eða aðra sjúkdóma. Ég veit að sumir í umhverfinu skildu ekki hve illa var komið fyrir mér þar sem það sást ekki endilega utan á mér; ég átti margar grímur til að setja upp, en auðvitað vissu fjölskylda mín og nánir vinir hve illa mér leið og hve erfitt ég átti með að sýna mig utandyra, hve óttaslegin ég var í raun.

Það getur verið slæmt að vera í litlu samfélagi, en líka afskaplega gott. Þegar ég kom heim frá Akureyri var skömmin ennþá sterk innra með mér en strax á flugvellinum kom fólk til mín sem vissi um erfiðleika mína og faðmaði mig að sér og sagði við mig falleg orð. Þannig var þetta fyrst eftir áfallið, hvar sem ég kom. Það er ástæðan fyrir því að ég ákvað að fela ekki mitt andlega hrun og að ég vil segja sögu mína hér.“

Hvernig aðstoðaði ráðgjafi VIRK þig?

„Það sem er svo frábært við VIRK er að þar eru fundin úrræði. Ráðgjafinn gerir ekki hlutina fyrir mann heldur hjálpar manni, hringir fyrir mann ef þess þarf í byrjun og hvetur mann áfram. Mín dýrmætasta lexía í VIRK var að þó sett væri upp plan var það sveigjanlegt og ég mátti skipta um skoðun, segja að ég treysti mér ekki í vissa hluti þó ég hefði ætlað að framkvæma þá. Í mínu tilviki þurfti ég að hægja á, ég vildi svo endilega láta mér batna sem fyrst.

Við Fanney, ráðgjafinn minn, hittumst reglulega. Ég átti að fara til sálfræðings en þegar því seinkaði og Fanney fann hve ég var lítil í mér fjölgaði hún fundum okkar, sem hjálpaði mér mikið, þetta er mjög einstaklingsbundin ráðgjöf. Fólk verður að átta sig á að eftir svona andlegt niðurbrot eru fyrstu skrefin til bata ekki stór, bara það að fara ein út í búð er talsvert verkefni. Þar kemur VIRK inn í með raunhæft plan sem maður reynir að fara eftir. Hefði einhver sagt mér þegar ég byrjaði að hitta Fanneyju á hvaða stað ég yrði nú, þetta löngu seinna, þá hefði ég ekki trúað því.

Planið gekk m.a. út á að fara í hugræna atferlismeðferð, fara í ræktina, fara í skóla – sem reyndist of mikið – hvíla mig vel og endurbjálfa mig í samskiptum við fólk. Ég hitti auðvitað fólk og brosti, en ótti bjó á bak við brosið og ég var með hræðilegan hjartslátt. Batinn liggur í þessum litlu



„Ég fann í veikindunum að ég ól innra með mér skömm og fordóma gagnvart eigin ástandi, sem ég hafði ekki vitað að ég hýsti. Hið sorglega er að ég hefði sýnt öðru fólki í þessari aðstöðu samúð, en var ekki fær um að sýna sjálfri mér slíka samúð á þeim tíma.“

skrefum. Hér á Ísafirði er brekka sem heitir Urðarvegsbrekka – við Fanney sögðum í gamni að áður hefði ég alltaf verið að klifra upp á Mount Everest, en síðasta ár hefði ég verið að þoka mér upp Urðarvegsbrekkuna.

Nú er ég komin upp þessa brekku og farin að vinna. Ég byrjaði að starfa á skrifstofu tvo tíma á dag og hafði þar bæði stuðning frá VIRK og góðan skilning og stuðning vinnuveitanda. Vitneskjan um þetta tvennt nægði til þess að ég upplifði ekki ótta. Ég hafði líka fullan stuðning fjölskyldu minnar og vina og það hafði líka mikið að segja.

Það sem er svo gott við starfið hjá VIRK er að það gefur manni svigrúm til að taka tvö skref áfram og eitt aftur á bak ef þess gerist þörf, maður má bara ekki gefast upp. Nú er ég komin í fullt starf í bókaverslun, í vinnu eins og ég hafði áður sinnt og gefur mér sömu gleði nú og þá – ef ekki meiri. Ég hitti fjölda fólks dag hvern og er ekki hrædd. Ég vakna alltaf glöð og nýti mér þær aðferðir sem mér hafa verið kenndar hjá VIRK og í HAM [hugrænni atferlismeðferð, innsk. Blm). Andlegt niðurbrot eins og ég lenti í verður vegna samspils margra þátta og getur hent hvern sem er, þó mörkin í slíku séu einstaklingsbundin. En hendi mann andlegt hrun er lífsgjöf að fá slíka hjálp sem VIRK hefur veitt mér.“

Starfið er mikil lífsfylling

„Ég lenti í bílslysi árið 2004 og hef verið slæmur í baki síðan,“ segir Sigurbaldur Kristinsson sem búsettur er að Gröf í Hvalfjarðarsveit.

Sigurbaldur er fæddur 13. febrúar 1958 og starfaði sem vörubílstjóri fyrir slysið. „Ég komst aftur út í hið daglega líf eftir að hafa verið fluttur með þyrlu á Borgarspítalann í Reykjavík og þaðan í eftirmeðferð á Sjúkrahúsinu á Akranesi. Að árs veikindaleyfi loknu reyndi ég að fara að aka vörubílnum aftur þrátt fyrir bakmeiðslin, en varð fljótlega ljóst að ég gæti það ekki vegna verkja. Það brotnuðu fimm ríffbein í slysinu auk fleiri beina, svo þetta var alvarlegt,“ segir Sigurbaldur.



En hvað tókstu þér fyrir hendur þegar vörubíllinn var út úr myndinni?

„Ég reyndi að vinna í vélsmiðju í eitt ár en varð að hætta vegna verkja og vann ekki fasta vinnu fyrr en ég fór í hlutastarf hjá N1 á Akranesi fyrir nokkru. Það starf hefur verið gagnlegt, ekki síst fyrir sjálfsmyndina – mér finnst ég ekki einskis nýtur, en slíkar hugsanir leita á þegar fólk getur ekki unnið á almennum vinnumarkaði. Það er í raun það sem maður vill gera,“ svarar Sigurbaldur.

En hvernig komstu í samband við VIRK?

„Í framhaldi af því að mér var bent á Starfsendurhæfingarsjóðinn VIRK leitaði ég til ráðgjafa. Mér var tekið mjög vel af Elínu Reynisdóttur, ráðgjafa VIRK á Akranesi.“

Hvaða áætlun lögðuð þið upp með?

„Ég hafði verið á Reykjalundi í þrjá mánuði nokkru eftir slysið og fengið þar þjálfun sem reyndist vel. Þórir Þórhallsson læknir og Elín sáu um að ég kæmist í sjúkráþjálfun á Akranesi. Einnig hef ég verið í vatnsleikfimi hjá Hver, sem starfrækt er á vegum Vinnuálastofnunar og Akraness. Mér fannst nú hálfhlægilegt að vera settur í vatnsleikfimina á Reykjalundi með fjölda kvenna, en sú leikfimi hefur reynst mér betur en ég hefði haldið.“

Þægileg vinna

Hvað kom til að þú fórst að vinna hjá N1 á Akranesi?

„Elín ráðgjafi vissi til þess að starfsmann vantaði í þessa varahlutaverslun og datt í

hug að starfið gæti hentað mér. Hún talaði við Ingbór verslunarstjóra og um þetta tókust samningar.“

Hvernig hefur þér líkað?

„Mjög vel. Þetta er þægileg vinna, ég vinn á mínum hraða og vinnufélagarnir sjá til þess að ég þurfi ekki að lyfta neinu þungu. Starfsfólkið sem ég vinn með er mjög fínt, góður starfsandi ríkjandi. Ég er aðallega að taka á móti pöntunum, raða í hillur og verðmerkja. Það er nú svo með bakmeiðsl að fólk í umhverfinu sér gjarnan ekki að neitt sé að. Maður verður því sjálfur að gæta þess að ofreyna sig ekki. Geri ég það kemur það bara niður á mér á eftir.“

Hefur þú lengi haft áhuga á bílum?

„Já, mamma segir að ég hafi verið kominn með bílaáhugann strax í æsku, þegar hún var að halda á mér á göngu um miðbæ

Reykjavíkur á um fjórða ári. Pabbi átti bíl og við vorum saman í alls konar bílaveseni meðan ég var að alast upp. Ég flutti með foreldrum mínum upp á Skaga þegar ég var fjögurra ára. Það var talsvert af flottum bílum á Akranesi þá og er enn. Ég var ekki nema 16 ára þegar ég keypti fyrsta bílinn, það var Chevrolet Camaro, árgerð 1968. Ég byrjaði að vinna í fiskvinnslu 12 ára með skóla og safnaði þannig fyrir bílnum. Það var „tekið á sprett“ þegar bílprófinu var náð!“

Þú hefur þá frá fyrstu tíð haft jafnvel hug á að vinna við bíla á einhvern hátt?

„Já, það var alltaf draumurinn. Ég tók meirapróf 1982 og eftir það urðu bílar enn stærri þáttur í lífi mínu. Ég bjó á Akranesi frá 1962 til ársins 1999. Þá flutti ég inn á Hvalfjarðarströnd og byggði þar hús með sambýliskonu minni á jörð föður hennar, við eigum saman tvö börn og hún átti fjögur börn fyrir, svo þetta er heilmikið heimilishald hér.“

Fann fljótlega að þetta gekk

Kveiðstu því að byrja að vinna hjá N1?

Já, ég get ekki neitað því. Ég óttaðist að ég myndi ekki geta staðið við samninginn, sem gerður var til 8 vikna, en fljótlega fann ég að þetta gekk. Ég er samt bara tvo tíma á dag í vinnunni og það er alveg nóg fyrir mig. Fyrst var ætlunin að ég næði kannski upp meira starfsþreki en það hefur því miður ekki gengið sem skyldi. Ég á við fleiri vandamál að stríða en bakmeiðslin; er bæði með slit- og vefjagigt og stundum er hjartað að stríða mér. Ég hef þó getað dundað mér heima við líka, bæði í skúrnun við bílaviðgerðir og við að dytta að húsinu. Heima ræð ég alveg hraðanum og hvað ég geri mikið hverju sinni.

Hvernig fannst þér ganga að aðlagast nýjum vinnustað?

„Það gekk vel. Við erum þrír karlar og ein kona og lengst af var talsvert að gera, þó

að um áramót hafi varahlutasala minnkað þegar fyrirtækið var endurskipulagt. Ég er með samning til 1. apríl en veit ekki hvað verður eftir það.“

Fannst þér Ingbór beita einhverjum sérstökum aðferðum sem leiðbeinandi?

„Hann er finn og var ekki að ofstjórna, heldur lét mig um að finna út hvað þyrfti að gera. Það vinnulag hentar mér mjög vel, þá get ég gert það sem ég treysti mér til í það og það skiptið. Stundum hef ég verið klukkutíma í vinnunni og bætt það þá upp síðar með meira vinnuframlagi. Ingbór sagði í byrjun að ég gæti haft þetta nokkuð eins og mér hentaði og það hefur staðið. Það er ekki á öllum vinnustöðum sem svona háttar til, enda sjálfsagt ekki hægt sums staðar. Þetta starf hefur verið mér mikil lífsfylling, ég þekki marga á Skaganum og hitti í starfinu marga kunningja og vini.“

Vinnuprófanir á vegum VIRK

Ingibjörg Loftsdóttir sérfræðingur hjá VIRK

VIRK hefur í þó nokkurn tíma boðið upp á vinnuprófanir sem lið í starfsendurhæfingu einstaklinga. Prófanirnar fara ýmist fram með milligöngu Sinnum ehf. eða starfsendurhæfingarstöðva eða með beinum samningum VIRK við fyrirtæki. Markmið vinnuprófunar er að efla vinnufærni einstaklingsins, auk þess sem ferlið býður upp á tækifæri til að aðlaga og prófa vinnugetu viðkomandi og auka möguleika hans á atvinnuþátttöku í þeirri starfsgrein sem verður fyrir valinu. Ekki er um að ræða formlegt starf eða ráðningu heldur einungis vinnuprófun sem er hluti af starfsendurhæfingarferli viðkomandi. Vinnuprófun er ekki eiginlegt mat á starfsgetu en getur gefið upplýsingar um hana.

Með vinnuprófunum er hægt að finna út hvaða verkefnum einstaklingur getur sinnt í öruggu umhverfi. Í sumum tilfellum getur þurft að skoða hvort þörf sé á að breyta vinnu-umhverfi, vinnutíma eða vinnuferli til þess að auðvelda einstaklingi að sinna vinnu. Verkefni

í vinnuprófun byggja á starfsgetumati VIRK og áhuga einstaklingsins á ákveðnum starfsvettvangi.

Vinnuprófun fer þannig fram að þátttakandi mætir á valinn vinnustað í tiltekinn tíma í hverri viku og vinnur að afmörkuðum verkefnum með aðstoð leiðbeinanda. Miðað er við að prófunin standi að jafnaði ekki lengur yfir en í 6 vikur og að tímafjöldi sé á milli 5 og 20 klst. á viku. Haldnir eru fundir í upphafi og við lok tímabilsins þar sem gerð er skrifleg áætlun um tímalengd, markmið og verkefni. Fyrsta vikan felur í sér aðlögunarferli þar sem þátttakandi er kynntur fyrir þeim starfsmanni vinnustaðarins sem tekur að sér að vera tengiliður eða leiðbeinandi hans. Leiðbeinandinn veitir faglegar leiðbeiningar varðandi verkefni sem þarf að leysa af hendi, vinnubrögð og verkferla og er einnig tengiliður fyrirtækisins við ráðgjafa í starfsendurhæfingu.

Vinnuprófanir á vegum VIRK hafa mælst vel fyrir, bæði meðal einstaklinga sem hafa farið í prófun og þeirra fyrirtækja sem leitað hefur verið til.

Góð reynsla af vinnusamningi

„Þetta er í fyrsta skipti sem við gerum þetta og reynslan er mjög góð. Við vinnum þrjú hérna og svo er Sigurbaldur í þessu hlutastarfi. Við vildum fá hann áfram vegna þess að hann fellur vel inn í starfsmannahópinn og hefur auk þess þekkingu sem nýtist vel í starfi.“

Í verslun N1 að Innnesvegi 1 á Akranesi er Ingbór Bergmann Þórhallsson verslunarstjóri.

Í samráði við fulltrúa á mannauðssviði fyrirtækisins samdi Ingbór um starfsendurhæfingu á vinnustað við Sigurbaldur Kristinsson, sem þá hafði um tíma tekið þátt í starfsendurhæfingu hjá VIRK.

Hvernig bar það til að þið tókuð að ykkur að gera þennan samning?

„Það kom hérna ráðgjafi frá VIRK í febrúarmánuði árið 2012, fyrir nærri ári, og spurði hvort við hefðum áhuga og tók á að taka mann hér í vinnuþrófun,“ segir Ingbór.

„Við tókum vel í þessa beiðni og í samráði við mannauðssvið var ákveðið að taka þátt í verkefninu. Í framhaldi af því var Sigurbaldur kynntur fyrir okkur og saga hans. Hann hóf störf í byrjun mars í fyrra og var gerður 8 vikna samningur um verkefnið. Markmiðið var að meta vinnugetu Sigurbaldurs og auka möguleika hans á atvinnuþátttöku.“

Þekktir þú Sigurbaldur áður?

„Já, ég vissi hver hann var og þekkti til hans, þótt það hafi ekki haft bein áhrif í þessu sambandi, en líklega hefur það haft áhrif á framhaldið. Akranes er lítið samfélag og við könnumst hvert við annað hér. Fólk á svæðinu þekkti því eða kannaðist við Sigurbaldur og honum var mjög vel tekið af viðskiptavinum.“

Hvaða störf voru honum ætluð?

„Honum var ætlað að kynnast starfsemi verslunarinnar. Þetta er varahlutaverslun og aðfangavöruverslun fyrir iðnað. Starfið fól í sér m.a. móttöku á vörulager, áfyllingar, verðmerkingar og þjónustu og ráðgjöf til viðskiptavina.“

Hafði Sigurbaldur þekkingu á þessu sviði þegar hann kom til ykkar?

„Hann er mikill bílaáhugamaður og til okkar var einmitt leitað vegna þess áhugamáls hans. Honum er margt til lista lagt og er nákvæmur og ósérhlífinn þegar kemur að vinnu. Hann féll vel inn í starfið og leysti öll verkefni sem honum voru falin hratt og örugglega.“

Gott samstarf við ráðgjafa VIRK

Hafðir þú mótað þér einhverja stefnu um hvernig þú ætlaðir að leysa þetta verkefni?

„Nei, ekki beint. Við vissum ekki hvernig hann myndi falla hér inn þannig að við þróuðum þessa þjálfun hans eftir hendinni, má segja. Verkefninu var m.a. ætlað að meta hvort þessi starfsvettvangur hentaði Sigurbaldri og meta starfsgetu hans og starfsþrek við þær aðstæður sem hér eru.“

Hvernig kom hann út úr því mati?

„Hann kom ágætlega út úr því. Hann á erindi á almennan vinnumarkað, en á þó við ákveðna erfiðleika að stríða sem varða starfsþrek. Þessu var í upphafi stillt þannig upp að hann ynni í fyrstu tvo tíma á dag og til stóð að sjá hvort hægt yrði að auka það hlutfall er á liði, en svo reyndist ekki. Niðurstaðan varð sú að starfið hentar honum mjög vel en starfsþrek hans jókst þó ekki til muna.“



Var þetta niðurstaðan að loknum þessum fyrstu 8 vikum?

„Já, að samningstímanum loknum fannst okkur þetta koma það vel út að við höfðum frumkvæði að því að bjóða Sigurbaldri ráðningu á sömu forsendum og samningurinn hafði gert ráð fyrir; að hann skilaði tíu tíma vinnuframlagi á viku. Hann hefur nokkuð frjálstar hendur með það hvernig hann skilar sínum vinnutíma. Þetta hentar báðum aðilum vel, ekki síst Sigurbaldri. Hann hefur haft á orði hve mikla ánægju hann hafi haft af að kynnst starfseminni hér og eiga í samskiptum við starfsmenn og viðskiptavini. Eins og staðan er í dag er Sigurbaldur ráðinn tímabundið og þar sem hann er ennþá þátttakandi hjá VIRK höfðu ráðgjafar VIRK frumkvæði að því að þessari ráðningu fylgdi vinnusamningur sem væri í tengslum við vinnusamning Tryggingastofnunar ríkisins. Hann er á launum hjá okkur, en gegnum þennan vinnusamning kemur mótframlag frá TR.“

Hvernig finnst þér reynslan af því að taka mann í svona vinnupróf?

„Þetta er í fyrsta skipti sem við gerum þetta og reynslan er mjög góð. Við

vinnum þrjú héra og svo er Sigurbaldur í þessu hlutastarfi. Við vildum fá hann áfram vegna þess að hann fellur vel inn í starfsmannahópinn og hefur auk þess þekkingu sem nýtist vel í starfi.“

Þekktir þú til VIRK áður en Sigurbaldur kom til ykkar?

„Nei, ég hafði ekki heyrt af þessu hér á landi en vissi af álíka verkefni í Svíþjóð. Ég varð því mjög glaður að heyra af starfsemi VIRK þegar ráðgjafar leituðu til okkar. Í þessu máli höfum við verið í sambandi við tvo ráðgjafa frá VIRK og það samstarf gekk mjög vel. Þó verkefninu sé lokið sem slíku er ég enn í samskiptum við ráðgjafa Sigurbaldurs hér á Akranesi í tengslum við umræddan vinnusamning. Þeir sinna þessu greinilega vel og fylgja málum vel eftir.“

Hefur þú lært af þessu?

„Já, ég hef lært heilmikið. Í upphafi var farið ítarlega yfir framkvæmd og tilgang verkefnisins og starfsemi VIRK kynnt. Í framhaldi af því þarf svo að taka þátt í að meta vinnugetu viðkomandi, leiðbeina á vinnustað og veita viðkomandi stuðning. Við gerðum þetta mikið til saman, við Sigurbaldur, og þróuðum með okkur

„Eftir að hafa kynnst starfsemi VIRK með beinum hætti tel ég mig geta fullyrt að það kæmi vel til greina að gera svona samning aftur.“

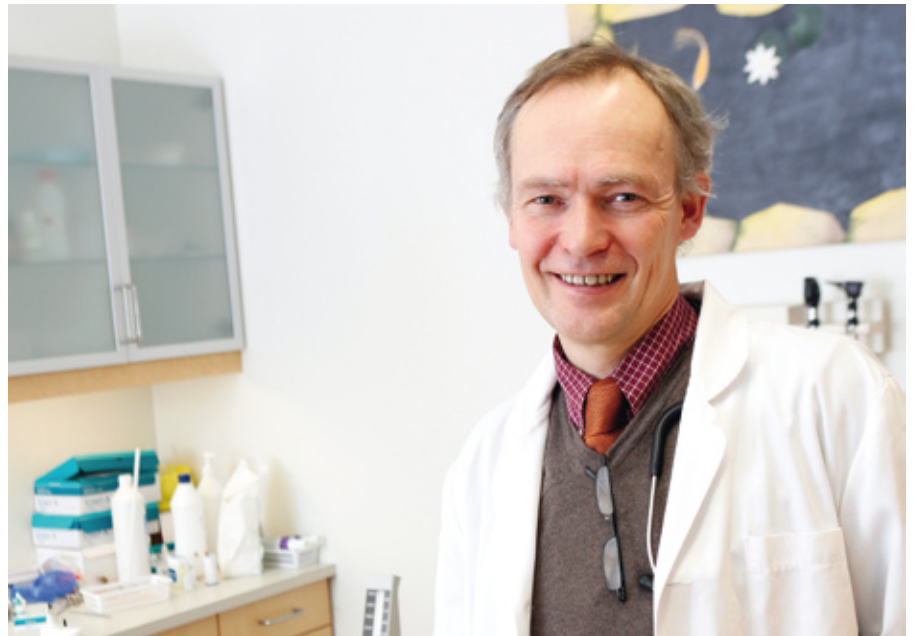
starfsvettvang sem hentaði vel. Það er ekki farið eftir neinu sérstöku módeli þegar þetta er gert því bæði vinnustaðir og einstaklingar er misjafnir. Allir er áttu hlut að máli hjá N1 voru mjög jákvæðir og samstiga um að láta þetta verkefni ganga upp og það á ekki síst við um Sigurbaldur sjálfan. Það hlýtur að vera mjög erfitt að koma aftur inn á vinnumarkað eftir langa fjarveru, en þetta tilvik sýnir að það er vel hægt ef allir eru tilbúnir og jákvæðir.

Eftir að hafa kynnst starfsemi VIRK með beinum hætti tel ég mig geta fullyrt að það kæmi vel til greina að gera svona samning aftur. Ég vil nota tækifærið og hvetja aðra vinnustaði eða stofnanir til þess að gera slíkt hið sama og við höfum gert hér hjá N1.“

Árangur VIRK

gengur oft kraftaverki næst

„Í Heilsugæslunni Glæsibæ hefur Ófeigur T. Þorgeirsson heimilislæknir aðstöðu sína, en hann er einn þeirra heimilislækna sem hafa nýtt sér starfsemi VIRK. Fróðlegt er að fregna um sjónarmið læknis varðandi það samstarf.“



Fyrsta spurningin er hvort oft komi til Ófeigs sjúklingar sem hann vísar á VIRK sem mögulegt úrræði?

„Já, það kemur alloft fyrir, fast að því í hverri viku,“ svarar Ófeigur að bragði. „Oft á tíðum er þetta fólk sem hefur verið lengi frá vinnumarkaði og gjarnan eru þessi mál í flóknari kantinum,“ bætir hann við. Ófeigur tók læknapróf frá Háskóla Íslands og lauk framhaldsnámi í heimilislækningum í Bandaríkjunum árið 1999.

„Ég hef kynnst þverfaglegri teymisvinnu erlendis, en ekki þverfaglegri starfsendurhæfingu eins og fer fram hjá VIRK. Mér finnst þetta mjög gott framtak. Færni og heilsa eru grunnþættir þess að geta tekið þátt í atvinnulífnum.“

Hvernig fer samstarf ykkar við VIRK fram?

„Hingað kemur teymi frá VIRK á sex vikna fresti og þá förum við yfir þau tilvik sem við höfum vísað til þeirra. Þá er ýmsum

spurningum svarað. Tilvikin eru oftast mjög lík – greiningar, einkenni, streita og erfiðleikar lífsins koma þarna saman í eina blöndu. Og þetta verður flókið vegna þess að svo mörgu þarf að taka á. Undir þeim kringumstæðum gagnast VIRK vel, að mínu mati. Þegar sjúklingar koma til mín sinni ég hefðbundinni læknavinnu; sendi fólk í uppvinnslu og rannsóknir, víða að mér gögnum og fer yfir málin. Oft eru þetta einstaklingar sem búnir eru að fara víða um „kerfið“. Stundum dugar það sem við getum gert hér í Heilsugæslunni í Glæsibæ, en oft þarf meira til. Þá er spurningin hvort hægt sé að auka færni, líkamlega eða andlega, og oft er það spurning um blöndu af þessu hvoru tveggja. Þegar svo er komið er starfsemi eins og hjá VIRK ómetanleg. Eitt er að hafa greiningu og einkenni og annað hve á brattann er að sækja við að auka færni.

Þótt fólk hafi stoðkerfiseinkenni eða geðræna kvilla, svo sem kvíða, þá þýðir það

ekki að það eigi að dæmast úr mannlegu samfélagi. Það vill svo til að hafi fólk verið einangrað heima hjá sér felst oft langbesta meðferðin í að komast í þjónustu hjá VIRK, að mínu mati er slíkt á við marga tíma hjá öðrum meðferðaraðilum. VIRK tekst oft að koma fólki út á vinnumarkaðinn aftur og lyfta upp sjálfmynd þess. Einstaklingar sem búnir eru að vera innilokaðir svo mánuðum skiptir eru oft talsvert illa haldnir hvað sjálfsálit snertir, sem mér finnst næsta eðlilegt undir þeim kringumstæðum. Í slíkum tilvikum kemur VIRK sterkt inn.“

„Bland í poka“

Hvers konar vandamál eru það sem koma inn á borð til þín og þú vísar til VIRK?

„Stoðkerfisvandamál — og oftast en ekki bætast ofan á ýmiss konar félagsleg mein eða andleg málefni sem tengjast þeim. Þetta verður oft, eins og við köllum það, „bland í poka“. Oftast er um að ræða ungt

fólk, sem sagt fólk á besta aldri sem hefur mikla möguleika á að ná fyrri færni og heilsu. Stundum er einhver slyasaga að baki, en það þarf ekki að vera aðalástæða þess að viðkomandi hafi farið út af vinnumarkaði. Miklu frekar er eins og smám saman hafi hlaðist upp vandamál. Afleiðingin getur hafa verið að annað hvort hafi fólk þurft að segja upp vinnu eða verið sagt upp. Hefur þá kannski staðið höllum fæti fyrir, svo kemur niðurskurður og í kjölfar þess dettur það út.“

Ert þú í sambandi við ráðgjafa VIRK eftir að hafa vísað á þjónustu þangað?

„Já, ég heyri frá ráðgjöfum í hverju einasta tilviki. Ég hitti viðkomandi sjúklinga hér á stofnunni, kannski út af einhverju öðru, og þá fer ég gjarnan yfir hver staðan er. Í framhaldi af því er ég svo í samræði við ráðgjafann til að veita frekari upplýsingar. Þetta fer fram ýmist í formi símtala eða skriflegra skilaboða. Svo er boðið upp á svokallaðan útskriftarfund, sem fer fram eftir að þverfaglegu og heildrænu mati á færni viðkomandi lýkur, þannig að ég heyri alltaf hver lokaniðurstaðan verður og er því í töluverðu sambandi við VIRK. Ég fer ekki dult með að mér finnst árangur þessarar nálgunar stundum ganga kraftaverki næst.

Þess ber þó að geta að þegar fólk kemur til mín og er í framhaldinu viljgott til að leita til VIRK að það er þá tilbúið til að gera eitthvað í sínum málum. Í slíkum tilfellum eru úrræði eins og VIRK svarið; markviss teymisvinna.

Gefur þú sjúklingum þínum lyf á meðan á þessu ferli stendur?

„Ég meðhöndla fólk hér hjá mér. Það getur ýmist verið í formi lyfjagjafar eða stuðningsviðtala, en það geta líka verið önnur úrræði. Í því sambandi má nefna úrræði eins og námsþjálfun hjá Hringsjá, sjúkrapjálfun sem og jafn einfaldan hlut og leiðbeiningar um góðan lífsstíl, svo sem hreyfingu og slökun, áður en ég bendi á VIRK. Einnig geta verið til umræðu milli heimilislæknis og sjúklings úrræði sem beinast að öðrum fjölskyldumeðlimum. Málefni einstaklinga geta verið bæði fjölbætt og flókin.

Ég hef áður sagt að mér finnst á stundum VIRK gera kraftaverk, en þjónustan þar felur líka í sér mjög margbreytileg úrræði. Líta þarf til margra átta til að auðvelda einstaklingi, sem oft er afar illa fyrir komið, að verða virkari í lífinu. Líkja má þessu ferli við snjóbolta; eitthvað gerist og svo hleður það stöðugt utan á sig. Ef fólk kemur snemma er auðveldara að grípa inn í þessa þróun. En ef fólk bíður, segjum í tvö ár, er orðið miklu erfiðara um vik en var í upphafi.

Samstarfið við ráðgjafana hjá VIRK hefur verið mjög gott. Fullur trúnaður ríkir milli allra aðila um þjónustuna og ég hef ekki orðið var við annað en að fullt traust ríki á milli sjúklingsins, ráðgjafa VIRK og læknisins um það sem fram fer. Íðulega hafa sjúklingar komið til mín mörgum sinnum og ég hef meðhöndlað þá áður en þeir eru í standi til að fara í starfsendurhæfingu hjá VIRK – áður en einstaklingurinn segir: „Ég er tilbúinn til að láta reyna á þetta“. Skapast þarf traust milli mín og skjólstæðingsins áður en til þess kemur að ég vísi honum áfram á slíka þjónustu. Ég bendi fólki því ekki á VIRK fyrr en það er hæft að eigin mati og mínu, til að njóta þeirrar þjónustu sem þar er í boði. Töluverðan tíma tekur oft að átta sig á kringumstæðum fólks. Oft er það búið að vinna töluvert í sínum málum áður en það kemur til VIRK og að þeirri þjónustu sem þar fer fram koma margir aðilar. Yfirleitt eru ráðgjafar ekki með úrræði, heldur kalla þeir til fagaðila til samstarfs. En læknirinn hefur líka úrræði og þau geta verið mjög breið, læknirinn getur og unnið samhliða öðrum úrræðum sem ráðgjafar beita.“

Ungt fólk dettur úr vinnu

Finnst þér sem heimilislækni að vandræði fólks séu meiri nú en var fyrir hið margumtalaða bankahrun?

„Það eru fleiri án atvinnu, við vitum það. En burtséð frá því held ég að sú þróun hafi verið vaxandi að fólk detti út af vinnumarkaði. Því valda m.a. stoðkerfisvandamál. Ég tel að þessi þróun hafi verið að vinda upp á sig síðastliðna áratugi. Í því sambandi ber að taka tillit til þess að atvinnuþátttaka er mun meiri en hún var og meðal breiðari hóps, bæði hvað snertir aldur og atgervi, og þetta held ég að sé hluti af skýringunni.

En ég líka viss um að streita spilar þarna töluvert inn í – fólk er með heimili, börn, fjárhagsáhyggjur. Ég tel að nútímavæðing samfélagsins stuðli að þessari þróun, sem ágerist þrátt fyrir að vinnutími hafi styst og aðstæður á vinnustöðum séu betri. Ástæðurnar virðast liggja alveg eins utan vinnustaðar. Líklegt er að þarna sé um að ræða flókið samfélagslegt ferli.“

Er starfsendurhæfingarúrræði á borð við VIRK svarið?

„Ég er ekki í nokkrum vafa um að samspil grunnheilbrigðisþjónustu og aðila utan heilbrigðisþjónustunnar; VIRK og annarra aðila í samfélaginu, svo sem grasrótarsamtaka, góðgerðarsamtaka og áhugamannasamtaka, sé til mikilla bóta. Að sú leið að menn taki höndum saman sé það sem koma skuli. VIRK er lýsandi dæmi um hvernig slíkt getur lukkast vel. Þar fer fram starfsendurhæfing, – en svo höfum við aðra endurhæfingu og hæfingu þar sem viðkomandi hefur skort færni frá fyrstu tíð. Þetta er að mínu mati framtíðin í heilbrigðisþjónustunni.“

Bendirðu frekar yngra fólki en eldra á VIRK sem úrræði?

„Nei, en ég sé bara yngra fólk miklu fremur í þessum sporum. Ég er að tala um aldurinn frá 25 ára til fertugs, það er fólkið sem ég helst sé með þessi vandamál. Verið getur, án þess að ég þori að fullyrða það, að fólk sem orðið er eldra sé þá löngu komið út af vinnumarkaði vegna vandamála sinna. Sem sagt, aldurinn 25–40 ára er sá tími sem sker úr um hvort fólk helst á vinnumarkaði eða ekki. Grípa þarf sem allra fyrst inn í svona ferli. Þeir sem detta út af vinnumarkaðinum enda ósjaldan á örorku, sem er engin óskastaða fyrir nokkurn mann. Ég held að VIRK sé að koma mjög sterkt inn sem aðili til að hafa veruleg áhrif gegn þeirri þróun og ég fagna komu þeirrar starfsemi inn á þetta svið. Ég byggi skoðun mína ekki á rannsóknarniðurstöðum, sem þó væri ástæða til að gera – en mér kæmi ekki á óvart að sú starfsemi sem VIRK rekur sé mjög þjóðhagslega hagkvæm.“

Starfsþjálfun er mikilvægur hluti starfsendurhæfingar

Samvinna, starfsendurhæfing á Suðurnesjum, var stofnuð árið 2008 af fjórtán hagsmunaaðilum á Suðurnesjum. Samvinna býður atvinnutengda endurhæfingu fyrir einstaklinga sem dottið hafa af vinnu- markaði vegna veikinda, slysa eða félagslegra erfiðleika en stefna á vinnu eða nám að endurhæfingu lokinni. Frá því starfsemin hófst hafa rúmlega hundrað manns lokið starfsendurhæfingu og hefur stór hluti þeirra hafið nám í framhaldsskóla, er kominn á vinnu- markaðinn eða í annarskonar virkni. Rekstur Samvinnu byggir á samningum við Velferðarráðuneytið og VIRK. Síðastliðin tvö ár hefur þátttakendum Samvinnu fjölgað og nú eru um sjötíu manns í endurhæfingu. Fjórir starfsmenn starfa hjá Samvinnu í 3,5 stöðugildum.



Starfsþjálfun á vinnustöðum

Frá haustinu 2009 hafa rúmlega 70 einstaklingar farið í starfsþjálfun á vinnu- markaði á vegum Samvinnu í meira en 50 fyrirtækjum. Samstarfið við fyrirtækin á svæðinu hefur verið ákaflega gott þrátt fyrir erfiða stöðu í atvinnumálum. Þátttakendur hafa lýst því hversu mikil áhrif starfsþjálfun í fyrirtækjum hafi haft á líðan þeirra og telja margir hana hafa verið nauðsynlega brú frá endurhæfingunni yfir á vinnu- markaðinn. Þátttakendur hafa einnig lýst því hvernig vel heppnuð starfsþjálfun gefi einstaklingum aukið sjálfstraust til þess að takast á við önnur krefjandi verkefni og auki þeim trú á eigin getu.

Það var haustið 2009 sem starfsfólk Samvinnu ákvað að bjóða þátttakendum sínum upp á starfsþjálfun í fyrsta skipti. Þá var fyrsti hópurinn að ljúka sinni endurhæfingu og fékk þetta tilboð á

þriðju önn. Ákveðið var að fara rólega af stað og byggja upp traust og sambönd við vinnuveitendur. Þátttakendur fóru út í fyrirtæki að eigin vali einu sinni í viku á tólf vikna tímabili. Vel tókst til, smám saman varð starfsþjálfun stærrri þáttur í endurhæfingunni og fór að standa þátttakendum til boða strax á annari önn. Markmiðin með starfsþjálfuninni eru fjölmörg og geta verið breytileg eftir hverjum þátttakanda.

Helstu markmið með starfsþjálfun á vinnustað:

- Að þátttakandi fái tækifæri til að prófa nýjan starfsvettvang.
- Að stækka tengslanet þátttakanda og opna leið inn á vinnu- markaðinn.
- Að reyna á starfsgetu þátttakanda á vinnustöðum.
- Að þátttakendur fái yfirsýn yfir vinnu- markaðinn á Suðurnesjum.

Þátttakandi fær tækifæri til að kynnst starfinu á vinnustaðnum með því að vinna þar eins og hann væri einn af starfsmönnum. Starfsþjálfun þátttakanda er einstaklingsbundin; allt frá hálfum degi einu sinni í viku upp í fimmtán tíma á viku. Þátttakendur fá að kynnst nýjum störfum og hljóta tilsögn um góð vinnubrögð. Ætlast er til að þátttakendur leggi sitt af mörkum á vinnustaðnum, því getur vinnuframlag þeirra vel nýst vinnustaðnum og stjórnendur áttað sig á starfsgetu einstaklingsins. Þátttakendur þiggja ekki laun meðan á starfsþjálfun stendur heldur halda sinni framfærslu, t.d. endurhæfingarlífeyri eða atvinnuleysisbótum. Starfsþjálfun stendur yfir í 6-8 vikur.

Atvinnulína

Í byrjun árs 2012 fékk Samvinna styrk frá VIRK Starfsendurhæfingarsjóði til þess að þróa og halda utan um Atvinnulínu, þar sem þátttakendur fá góða eftirfylgni og starfsþjálfun á vinnustöðum. R. Helga Guðbrandsdóttir, starfandi ráðgjafi hjá Samvinnu, tók að sér að stýra verkefni. Fyrsta verkefnið var að kortleggja fyrirtækin á svæðinu, funda með stjórnendum fyrirtækja og leggja grunn að innihaldi samstarfs. Fyrirhugað er að halda mentora-námskeið fyrir þá aðila sem taka að sér að leiðbeina og vera til taks fyrir þátttakendur í fyrirtækjunum.

Boðið var upp á Atvinnulínu á vorönn 2012 fyrir fimmtán þátttakendur, átta konur og sjö karla á aldrinum 22–52 ára. Atvinnulínan stóð í 12 vikur og hófst með 5 vikna undirbúningsnámskeiði hjá Samvinnu sem innihélt m.a. markmiðasetningu, sjálfsstyrkingu og starfsfræðslu. Fengnir voru fyrirlesarar úr atvinnulífinu og farið í heimsóknir í fyrirtæki svo eitthvað sé nefnt. Næst tók við sex vikna starfsþjálfun í fyrirtækjum vítt og breitt um Suðurnesin og að lokum var síðasta vikan notuð í samantekt og endurmat með þátttakendum. Af fjórtán þátttakendum sem luku Atvinnulínunni útskrifuðust sjö frá Samvinnu Starfsendurhæfingu þegar Atvinnulínunni lauk. Fimm þeirra eru komnir í launuð störf. Tveir þátttakendur hafa lokið endurhæfingu en óljóst er hvort þeir fari beint á vinnumarkað. Sjö

þátttakendur þurfa lengri tíma til að vinna í endurhæfingu sinni og halda áfram í atvinnutengdri endurhæfingu hjá Samvinnu.

Málþing um tengsl atvinnulífs við starfsendurhæfingu hjá Samvinnu

Í nóvember 2012 bauð Samvinna samstarfsfyrirtækjum sínum til málþings í Reykjanesbæ. Markmiðið var að kynna starfsþjálfun á vinnustöðum og styrkja samstarf Samvinnu við fyrirtækin á Suðurnesjum. Fjöldi fyrirtækja sem tekið hafa á móti þátttakendum til starfsþjálfunar sendu fulltrúa sína á málþingið. Þar var kynning á Samvinnu, VIRK Starfsendurhæfingarsjóður var kynntur fyrir málþingsgestum og stjórnendur í fyrirtækjum sögðu frá reynslu sinni af því að taka fólk í starfsþjálfun. Einnig sagði þátttakandi Samvinnu frá reynslu sinni af starfsþjálfun. Að endingu var kynnt svokallað „mentora-námskeið“ fyrir leiðbeinendur innan fyrirtækja. Málþingið þótti vel heppnað og lýstu fulltrúar vinnumarkaðarins yfir mikilli ánægju með verkefnið og samstarfið. Starfsþjálfunarhlutinn er mjög mikilvægur þáttur í starfsendurhæfingunni og er vert að þakka öllum þeim fjölmörgu fyrirtækjum sem tekið hafa þátt í þessu verkefni með Samvinnu.

Úr alvarlegum meiðslum í nám og vinnu

Jón Gunnar Kristinsson er einn fjölmargra sem nýtt hafa sér starfsendurhæfingu hjá Samvinnu til að komast aftur út á vinnumarkaðinn. „Ég kom hingað inn vegna bak- og hálsvandamála sem ég hlaut í fimm bílslysnum á sjö ára tímabili. Ég virtist einfaldlega draga að mér óheppna bílstjóra sem ítrekað óku á mig,“ segir Jón Gunnar um ástæður þess að hann leitaði til Samvinnu. „Mitt versta slys varð árið 1998 á Reykjanesbrautinni margfrægu, en ekið var aftan á mig á 110 kílómetra hraða þar sem ég var stopp til að beygja inn á Vatnsleysuströnd á leið minni til vinnu.

Við þetta slys snérist upp á bakið á mér frá mjóðbaki og upp í háls og þá byrjuðu vandamál mín. Hin slysin sem eftir komu gerðu svo illt verra þar sem þau ýfðu alltaf upp meiðslin eftir fyrsta slysið, líkami minn náði ekki að jafna sig aftur og verkirnir urðu krónískir.“ Jón Gunnar segist alltaf hafa verið verkamaður. Hann sé með vinnuvélaréttindi og meirapróf en hafi vegna meiðslanna farið mikið á milli starfa, þar sem hann hafi í hvert skipti orðið að finna sér vinnu sem hann réði við þrátt fyrir bakmeiðslin. „Ég endaði á því að finna mér skrifstofustarf hjá stóru fyrirtæki og taldi að meiðsli mín hefðu ekki áhrif á starfsgetu í því starfi, sem ég sinnti ötulllega í á fimmta ár. Þarna gerði ég stærstu mistökin á mínum vinnuferli,“ segir Jón Gunnar og bætir við: „Um leið og ég settist niður hætti ég að hreyfa mig eða reyna á þá vöðvahópa sem verst höfðu farið í mínum slysum. Ég varð það slæmur á endanum að ég gat ekki unnið, sofið, staðið, setið eða legið og framtíðarhorfur mínar voru ekki bjartar.“ Hann segist hafa orðið bitur, reiður, daufur og leiður. „Ég var niðurbrotinn með meiru en neitaði að gefast upp. Ég pantaði mér tíma hjá lækni til að byrja upp á nýtt við að koma bakinu á mér í stand. Þessi frábæri læknir benti mér á Samvinnu og þau úrræði sem þar eru í boði fyrir fólk í minni aðstöðu. Ég komst inn á vegum VIRK –Starfsendurhæfingarsjóðs og hóf mína endurhæfingu, sem meðal annars innihélt sjúkrapjálfun og



hreyfingu í sjúkrabjálfuninni Átaki. Við fengum fjármálanámskeið sem kom reglu á fjármálin. Ég fékk heilmikla sjálfsstyrkingu sem á ótrúlega stuttum tíma fyllti mig sjálfstrausti, bjartsýni og gleði," segir Jón Gunnar. Hjá Samvinnu hafi hann lent í frábærum hópi fólks sem hafi sýnt mikla samstöðu og rútína hafi komist á lífið. „Það hafði lengi blundað í mér sá draumur að vinna við matvælaframleiðslu en ég hafði aldrei treyst mér til að sækja þangað, eða ekki fyrr en snillingarnir hjá Samvinnu redduðu mér starfsþjálfunarplássi í gróðrarstöðinni Glitbrá í Sandgerði. Hún Gunnhildur Ása í Glitbrá og hennar starfsfólk og fjölskylda tóku mér fagnandi og voru frábær í alla staði. Þar var rekið á eftir mér að slappa af og taka því rólega. Ása sagði mér að finna mín takmörk og

vinna með meiðslunum. Ég byrjaði nú ekki vel, entist í þetta 2 til 3 tíma á dag og þá var deginum lokið hjá mér vegna verkja," segir Jón Gunnar. „Ég fékk að vera allt sumarið hjá Ásu, í lok sumars var ég farinn að standa í allt að 6 tíma á dag og var þetta einmitt það sem ég þurfti með minni sjúkrabjálfun til að styrkja mig enn meira. Þó að það hafi verið erfitt og ég farið heim með verki í baki eftir hvern vinnudag, þá höfðu áhuginn og ánægjan sigur og ég hélt þetta út. Í kjölfarið á þessari reynslu hef ég í dag skýra framtíðarsýn. Stefnan var tekin á nám og hóf ég það núna í haust hjá Miðstöð símenntunar á Suðurnesjum, þar sem ég fór í Grunnmenntaskólann á vegum VIRK og Samvinnu.“ Jón Gunnar segir að eftir útskrift þar sé stefnan tekin á Garðyrkjuskólann. Þar langar hann að

leggja fyrir sig ylrækt og á endanum að opna sína eigin gróðrarstöð, þar sem hann geti varið tímanum á sínum hraða við eitthvað sem hann hafi gaman af. „Í mínum huga er engin spurning að ég hefði ekki komist á þann stað sem ég er á í dag án þeirrar aðstoðar og styrks sem Samvinna hefur veitt mér. Starfsfólkið og kennararnir hérna leggja sig öll fram við að gera þetta að góðri upplifun og þau leggja ótrúlega mikið á sig til að finna eitthvað sem hentar þeim sem leita til þeirra. Ég ætla að halda ótrauður áfram og mun ávallt muna þá góðmennsku sem hérna býr. Ekkert annað en þakklæti kemst að þegar að ég hugsa til baka þetta ár sem liðið er síðan ég datt hingað inn," segir Jón Gunnar Kristinsson um veru sína hjá Samvinnu.



Sveina Berglind Jónsdóttir sérfræðingur hjá VIRK

IPS er árangursrík aðferð í starfsendurhæfingu einstaklinga með langvinna geðsjúkdóma

„Mikil áhersla er lögð á að atvinnuleit fari fljótt af stað og langt ferli mats og þjálfunar er aldrei hluti af IPS.“



Því hefur oft verið haldið fram að launuð störf á vinnumarkaði séu of streituvaldandi fyrir fólk sem glímir við þunga geðsjúkdóma og þar af leiðandi verið horft til verndaðra vinnustaða fyrir þennan hóp. Á síðustu árum hefur þekking aukist á starfsendurhæfingu fyrir fólk með geðraskanir og samhliða því er nú verið að hverfa frá löngu tímabili mats og þjálfunar áður en fólk fær að reyna sig á almennum vinnumarkaði. Rannsóknir benda til þess að fólk hætti til að missa sjálfstraust, að áhugahvöt dvíni þegar undirbúningstímabil dregst á langinn og að mun betri árangur verði af starfsendurhæfingu þessa hóps ef fólk er tengt beint við vinnu (Bacon and Grove, 2010).

Rannsóknir benda til að áhrifaríkasta leiðin til að aðstoða fólk með langvinna geðsjúkdóma við að komast á vinnumarkað sé einstaklingsmiðaður stuðningur við að komast í launaða vinnu og í kjölfarið tímabundinn stuðningur á vinnustaðnum, bæði fyrir starfsmann og vinnuveitanda (*IPS Individual Placement and Support*).

Þegar fjallað er um þessa aðferðafræði á alþjóðlegum vettvangi er almennt notuð skammstöfunin IPS og verður einnig notast við hana í þessari grein.

Niðurstöður rannsókna á IPS aðferðafræðinni eru á þá leið að með aðstoð hennar sé fólk með langvinna geðsjúkdóma þrisvar sinnum líklegra til þess að starfa á almennum vinnumarkaði, ýmist í fullu starfi eða hlutastarfi, en ef um er að ræða hefðbundna starfsendurhæfingu og þjálfun í tilbúnu umhverfi (Bacon and Grove, 2010). Þegar talað er um einstaklinga með langvinna geðsjúkdóma er átt við þann hóp fólks sem vegna sjúkdóms síns (oft geðrofssjúkdóms) er með skerta starfsgetu og er stundum talað um geðfötlun í því samhengi.

Mikilvægir þættir í IPS

IPS er gagnreynd aðferð og byggir á rannsóknum á hinum ýmsu aðferðum í starfsendurhæfingu fólks með langvinna geðsjúkdóma. Rannsakað var hvaða

aðferðir væru áhrifaríkastar við að aðstoða fólk við að komast á vinnumarkað og aðferðin síðan þróuð út frá þessum rannsóknum.

Það sem helst einkennir aðferðafræði IPS er eftirfarandi:

- IPS er gagnreynd aðferð
- Áhersla er lögð á styrkleika einstaklinga
- Vinnan getur stuðlað að bata og vellíðan
- Klínískir meðferðaraðilar eru í samvinnu við atvinnutengda starfsendurhæfingu
- Þverfagleg teymisvinna
- Þjónustan er einstaklingsbundin og getur varað í lengri tíma
- IPS-aðferðin er ný nálgun í geðheilbrigðisþjónustu

(Swanson, S.J. og Becker, D.R., 2011)

IPS byggir á þeirri hugsjón (sem studd er af rannsóknum) að þátttaka á almennum

vinnumarkaði auki lífsgæði fólks og dragi frekar úr neikvæðum viðhorfum þess en vinna á vernduðum vinnustað. Fyrir marga er einn mikilvægasti þátturinn í bata að komast aftur til vinnu. Þverfaglegt teymi veitir IPS-þjónustuna. Í því eru annars vegar fagaðilar sem veita einstaklingi geðheilbrigðisþjónustu og hins vegar atvinnusérfræðingar. Dæmi um slíkt teymi getur verið: einstaklingurinn sjálfur, atvinnusérfræðingur, ráðgjafi í starfsendurhæfingu, málsstjóri, geðlæknir, hjúkrunarfræðingur, félagsráðgjafi, aðrir starfsmenn sem koma að máli einstaklings og fjölskyldumeðlimur ef einstaklingur kys það. Atvinnusérfræðingurinn í teyminu er sá sem ver mestum tíma í að leita að starfi með einstaklingnum og hefur einnig það hlutverk að fræða klíniska teymið um vinnutenginguna. Allir í teyminu bera hins vegar ábyrgð á að hafa augun opin fyrir starfsmöguleikum einstaklingsins og taka því allir einhvern þátt í atvinnuleitinni. Þegar starfið er fundið koma allir að því að undirbúa einstaklinginn og styðja hann. Til dæmis getur geðlæknir þurft að breyta lyfjum vegna einhverra þátta í starfinu, málsstjórinn hvetur einstaklinginn til dáða o.s.frv. Mikil áhersla er lögð á að einstaklingar í teyminu tali reglulega saman svo að allir fylgist með þeirri þróun sem á sér stað í ferlinu (Swanson, S.J. og Becker, D.R., 2011).

Nálgunin í IPS er alltaf einstaklingsbundin og því verður áætlunin ekki eins fyrir neina tvo einstaklinga. Mikil áhersla er lögð á að atvinnuleit fari fljótt af stað og langt ferli mats og þjálfunar er aldrei hluti af IPS. Sjónum er beint að því að nýta upplýsingar sem fyrir liggja, til dæmis varðandi fyrri störf og heilsufar. Klíniska teymið hefur yfirleitt veitt einstaklingi geðheilbrigðisþjónustu áður en hann fer inn í IPS-verkefni og býr því yfir mikilvægum upplýsingum, sem verða undirstaða áætlunar um hvernig hægt sé að aðstoða einstaklinginn við að komast aftur á vinnumarkað eins fljótt og verða má. Það sem skilar bestum árangri á vinnumarkaðinum er að komast í samkeppnishæft starf. Lítið er svo á að hvert starf sem reynt er við gefi mikilvægar upplýsingar um getu viðkomandi og sé verðmæt reynsla. Aldrei er lítið á neitt starf sem mistök. Sem dæmi má nefna einstakling sem fær vinnu í verslun en áttar

sig á því að í margmenni þrói hann með sér vænisýki og er að lokum sagt upp. Það er þá reynsla sem af má draga lærdóm og næst leitar viðkomandi að vinnu í hæglátara umhverfi. Í IPS-þjónustunni er stuðningur veittur eins lengi og einstaklingur vill og hefur þörf fyrir. Í upphafi er mikill stuðningur og eftirfylgd, sem smám saman er dregið úr. Það sem einkennir fagfólk sem nær árangri í IPS-starfsendurhæfingu er sú trú að einstaklingurinn sem unnið er með hafi styrkleika, reynslu og hæfni sem nýta megi á vinnumarkaði og að rétt umhverfi og réttur stuðningur skipti miklu máli. IPS-ráðgjafar eru hugmyndaárkir og staðráðnir í að leysa vandamál, þeir trú á á val einstaklingsins og dæma ekki val hans heldur finna leiðir til þess að styðja einstaklinginn í þá átt sem hann stefnir. Þeir þora að taka áhættu og vita að þótt enginn sé öruggur um að ná árangri megi það ekki hindra fólk í að prófa (Swanson, S.J. og Becker, D.R., 2011).

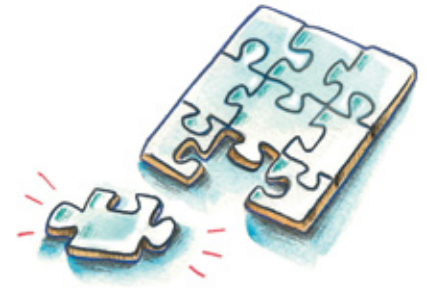
IPS aðferðin byggir á átta grundvallaratriðum:

1. Enginn er útilokaður, þ.e. allir sem vilja vinna fá aðstoð
2. Atvinnutengdur stuðningur og geðheilbrigðisþjónusta eru samtvinnuð
3. Stefnan er sett á samkeppnishæfa vinnu
4. Skipulag og fræðsla varðandi framfærslu, laun og bætur eru hluti af ferlinu
5. Hraðvirk atvinnuleit
6. Stuðningi er fylgt eftir
7. Borin er virðing fyrir vilja og vali einstaklings
8. Atvinnuráðgjafi byggir upp samband og á góða samvinnu við einstaklinginn

(Dartmouth Psychiatric Research Center, 2012)

Auk þessara átta grundvallaratriða hefur verið þróaður 25 atriða kvarði til að meta hve nákvæmlega er unnið eftir þeim. Rannsóknir á IPS hafa sýnt að þar sem aðferðinni er fylgt nákvæmlega og enginn afsláttur gefinn af verklagi er árangur betri en þar sem aðeins er stuðst við hluta þeirra grundvallaratriða sem IPS byggir á (Bond G.R, Drake R.E og Becker, D.R, 2012).

Hér á eftir verður gerð nánari grein fyrir því hvað felst í þessum átta grundvallaratriðum.



Áhugahvöt hefur einna best forspárgildi um hver árangur verður af starfsendurhæfingu og því er öllum sem hafa áhuga á því að vinna boðinn stuðningur í IPS. Víða í starfsendurhæfingarþjónustu er fólk sem er í neyslu eða hefur mikil einkenni geðsjúkdóma útilokað frá þjónustu en svo er ekki í IPS. Í IPS-þjónustu er ekki dregið úr væntingum varðandi atvinnuþátttöku vegna: geðgreininga, einkenna, vinnusögu, neyslu, vitrænnar skerðingar, lélegrar umhirðu, sakaskrár, minnivanda eða þess að ekki hafi verið mætt í viðtal. Svo lengi sem fólk lýsir yfir áhuga á atvinnuþátttöku býðst því stuðningur eftir hugmyndafræði IPS og ferlið sjálft leiðir í ljós hvort starfsendurhæfing beri árangur (Swanson, S.J. og Becker, D.R., 2011). Margir fagaðilar sem hafa reynslu af IPS hafa nefnt að þeirra trú á því hverjir muni ekki komast í vinnu hafi reynt hafa lítið forspárgildi, þ.e. að margir sem þeir telji að muni ekki komast í vinnu ná árangri og fari aftur á vinnumarkað með réttum stuðningi.

Samþætting geðheilbrigðisþjónustu og atvinnutengds stuðnings.

Mikil áhersla er lögð á að samtvinna geðheilbrigðisþjónustu og atvinnutengdan stuðning. Allir sem koma að málum einstaklings verða að vinna sem eitt teymi. Atvinnusérfræðingar eru hluti af klíniska teyminu og samskipti á milli teymisaðila eru regluleg. Því vita atvinnusérfræðingar og ráðgjafar í starfsendurhæfingu af breytingum á meðferð einstaklingsins og eins veit klíniska teymið af þeim skrefum sem verið er að taka í átt að atvinnu. Ákvarðanir teymisins t.d. varðandi meðferð, stuðning við upphaf vinnu o.s.frv. eru lagðar fyrir einstaklinginn,

sem tekur lokaákvörðun um hvers konar þjónustu hann vill nýta sér.

Samkeppnishæf vinna.

Markmið IPS er alltaf samkeppnishæf vinna. Með því getur verið átt við fullt starf eða hlutastarf á almennum vinnumarkaði. Viðmiðin eru að greidd séu a.m.k. lágmarkslaun skv. kjarasamningum fyrir starfið, einstaklingur fái sömu laun og aðrir sem sinni sömu störfum, að hver sem er geti sótt um starfið og að það sé ekki tímabundið vegna veikinda einstaklings. Sé um hlutastarf að ræða er viðmiðið að það sé ekki minna en einn dagur í viku. Ástæða þess að lögð er mikil áhersla á samkeppnishæfni starfsins er að flestir vilja slík störf, þau stuðla að blöndun í samfélaginu og flestum líður betur með sjálfa sig ef þeir geta lagt sitt af mörkum. Reynslan hefur einnig sýnt að flestir geta unnið á almennum vinnustað án þess að fara fyrst í einhvers konar þjálfun eða sjálfboðavinnu (Swanson, S.J. og Becker, D.R., 2011).

Skipulag og fræðsla um framfærslu, laun og bætur.

Ótti við að missa bætur veldur því að sumir ákveða að reyna ekki fyrir sér á almennum vinnumarkaði (Loveland, Driscoll og Boyle, 2007). Í IPS er lögð áhersla á að hugsa fyrst um möguleg áhrif atvinnuþátttöku og þar með launagreiðslna á bætur. Einstaklingar fá stuðning og fræðslu um þessa þætti samhliða atvinnuleitinni. Mikilvægt er að aðilar sem hafa viðeigandi þekkingu veiti þessa ráðgjöf og því er fræðslan oft fengin frá þeim sem greiða bæturnar. Misjafnt er eftir löndum hversu vel það borgar sig fjárhagslega að hætta á bótum og fara á launaskrá en yfirleitt kemur betur út fyrir einstakling að fá laun á almennum vinnumarkaði. Í Bretlandi tapar einungis um það bil einn af hverjum tvö hundruð á því að hætta á bótum og fara á launaskrá (Centre for Mental Health, 2012).

Hraðvirk atvinnuleit er ein af grundvallarreglum IPS og sýnt hefur verið fram á jákvæð áhrif hennar á áhugahvöt einstaklinga. Það að byrja snemma að leita að starfi sýnir að markmið einstaklings eru tekin alvarlega og undirstríkar trú á að einstaklingur hafi þá hæfni sem til þarf.

Fyrir suma eru möguleikarnir takmarkaðir og þá getur það aukið áhugahvöt að fara strax að skoða möguleikana.

Stuðningi skal fylgt eftir eins lengi og þörf er á og óskað er eftir. Hér geta málsstjórar, meðferðaraðilar og aðrir komið að miklu gagni og því þarf einstaklingur ekki alltaf að vera í IPS-þjónustu til lengri tíma. Að meðaltali varir IPS-stuðningur í um ár eftir að viðkomandi er kominn í vinnu og eftir það tekur klíníska teymið alfarið við stuðningnum (Dartmouth Psychiatric Research Center, 2012).

Í IPS er borin virðing fyrir vilja og vali einstaklings.

Hvernig starfi er leitað að, hvers konar stuðning þarf og hvaða upplýsingar má veita fer allt eftir vilja einstaklingsins.

Gott samband atvinnusérfræðings og einstaklings.

Mikil áhersla er lögð á að atvinnusérfræðingurinn myndi gott samband við einstaklinginn og er áhersla á virðingu fyrir einstaklingnum mikilvægur grunnur að því sambandi.



Rannsóknir á IPS

Niðurstöður fjölmargra rannsókna sem hafa verið gerðar á IPS-aðferðinni síðastliðinn áratug sýna mjög góðan árangur og benda til þess að sá kostnaður sem lagður er í þjónustuna borgi sig. Í samanburði við aðra starfsendurhæfingarþjónustu er IPS ekki dýr þjónusta en árangurinn þeim mun betri fyrir ákveðinn hóp fólks. Markmiðið með þjónustunni er alltaf að styðja einstakling inn á almennan vinnumarkað og því er auðvelt að meta hvort sá árangur náist eða ekki. Hins vegar hafa rannsóknir sýnt að árangur með IPS-aðferðinni hefur víðtækari áhrif. Rannsókn á rúmlega

300 einstaklingum í sex Evrópulöndum, sem fengu þjónustu samkvæmt IPS, leiddi í ljós að þeim sem fóru í vinnu leið betur, þeir sýndu minni sjúkdómseinkenni, betri félagsfærni og höfðu minni þörf fyrir geðheilbrigðisþjónustu (Burns, Catty og Becker, 2007). Því má ætla að ábati af góðum árangri IPS-aðferðarinnar sé mun meiri en eingöngu sá sparnaður að einstaklingur fari af bótum yfir á laun.

Samanburður á 16 rannsóknum á IPS-aðferðinni í Bandaríkjunum, Kanada, Ástralíu, Hong Kong og Bretlandi, þar sem árangur af IPS var borinn saman við aðra „bestu“ starfsendurhæfingu sem var í boði á hverjum stað, sýndi að árangur IPS var mun betri. 61% þeirra sem fengu IPS-þjónustu fóru í samkeppnishæft starf á móti 23% þeirra sem fengu aðra starfsendurhæfingarþjónustu. Það sem réði úrslitum hvað árangur varðaði voru grundvallaratriðin átta og hversu vel þeim var fylgt eftir (Rinaldi, M., Montibeller, T. og Perkins, R. 2011). Samanburður við annars konar starfsendurhæfingu hefur einnig sýnt að tíminn sem tekur einstakling að komast í vinnu á almennum vinnumarkaði er styttri í IPS-þjónustunni, eða að meðaltali 19 vikur frá upphafi þar til einstaklingur er kominn í starf, sem er 10 vikum fyrr en í annarri þjónustu. Einnig detta fái út úr IPS-stuðningi eða að jafnaði innan við 10% (Centre for Mental Health, 2012).

Samanburður á milli IPS í Evrópu annars vegar og í Bandaríkjunum, Ástralíu og Hong Kong hins vegar sýnir að árangur er örlítið lakari í Evrópu en hinum löndunum. Talið er að þar spili inn í að starfsmanna- og örorkulöggjöf í Evrópu valdi því að fólk festist frekar á örorkubótum og að hvatann til atvinnuþátttöku vanti í kerfið (Burns, Catty og Becker, 2007).

Atvinnuþátttaka fólks með geðraskanir er almennt frekar lítil í löndunum í kringum okkur, þrátt fyrir að þessi hópur hafi mikinn vilja til og áhuga á að starfa á almennum vinnumarkaði. Atvinnuþátttaka einstaklinga með geðklofagreiningu fór ört minnkandi í Bretlandi á árunum 1990–2000; fór úr 16,5% í 8,5%. Í þeim bæjarfélögum þar sem IPS var innleitt tókst að snúa þessari þróun við og má nefna sem dæmi að í

Merton í Bretlandi jókst atvinnuþátttaka þessa hóps úr 10,9% árið 2004 í 20,5% árið 2006. Á sama tíma varð lítil breyting niður á við á almennri þátttöku á vinnumarkaði. Samhliða þessu aflaði sami hópur sér menntunar og tók þátt í sjálfböðastörfum í auknum mæli (Centre for Mental Health, 2012).

Þar sem IPS-aðferðin hefur verið innleidd hefur oft þurft að byrja á að breyta gömlum hefðum, venjum og fastmótuðum viðhorfum. Rannsóknir hafa sýnt að jafnvel teymi fagfólks sem viðurkennir atvinnu sem mikilvægan hluta af bataferlinu vinna ekki í samræmi við þá hugmyndafræði dagsdaglega. Því hefur þurft mikla þjálfun og viðhorfsbreytingu við innleiðingu.

Aðferðin krefst þess að lækna og annað fagfólk vísi einstaklingum sem segjast vilja vinna í þjónustuna, hvort sem þeir hafa trú á að það geti borið árangur eða ekki. Þetta hefur reynst mörgu fagfólki erfitt en bæði reynsla og rannsóknir hafa sýnt að það borgar sig.

Eins og fram hefur komið hefur aðferðin fyrst og fremst verið notuð fyrir fólk með langvinna geðsjúkdóma, svo sem geðklofa og geðhvörf. Hins vegar hefur einnig verið sýnt fram á enn betri árangur af IPS hjá hermönnum með áfallastreitu. Áfallastreituröskun er yfirleitt ekki flokkuð sem langvinnur geðsjúkdómur, þrátt fyrir að bati geti tekið langan tíma þegar um flókin áföll er að ræða. Þessi hópur virðist

vera móttækilegur fyrir IPS og aðferðin getur flýtt fyrir endurkomu hans á vinnumarkað. Frekari rannsókna er þörf til að sjá hvort IPS geti jafnvel gagnast fleiri hópum (Centre for Mental Health, 2012).

Um höfundinn

Sveina Berglind Jónsdóttir er sálfræðingur með meistaraþáttu í vinnusálfræði frá University of Westminster í London og framhaldsnám í klínískri sálfræði frá Háskóla Íslands. Hún hefur starfað við starfsmanna- og gæðastjórnun, sálfræðimeðferð ásamt ráðgjöf og fræðslu til fyrirtækja og stofnana.

Heimildir

Bacon, J. og Grove, B. (2010). Employability interventions for people with mental health problems. WHO Regional Office for Europe.

Bond G.R, Drake R.E og Becker, D.R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*; 11: 23–39.

Burns, T, Catty, J og Becker, T. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomized controlled trial, *The Lancet*, 370, 1146–1152.

Centre for Mental Health (2012). Implementing what works, briefing 44. UK.

Dartmouth Psychiatric Research Center (2012). Sótt á vef 13. janúar 2013. <http://www.dartmouth.edu/~ips>

Loveland, D., Driscoll, H. og Boyle, M. (2007). Enhancing supported employment services for individuals with a serious mental illness: A review of the literature. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 177–189.

Rinaldi, M., Montibeller, T og Perkins, R. (2011). Increasing the employment rate for people with longer-term mental health problems. *The Psychiatrist*, 35: 339–343.

Swanson, S.J. og Becker, D.R. (2011). Applying the Individual Placement and Support (IPS) Model to Help Clients Compete in the Workforce: Manual. Hazelden.



Nanna Briem geðlæknir

Nýtt endurhæfingarúræði fyrir geðrofssjúklinga lofar góðu



Aðlaðandi sjón mætir auganu þegar komið er inn fyrir dyrnar á hinu fallega húsi að Laugarásvegi 71 í Reykjavík. Þar er ungt og myndarlegt fólk í þann mund að fá sér aldeilis frábæran morgunmat. „Við erum um þessar mundir að vekja athygli þeirra sem hingað sækja á mikilvægi góðs morgunverðar,“ segir Nanna Briem geðlæknir sem starfar á Laugarásveginum, en þar er meðferðar- og endurhæfingar-deild fyrir ungt fólk með geðrofs-sjúkdóma á byrjunarstigi.

Unga fólk þetta lætur ekki sitt eftir liggja hvað morgunverðinn snertir. Það fær sér egg og beikon að enskum síð, brauð með allskyns áleggi og ávextirnir eru svo ferskir að vatn kemur fram í munn blaðamanns. En fljótlega gleymist allt slíkt þegar gengið er um glæsileg húsakynninn. „Landspítalinn hefur átt þetta hús frá 1972 og hér hefur löngum verið athvarf fyrir fólk með geðraskanir. Núna er hér ungt fólk, flest um og yfir tvítugu,“ segir Nanna. Og unga fólk þetta, sem situr í leðursófum andspænis vegg í anda hins annálaða „Drápuhlíðargrjóts“, er glatt að sjá og spjallar saman meðan það borðar.

„Menn hafa komist að því að sé gripið inn í af miklum krafti um leið og geðrofssjúkdómur greinist, með öflugri meðferð og endurhæfingu, hefur það jákvæð áhrif á sjúkdómsganginn. Geðrofssjúkdómar byrja í langflestum tilvikum á aldrinum 16 til 30 ára,“ segir Nanna Briem þegar hún hefur boðið upp á kaffisopa á skrifstofu sinni og samtal okkar um nýja úrræðið IPS, eða Individual Placement and Support, er rétt að hefjast. IPS hefur vakið mikla athygli og verið notað með góðum



„*Þeir sem koma hingað eru 18 ára og eldri og velflestir sem við erum að taka inn núna eru fæddir eftir 1990. Ef það fólk kemst ekki út á vinnumarkaðinn, þá erum við að tala um fólk á örorku frá því um 18-19 ára aldur. Slíkt er gríðarlega erfitt fyrir þetta unga fólk og afar kostnaðarsamt fyrir samfélagið.*“

árangri erlendis. Með aðkomu VIRK – Starfsendurhæfingarsjóðs er nú verið að koma því í gagnið á Laugarásveginum og hefur vinnuhópur, skipaður sérfræðingum og ráðgjöfum frá VIRK og LSH, þegar hafið undirbúningsstarf. Hugmyndafræðin að baki IPS á uppruna sinn í Bandaríkjunum en aðferðin hefur einnig verið notuð með góðum árangri í Evrópu.

„Eftir fund um endurhæfingu geðsjúkra hjá Geðlæknafélagi Íslands, þar sem m.a. Vigdís Jónsdóttir framkvæmdastjóri VIRK og Sveina Berglind Jónsdóttir sérfræðingur kynntu starfsemi VIRK, var ákveðið að vinna saman að því að byggja upp öfluga starfsendurhæfingu á Laugarásveginum eftir IPS-módelinu, fyrir ungt fólk með byrjandi geðrofssjúkdóma,“ segir Nanna.

Í yfirlitsrannsókn, þar sem teknar voru fyrir 15 tilraunarrannsóknir sem báru saman aðferðir í starfsendurhæfingu fyrir fólk með alvarlega geðsjúkdóma, kom IPS mun betur út en önnur úrræði og var munurinn umtalsverður. 63,6% þeirra sem fengu

vinnu eftir IPS-hugmyndafræðinni voru enn í vinnu eftir 18 mánuði, miðað við 23,2% þeirra sem höfðu fengið vinnu í kjölfar hefðbundinnar starfsendurhæfingar.

„Þetta var nokkuð sem við hér í Laugarásnum vildum skoða nánar. Eftir viðræður við fulltrúa VIRK varð niðurstaðan að skipaður var vinnuhópur sem Vigdís og Sveina, auk ráðgjafanna Soffíu Einarsdóttur og Soffíu Eiríksdóttur frá VIRK, eiga sæti í ásamt mér, Vali Bjarnasyni félagsráðgjafa MA og Thelmu Hafþórsdóttur Byrd, iðjuþjálfá á geðsviði Landspítalans. Þetta samstarf lofar mjög góðu,“ segir Nanna og bætir við: „Þessu mikilvæga úrræði viljum við koma í gagnið sem fyrst. Þetta er ný nálgun á Íslandi. Undirbúningsvinnan er ennþá í gangi en þegar hafa verið valdir fimm einstaklingar til þess að reyna starfsendurhæfingarúrræðið IPS með stuðningi þverfaglegs teymis. Við sjáum ekki annað en að aðferðin geti vel samrýmst því starfi sem unnið er hér á Laugarásveginum nú þegar.“ Nanna getur þess og að í Danmörku hafi Arbejdsmarkedsstyrelsen

veitt 35 milljónir danskra króna í styrk til þess að þróa IPS-úrræðið fyrir ungt fólk með geðrofssjúkdóma.

„Við fögnum mjög aðkomu VIRK að þessu verkefni hér og bindum miklar vonir við það,“ segir Nanna. „Þeir sem koma hingað eru 18 ára og eldri og velflestir sem við erum að taka inn núna eru fæddir eftir 1990. Ef það fólk kemst ekki út á vinnumarkaðinn, þá erum við að tala um fólk á örorku frá því um 18-19 ára aldur. Slíkt er gríðarlega erfitt fyrir þetta unga fólk og afar kostnaðarsamt fyrir samfélagið. Geðraskanir eru algengasta orsök örorku.“

Mikilvægt að koma fólki út á vinnumarkaðinn

Hvaða sjúkdómar eru það sem helst er gripið inn í með þessum hætti?

„Það eru sjúkdómar þar sem geðrof er eitt af einkennunum – svo sem geðklofi, geðhvörf og geðhvarfaklofi. Einnig þunglyndi með geðrofseinkennum, sem og styttri og bráðari geðrof.“

Fyrir þá sem ekki þekkja til, þá er geðrof ástand þar sem fólk er í vandræðum með að greina hvað er raunverulegt og hvað ekki. Einkennin eru til dæmis ranghugmyndir, ofskynjanir og hugsanatrufnanir sem gera fólki erfitt að hugsa nægilega skýrt og átta sig á umhverfinu. Svo fylgja þessu mörg önnur geðræn einkenni eins og kvíði og þunglyndi. Þetta eru sjúkdómar ungs fólks; byrja þegar fólk er að komast í blóma lífsins. Það er því til mikils að vinna að ná tökum á þessu strax og ef gripið er fljótt inn í eru þetta sjúkdómar sem vel er hægt að ráða við. Fólk getur náð mjög góðum árangri. Þess ber að geta að allir geta fengið geðrof ef álagið er viðkomandi um megn – sumir eru bara mun viðkvæmari fyrir en aðrir.

Meginmarkmið okkar hér fyrir utan að draga út einkennum og láta fólki líða betur er að koma fólki út í lífið þannig að það geti lifað eðlilega. Einn mikilvægasti þátturinn í því er að fólk komist á vinnumarkaðinn, sumir fara þangað aftur en aðrir hafa aldrei verið þar. Það er það sem flestallir vilja, þetta er bara venjulegt fólk sem vill komast í vinnu,“ segir Nanna.

Hún útskýrir að á Laugarásveginum hafi í gegnum tíðina verið notast við mismunandi úrræði, en frá 2010 hafi verið lögð höfuðáhersla á að meðhöndla ungt fólk með geðrofssjúkdóma. „Úti í hinum stóra heimi er áherslan lögð á að grípa strax inn í þróun geðrofssjúkdóma, vegna þess að það virkar, og því erum við að byggja upp aðstöðu til þess hér. Við erum með sjö legupláss og dagdeild; í allt snum við um 40 manns og erum enn að taka inn fólk. Þar sem við bjóðum upp á eftirfylgni í 2-4 ár erum við enn að fylla upp í. Eins og er útskrifast héðan miklu færri en innritast. Fimmtán einstaklingar bættust t.d. í hópinn á síðasta ári.“

Hvernig gengur að koma þessu fólki út á vinnumarkaðinn?

„Við höfum átt í nokkrum vandræðum með það. Það er erfiðara fyrir þetta unga fólk, eins og aðra, að fá vinnu eftir að kreppan skall á. Lítið er um atvinnutækifæri og þeir sem eru hér þurfa oft ákveðinn stuðning til að komast út á vinnumarkaðinn aftur.“

En þörfin er gríðarlega mikil. Ungt fólk vill fá vinnu og hafa eitthvað fyrir stafni. Það eru til starfsendurhæfingarúrræði fyrir stóran hóp fólks á Íslandi, en þau hafa ekki nýst nægilega vel fyrir okkar þjónustuþega.

En „IPS-ið“ er ný nálgun – felur í sér að fólk fari beint út á vinnumarkað, en njóti stuðnings og eftirfylgni frá þverfaglegu teymi. Það á, sem fyrr kom fram, uppruna sinn í Bandaríkjunum og hefur skilað mjög góðum árangri þar. Í rannsókn sem gerð var 2011 kom fram að ekki einungis kæmi IPS mun betur út en sambærilegar aðferðir hvað vinnulengd snerti, heldur eyddu einstaklingar sem væri sinnt samkvæmt IPS mun færri dögum á sjúkrastofnunum en ella.“

Í hverju felst IPS-hugmyndafræðin sem þið vinnið eftir?

„Mikið lán er að fá VIRK til samstarfs. Verið er að laga aðferðina að íslenskum aðstæðum og helst lítið til Danmerkur í því sambandi, en einnig til Bretlands. Ef fjármagn fæst munu fulltrúar vinnuhópsins kynna sér þetta nánar í Danmörku, þar sem velferðarkerfið er líkast okkar. Útfærsla IPS hér byggir á nokkrum mikilvægum þáttum. Áhersla er lögð á að allir með geðrofseinkennum

„Einn mikilvægasti þátturinn í því er að fólk komist á vinnumarkaðinn, sumir fara þangað aftur en aðrir hafa aldrei verið þar. Það er það sem flestallir vilja, þetta er bara venjulegt fólk sem vill komast í vinnu.“

séu gjaldgengir í verkefnið og enginn útilokaður. Heilbrigðisþjónustan, VIRK og vinnuveitendur þurfa að vinna saman að settu marki. Atvinnuráðgjafinn þarf að vera hluti af meðferðarteymi einstaklingsins. Einn mikilvægasti þátturinn er að hver og einn einstaklingur í verkefninu fái góðan og öruggan stuðning sem miðaður sé við hans þarfir. Rannsóknir hafa þegar sýnt fram á að mun betra sé að hraða atvinnuleit í stað þess að fara í mikla greiningarvinnu. Fjölskylda og vinir geta komið að þessu ferli og haft góð áhrif með virkum stuðningi.

Markmiðið er sem sagt að byggja upp árangursríka starfsendurhæfingu fyrir ungt fólk með geðrofssjúkdóma á Íslandi, í þá átt að koma því fljótt og vel út á almennan vinnumarkað, með IPS-hugmyndafræði sem byggir á gagnreyndum aðferðum. Þeir sem fara út á vinnumarkaðinn í kjölfar þessarar endurhæfingar munu hafa á bak við sig teymi frá okkur hér og VIRK. Þetta er ekki sérstaklega dýrt úrræði, þótt það kosti eitthvað að byggja það upp. Dýrara er fyrir samfélagið að kornungt fólk fari á örorku til langframa,“ segir Nanna Briem geðlæknir að lokum.

Starfsgeta, þátttaka og velferð

„Það getur verið erfitt að samhæfa höfuðmarkmiðin með uppbyggingu kerfisins, því þau eru í eðli sínu ólík og geta unnið hvort gegn öðru. Annars vegar vilja menn tryggja einstaklingum með skerta starfsgetu öryggi og góða framfærslu og hins vegar byggja upp hvatningu til meiri atvinnuþátttöku þessa hóps og aðstoða einstaklinga til þátttöku á vinnumarkaði eins fljótt og unnt er í kjölfar veikinda eða slysa.“



1. Mikilvægi vinnu

Vinna er einstaklingum yfirleitt mjög mikilvæg. Það skiptir máli fyrir okkur öll að hafa hlutverk í lífinu, geta séð sjálfum okkur farborða og verið fjárhagslega sjálfstæð. Vinnan mótar einnig félagslega stöðu, sjálfsmynd og félagsþroska einstaklinga þar sem þeim gefast tækifæri til að mynda fjölbreytt félagsleg tengsl og takast á við nýjar áskoranir í félagslegum samskiptum.

Rannsóknir hafa sýnt að löng fjarvera frá vinnumarkaði ógnar heilsu og lífsgæðum einstaklinga meira en margir lífshættulegir sjúkdómar. Þátttaka á vinnumarkaði hefur almennt jákvæð áhrif á bæði líkamlega og andlega heilsu einstaklinga – einnig þeirra einstaklinga sem glíma við varanlegan heilsuþrest af ýmsum toga (Waddell og Burton, 2006). Einnig hefur t.d. verið sýnt

fram á það í erlendum rannsóknum að ungir karlar sem hafa verið án vinnu í 6 mánuði eru sex sinnum líklegri en aðrir til að taka sitt eigið líf (Waddell og Aylward, 2005).

Í skýrslu um líf skjör og hagi öryrkja eftir Guðrúnu Hannesdóttur frá árinu 2010 kemur fram að öryrkjar hér á landi búi almennt við mun slakari líf skjör en gengur og gerist meðal þjóðarinnar og að fátækt sé frekar hlutskipti öryrkja en annarra hópa. Mjög fáir einstaklingar fara af örorkulífeyri aftur í vinnu. Þannig má segja að einstaklingar sem fara á örorkulífeyri festist auðveldlega í gildru fátæktar og verri lífsgæða til framtíðar.

Um 16 þúsund Íslendingar eru á örorku- eða endurhæfingarlífeyri hjá Tryggingastofnun ríkisins. Þetta eru um

9% af vinnuafli landsins (Hagstofa Íslands, 2012). Öryrkjum hefur fjölgað mikið á undanföllum tveimur áratugum, eða úr því að vera um 4% af vinnuafli landsins árið 1990. Svipuð þróun hefur átt sér stað í öðrum vestrænum ríkjum þó þróunin sé mismunandi milli landa. Samkvæmt OECD eru um 6% vinnuafli að meðaltali á örorkulífeyri innan OECD og í sumum löndum Norður- og Austur-Evrópu fer hlutfallið upp í allt að 10-12%.

2. Orsakir og efnahagslegar afleiðingar

Útgjöld vegna örorkulífeyris eru veruleg hjá hinu opinbera í flestum löndum OECD. Hátt hlutfall örorkulífeyrisþega og aukin útgjöld hindra vöxt efnahagslífsins og draga úr framboði vinnuafli á vinnumarkaði. Flest vestræn velferðarsamfélög standa

frammi fyrir því að sá hópur einstaklinga sem ekki tekur þátt á vinnumarkaði vegna heilsubreysts fer sífellt stækkandi. Við þetta bætist sú staðreynd að hlutfall eftirlaunaþega á eftir að hækka verulega á næstu áratugum. Að óbreyttu mun því hlutfall vinnandi fólks verða mun lægra í framtíðinni en nú er og færri munu skapa verðmæti og greiða skatta til að standa undir þeim lífsgæðum og því velferðarkerfi sem við viljum viðhalda.

Þessi þróun hefur átt sér stað á löngum tíma og fyrir síðustu aldamót endurskoðuðu mörg lönd innan OECD kerfi örorkulífeyris og stuðnings, til að auka virkni og þátttöku fólks með skerta starfsgetu á vinnumarkaði. Þau mátu stöðuna þannig að ef ekkert yrði að gert hefði samfélagið ekki efni á þeirri velferðarþjónustu sem við viljum byggja upp bæði innan heilbrigðis- og menntakerfisins, ásamt framfærslustuðningi við þá einstaklinga sem enga möguleika hafa til þátttöku á vinnumarkaði.

Ástæður þess að æ fleiri einstaklingar hætta á vinnumarkaði vegna örorku eru fjölmargar og í raun er oft um að ræða flókið samspil þátta þar sem erfitt getur verið að greina orsakir og afleiðingar. Gríðarleg fjölgun einstaklinga sem glíma við geðræna sjúkdóma af ýmsum toga vekur þó sérstaka athygli og oft er um að ræða mjög ungt fólk sem fær jafnvel úrskurð um örorku til lengri tíma. Geðræn vandamál eru nú stærsta ástæða örorku í flestum OECD-ríkjum. Í Danmörku, Hollandi, Svíþjóð og Sviss glímir um helmingur þeirra sem fara á örorku í fyrsta skipti við geðræn vandamál. Hér á landi eru geðraskanir í 37% tilfella helsta orsök örorku hjá örorkulífeyrisþegum Tryggingastofnunar ríkisins, en þetta hlutfall var um 34% á árinu 2001. Þegar aldurshópurinn yngri en 30 ára er skoðaður hér á landi eru geðraskanir stærsti flokkurinn, eða um 62%. Innan margra ríkja OECD hefur ekki tekist að ná tókum á þessum vanda með stefnumótun eða öðrum aðgerðum. OECD hefur bent sérstaklega á þá staðreynd að ónóg þekking sé til staðar um orsakir og afleiðingar vandans og full þörf sé á að skoða hann betur út frá rannsóknum og reynslu. Meðal annars hefur verið bent á eftirfarandi þætti í þessu samhengi:

- Aukin þekking og viðurkenning á geðrænum sjúkdómum innan samfélagsins.
- Breytt viðhorf til geðrænna sjúkdóma innan heilbrigðis- og félagskerfisins.
- Aukin geta og þekking til greiningar. Í þessu samhengi hafa menn líka bent á þá tilhneigingu að greina sem sjúkdóma og heilsufarsleg vandamál þætti sem áður voru taldir tengjast hegðun og viðhorfum einstaklinga – með réttu eða röngu. Sumir vilja meina að slík þróun sé varhugaverð og til þess gerð að sjúkdómsvæða aðstæður einstaklinga í meira mæli en gott er, sem geti dregið úr virkri þátttöku þeirra í samfélaginu og á vinnumarkaði.

Í mörgum löndum hefur örorkulífeyrir verið síðasta úrræðið fyrir einstaklinga sem ekki geta tekið þátt á vinnumarkaði, af ástæðum sem oft tengjast þróun í opinberri stefnumörkun eða breytingum á vinnumarkaði. Dæmi um slíkt eru eftirfarandi:

- Breytingar á fyrirkomulagi atvinnuleysisbóta og/eða félagslegum stuðningi þar sem skilyrði til bótagreiðslna eru hert og meiri kröfur gerðar til þess að einstaklingar séu í virkni eða virkri atvinnuleit. Þetta hefur fækkað einstaklingum á atvinnuleysisbótum en afleiðingin getur líka orðið fjölgun einstaklinga á örorkulífeyri þar sem minni kröfur hafa verið gerðar til þátttöku og virkni.
- Hækkandi eftirlaunaaldur hefur fjölgað einstaklingum á örorkulífeyri.
- Tækniþróun og menntunarkröfur hafa fækkað atvinnumöguleikum þeirra sem eru með litla menntun og í þeim hópi eru hlutfallslega flestir örorkulífeyrisþegar.

Kreppa undanfarinna ára hefur aukið vandann verulega og því er mikilvægt að stefnumörkun og aðgerðir vestrænna velferðarsamfélaga miði að því að koma í veg fyrir að einstaklingar fari á örorkulífeyri.

Þetta má gera með aukinni þjónustu, auknum tækifærum á vinnumarkaði og uppbyggingu á stuðningskerfi sem hvetur til aukinnar atvinnuþátttöku einstaklinga með skerta starfsgetu.

3. Endurskoðun og flækjustig

Mikil endurskoðun á fyrirkomulagi þjónustu og fjárhagslegs stuðnings við einstaklinga með skerta starfsgetu hefur átt sér stað bæði í Evrópu og Norður-Ameríku á undanförunum 20 árum. Breytingar í þessum málaflokki eru hins vegar flóknar og mörgum þjóðum hefur reynst tímafrekt og erfitt að finna árangursríkar leiðir. Ástæður þess eru m.a. eftirfarandi:

1. Það getur verið erfitt að samhæfa höfuðmarkmiðin með uppbyggingu kerfisins, því þau eru í eðli sínu ólík og geta unnið hvort gegn öðru. Annars vegar vilja menn tryggja einstaklingum með skerta starfsgetu öryggi og góða framfærslu og hins vegar byggja upp hvatningu til meiri atvinnuþátttöku þessa hóps og aðstoða einstaklinga til þátttöku á vinnumarkaði eins fljótt og unnt er í kjölfar veikinda eða slysa.
2. Sá hópur sem þarf aðstoð samanstendur af mjög ólíkum einstaklingum með fjölbreyttan bakgrunn, vandamál og þarfir. Ólíkar aðferðir þarf til að virkja og hvetja þessa einstaklinga og þarfir þeirra fyrir stuðning og þjónustu eru mismunandi.
3. Mikill fjöldi aðila og stofnana kemur með einum eða öðrum hætti að þjónustu og stuðningi við einstaklinga með skerta starfsgetu – ekki eingöngu þeir sem greiða bætur eða veita þjónustu á sviði starfsendurhæfingar heldur einnig heimilislæknar og heilbrigðiskerfið í heild sinni, atvinnurekendur, félagslega kerfið og fleiri aðilar. Hér reynir því á samhæfingu og samstarf fjölda ólíkra aðila sem oft hafa ólíkra hagsmuna að gæta.
4. Breyting á einum þætti kerfisins hefur áhrif á aðra þætti sem flókið getur verið að gera sér grein fyrir, greina og rannsaka. Þannig getur samdráttur í heilbrigðisþjónustu haft veruleg áhrif á hvaða árangri er hægt að ná í starfsendurhæfingarþjónustu.

Einnig getur breyting í mati á starfsgetu til bótageiðslna haft mikil áhrif á fyrirkomulag í snemmbæru inngripi í starfsendurhæfingu. Eins geta breytingar á uppbyggingu bótageiðslna haft áhrif á flæði einstaklinga milli mismunandi bótakerfa og þá um leið á milli mismunandi þjónustuaðila.

Vegna þessa flækjustigs eru breytingar í heildarkerfinu flóknar og oft erfiðar í framkvæmd og þurfa að vera vel ígrundaðar. Flest lönd sem náð hafa árangri í að auka þátttöku einstaklinga með skerta starfsgetu á vinnumarkaði með kerfisbreytingum hafa annað hvort byrjað á því að hrinda í framkvæmd breytingum sem hafa í upphafi ekki heppnast að fullu, eða farið þá leið að byrja á tilrauna- og

þróunarverkefnum sem síðan eru metin og rannsókuð áður en stærri breytingum er hrint í framkvæmd (OECD, 2010). Að svona þróunarverkefnum hafa meðal annars komið sérfræðingar frá háskóla- og rannsóknastofnunum. Á þennan hátt hafa menn getað dregið nauðsynlegan lærdóm í hverju skrefi og fetað leiðina til aukins árangurs.

4. Breytingar og áherslur innan OECD

Innan landa OECD hafa verið farnar mismunandi leiðir til að ná tókum á vandanum og auka þátttöku einstaklinga með skerta vinnugetu á vinnumarkaði. Áherslupættir hafa verið ólíkir milli landa þó að almennt hafi stefnumörkun og áherslur í þessum málaflokki færst frá aðgerðaleysi einstaklinga yfir í að gera meiri kröfur til virkni þeirra og þátttöku á vinnumarkaði. Hér á eftir verður fjallað um helstu þætti og leiðir sem OECD hefur bent á að þurfi að endurskoða og breyta (OECD, 2010).

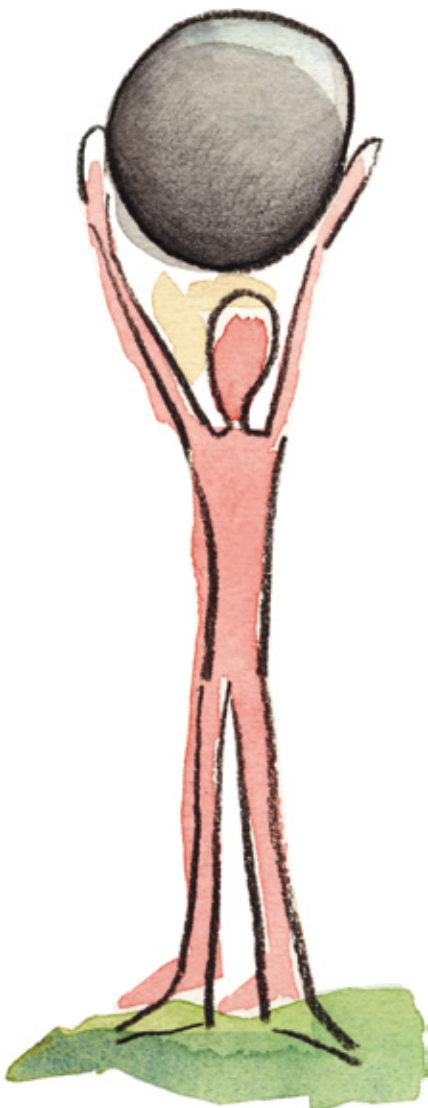
4.1 Aukin áhersla á að virkja atvinnurekendur til samstarfs og ábyrgðar

Atvinnurekendur eru ekki hluti örorku- lífeyriskerfisins og oft er lítið á þá sem hluta vandans frekar en hluta af mögulegri lausn. Staðreyndin er hins vegar sú að atvinnurekendur gegna lykilhlutverki innan kerfisins við að koma í veg fyrir að fjarvistir vegna heilsuþrengis þróist að óþörfu í átt til varanlegrar örorku. Það geta þeir gert með tilteknum forvörnum, viðbrögðum, sveigjanleika og aðstoð við endurkomu starfsmanna til vinnu í kjölfar sjúkdóma eða slysa. Einnig er mikilvægt að auka sveigjanleika og möguleika í atvinnulífinu almennt fyrir einstaklinga með skerta starfsgetu, t.d. með aukinni fræðslu. Menn eru í auknum mæli farnir að gera sér grein fyrir mikilvægi þess að draga atvinnurekendur til samstarfs og ábyrgðar í þessum málaflokki. Aukin ábyrgð atvinnurekenda og launamanna hefur einnig gefið góða raun, t.d. í Hollandi. Nokkur lönd innan OECD hafa byggt upp sérstakt hvatningarkerfi fyrir atvinnurekendur á þessu sviði, t.d. með eftirfarandi leiðum:

- Sérstökum stuðningi við ráðningar á starfsmönnum með skerta starfsgetu. Þessi stuðningur getur bæði verið fjárhagslegur og í formi sérstakrar þjónustu á vinnustaðnum, s.s. við að breyta vinnuaðstæðum og miðla fræðslu til stjórnenda og annarra starfsmanna.
- Niðurgreiðslu launa hjá starfsmönnum með skerta starfsgetu. Þá fá atvinnurekendur greidda tiltekna fjárhæð á mánuði með hverjum starfsmanni sem síðan fær greidd hefðbundin laun frá atvinnurekandanum.
- Niðurgreiðslu á veikindalaunum til starfsmanna með skerta starfsgetu – t.d. í ákveðinn tíma eftir ráðningu.
- Skattaafslætti til atvinnurekenda sem uppfylla tiltekinn kvóta varðandi hlutfall starfsmanna með skerta starfsgetu.
- Tilfærslu á ábyrgð og greiðslum í veikindum frá hinu opinbera til atvinnurekenda.
- Auknum skyldum atvinnurekenda til þátttöku í starfsendurhæfingar- úrræðum og til að aðstoða einstaklinga við endurkomu til vinnu eftir veikindi og slys – t.d. með sérstökum tækjum eða hjálparbúnaði, sveigjanleika í vinnutíma og verkefnum.
- Aukinni fræðslu inn á vinnustaði um þætti eins og geðheilbrigði og streitu í vinnu.

Hér þarf þó að hafa í huga að mismunandi leiðir geta haft gagnverkandi áhrif. Þannig getur mikil áhersla á rétt einstaklinga til stuðnings atvinnurekenda á meðan á vinnusambandi stendur orðið til þess að atvinnurekendur séu síður reiðubúnir til að ráða inn nýja starfsmenn með skerta vinnugetu. Mikil ráðningarfesta og langur réttur til launa í veikindum á vinnumarkaði getur þannig haft áhrif á vilja atvinnurekenda í þessum efnum.

Almennt miða aðgerðirnar að því að byggja upp aðstæður þar sem það borgar sig fyrir atvinnurekendur að styðja starfsmenn sína til endurkomu til vinnu



eins fljótt og unnt er, ásamt því að stuðla að meiri sveigjanleika á vinnustaðnum og hvatningu til að ráða inn nýja starfsmenn með skerta vinnugetu.

4.2 Krafa um aukna þátttöku

Örorkulífeyrskerfi hjá vestrænum velferðarsamfélögum hafa oft haft það einangraða hlutverk að greiða bætur án þess að veita stuðning eða gera kröfur um virkni og þátttöku í samræmi við getu viðkomandi einstaklinga. Slík kerfi geta dregið úr þátttökuvilja og möguleikum einstaklinga með skerta starfsgetu á vinnumarkaði. Flest lönd innan OECD hafa því á undanförunum 10-20 árum unnið markvisst að því að breyta bæði viðhorfum og kerfisuppbyggingu til að auka þátttöku einstaklinga. Meginþættir í þessu breytingarferli eru eftirfarandi (OECD, 2010):

Geta í stað vangetu

Lögd er áhersla á að leggja mat á getu einstaklinga til starfa fremur en vangetu. Það er jákvæðari nálgun á þjónustu við einstaklinga og getur til lengdar aukið möguleika fólks með skerta starfsgetu til þátttöku á vinnumarkaði. Þessi nálgun krefst hins vegar þess að einstaklingurinn eigi kost á starfsendurhæfingu tiltölulega snemma í ferlinu og helst áður en hann hefur misst vinnusamband vegna heilsuþrestra. Nánar er fjallað um mat á starfsgetu einstaklinga í kaflanum „Að meta getu til starfa en ekki vangetu“ hér á eftir.

Virgni og þátttaka

Örorkulífeyrskerfi margra landa hafa verið byggð þannig upp að ekki hefur verið gerð sérstök krafa um virkni og atvinnuleit líkt og er í öðrum bótakerfum, svo sem vegna atvinnuleysis eða félagslegrar aðstoðar. Vangaveltur hafa komið fram um að örorkulífeyrir sé stundum úrskurðaður til of langs tíma og hvort endurskoðun ætti að fara fram oft. Stundum hafa menn ályktað sem svo að þeir einstaklingar sem eru á örorkulífeyri séu það illa haldnir að ekki sé raunhæft að gera slíka kröfu. Það er hins vegar ljóst að talsverður hluti örorkulífeyrisþega hefur einhverja vinnugetu eða gæti tekið meiri þátt í atvinnulífnum, að fenginni nægilegri aðstoð og hvatningu í þeim efnum (Guðrún

Hannesdóttir, 2010). OECD hefur því bent á mikilvægi þess að gera sömu kröfur til virkni og þátttöku vegna örorkulífeyris og gerðar eru í öðrum bótaflokkum — þó að því tilskildu að kröfurnar séu raunhæfar.

Aukin áhersla á starfsendurhæfingu

Ef auka á þátttöku einstaklinga með skerta starfsgetu á vinnumarkaði þarf að tryggja öllum, sem þess þurfa, aðgengi að þjónustu á sviði starfsendurhæfingar. Þessi þjónusta þarf að vera í samræmi við metnar þarfir einstaklingsins og byggjast m.a. á persónulegri ráðgjöf og markvissum áætlunum. Einnig hefur verið bent á að koma þurfi á betri tengingu milli bótageiðslna og starfsendurhæfingarþjónustu til að tryggja að unnið sé með þá þætti sem skipta máli þegar starfsgeta einstaklings er metin í lok ferlisins. Einnig er mikilvægt að auka verulega rannsóknir á árangrimismunandi þjónustuleiða í starfsendurhæfingu og þróa betri og markvissari mælikvarða á árangur og gæði. Mörg lönd innan OECD (t.d. Noregur, Austurríki, Holland og Sviss) hafa farið þá leið að taka aldrei endanlega afstöðu til vinnugetu einstaklinga fyrr en starfsendurhæfing og önnur endurhæfing sé fullreynd og ljóst að frekari þjónusta á þessu sviði muni ekki skila árangri. Það ferli getur tekið frá nokkrum vikum upp í nokkur ár og mikilvægt er að framfærslukerfi og þjónustuframboð styðji við það.

Tímabundnar greiðslur

Bent hefur verið á mikilvægi þess að örorkulífeyrir sé ekki ótímabundinn heldur aðeins greiddur í tiltekinn tíma að uppfylltum ákveðnum skilyrðum og staðan síðan metin reglulega. Þetta er sérstaklega mikilvægt þegar um ungt fólk er að ræða, þar sem oft er hægt að bæta aðstæður og möguleika þess á vinnumarkaði með tímanum og koma þannig í veg fyrir að það lendi í einangrun og fátæktargildru fjarri vinnumarkaðnum. Þetta á hins vegar ekki við þegar um er að ræða mjög alvarlega sjúkdóma eða slys þar sem ljóst er að viðkomandi einstaklingur á ekki afturkvæmt á vinnumarkað á ný.

Til staðar sé hvatning hjá bæði greiðendum örorkulífeyris og veitendum þjónustu

Mál einstaklinga sem sækja um örorkulífeyri eru oft mjög flókin og það getur tekið langan tíma, með tilheyrandi kostnaði og flækjustigi, að greiða úr málum og efla vinnugetu viðkomandi einstaklings. Auðveldasta leiðin er því oft að úrskurða viðkomandi á örorku. Slíkur úrskurður getur þó haft í för með sér kostnað sem er margfaldur á við þann kostnað sem hlýst af aukinni þjónustu. Auk þess getur aukin virkni og þátttaka einstaklinga á vinnumarkaði aukið lífsgæði þeirra, dregið úr kostnaði í heilbrigðiskerfinu og eflt hagvöxt í samfélaginu. Því er mikilvægt að til staðar séu hvatning og skýrar reglur um að fara aðrar leiðir en þær „auðveldustu“ innan velferðarkerfisins þegar kemur að ákvörðunum og þjónustu við einstaklinga með skerta starfsgetu.

Sérstakar ráðstafanir sem hvetja til meiri þátttöku

Í nokkrum löndum hafa verið gerðar sérstakar ráðstafanir sem miða að því að hvetja einstaklinga með skerta starfsgetu til meiri þátttöku á vinnumarkaði. Um er að ræða fjárhagslega hvatningu til einstaklinga og fyrirtækja. Í Bretlandi hafa einstaklingar getað fengið sérstakan skattaafslátt vegna þessa og einnig hafa þeir haft möguleika á að fá sérstakar greiðslur frá hinu opinbera („return to work credit“) ef þeir eru í lágt launuðum störfum, til að tryggja að þátttaka á vinnumarkaði borgi sig fyrir þá. Hollendingar hafa farið þá leið að greiða einstaklingum með skerta starfsgetu hærri bætur en ella ef þeir taka þátt á vinnumarkaði í samræmi við starfsgetu sína. Sum lönd hafa einnig dregið verulega úr tekjutengingu bóta (a.m.k. á ákveðnu bili) til að hvetja til aukinnar atvinnuþátttöku. Finnland, Noregur, Danmörk og Svíþjóð hafa breytt kerfinu á þann hátt að vilji einstaklingar á örorkulífeyri prófa sig áfram á vinnumarkaði þá sé þeim tryggð endurkoma inn í bótakerfið án þess að þurfa að fara aftur í gegnum matsferli og endurákvörðun á bótarétti og án þess að tekjur valdi skerðingum ef viðkomandi þarf að fara inn í bótakerfið aftur. Þetta veldur því að einstaklingar þora frekar að

stíga skrefið út á vinnumarkaðinn því þeir vita að þeir hafa tryggja framfærslu ef í ljós kemur að þeir ráða ekki við launað starf (OECD, 2010). Að lokum hafa Noregur og Ungverjaland boðið einstaklingum upp á tímabundinn endurhæfingarlífeyri, sem er hærri en örorkulífeyrir en háður þeim skilyrðum að viðkomandi einstaklingur taki virkan þátt í endurhæfingu með það að markmiði að auka þátttöku á vinnumarkaði (OECD, 2010).

4.3 Að meta getu til starfa en ekki vangetu

Í gegnum tíðina hefur kerfi örorkulífeyris bæði hér á landi og víða erlendis verið byggt upp með það að meginmarkmiði að tryggja einstaklingum sem ekki geta starfað tiltekna framfærslu. Í samræmi við þetta hefur ákvörðun um rétt til örorkulífeyris verið byggð á mati á vangetu en ekki mögulegri getu. Við mat og ákvörðun hefur því oft verið einblínt á sjúkdómsgreiningar og mögulegar hindranir. Þetta kerfi er ekki hvetjandi og ef við ætlum að draga úr fjölgun einstaklinga á örorkulífeyri verður að viðhafa aðra nálgun, sem felst í því að meta getu einstaklinga til starfa og hvetja þá og styðja til að nýta getu sína og styrkleika á vinnumarkaði eins og mögulegt er. Þessi aðstoð þarf hins vegar að vera í boði snemma í ferlinu og helst áður en einstaklingur missir vinnusamband vegna heilsuþrests.

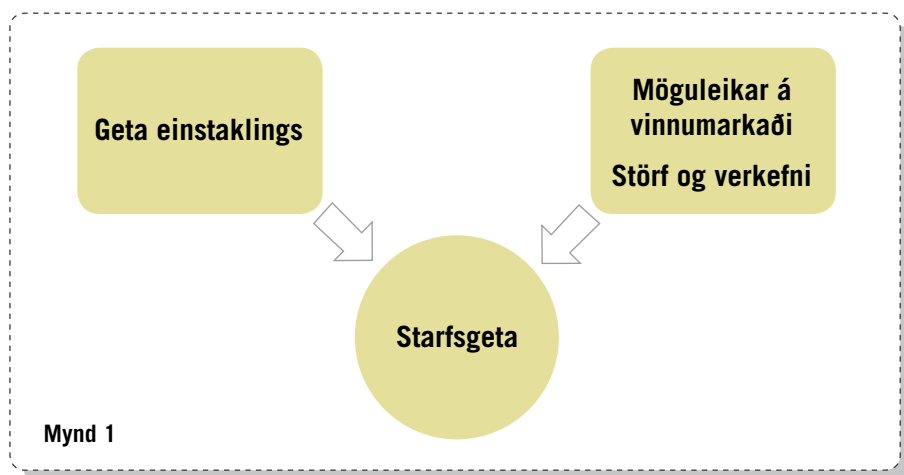
En hvað þýðir það að meta starfsgetu en ekki vangetu til starfa? Læknar hafa í mörgum tilfellum þurft að leggja mat á vangetu út frá einu viðtali við einstakling eða jafnvel skoðun á pappírnum og þá stundum notast við spurningalista með tiltekinni stigagjöf. Því hefur verið haldið fram að mat á getu sé ekki flóknara en svo að snúa formerkjum mats á vangetu við, þannig að ef niðurstaðan er sú að hlutfall örorku sé 60% þá sé getan 40% — en er það virkilega svona einfalt?

Staðreyndin er sú að ef meta á getu á raunhæfan hátt verður að taka tilliti til fleiri og flóknari breyta, sem gerir matið að mörgu leyti flóknara og tímafrekara. Skoða þarf möguleika og störf á vinnumarkaði og eins er óraunhæft að meta starfsgetu án þess að einstaklingurinn fái viðeigandi aðstoð og tækifæri til að efla styrkleika

sína og takast á við þær hindranir sem eru til staðar vegna afleiðinga sjúkdóma eða slysa. Til að meta starfsgetu á sanngjarnan hátt þarf að láta reyna á hana og hugsanlega hafa áhrif á og breyta ýmsum þáttum, bæði hjá einstaklingnum sjálfum og í umhverfi hans. Mat á starfsgetu snýst t.d. um að tengja saman möguleika einstaklings, þrátt fyrir heilsuþrest og ýmsa þætti í umhverfi hans og á vinnumarkaði, sjá mynd 1.

að því að aðstoða einstaklinginn við að takast á við hindranir ásamt því að vinna með og efla styrkleika viðkomandi.

Það að meta getu til starfa frekar en vangetu krefst því bæði breytinga á matskerfi og matsferlum og einnig breyttra viðhorfa og hugsunar í samfélaginu. Einnig þarf að tryggja öllum einstaklingum góðan og skilvirkan þjónustuferil í starfsendurhæfingu þar sem markmiðið



Starfsgeta snýst því ekki eingöngu um einstaklinginn sjálfan heldur einnig um möguleika og tækifæri í síbreytilegu umhverfi. Til dæmis eru mörg dæmi þess, bæði hér á landi og í öðrum löndum, að einstaklingar sem glíma við erfiða sjúkdóma eða meðfæddar skerðingar hafi öðlast fulla vinnugetu með betri aðstoð og auknum möguleikum í upplýsingatækni.

Ef meta á starfsgetu einstaklinga er oft um það að ræða að meta þá getu sem er til staðar þrátt fyrir langvinna sjúkdóma af ýmsum toga. Getu og möguleikar einstaklinga koma ekki alltaf fram í einangraðri skoðun á sjúkdómum eða einkennum eða í einu viðtali. Ein leiðin til að meta starfsgetu er að athuga á tilteknu tímabili hvað einstaklingurinn getur gert. Þetta þarf að gera í starfsendurhæfingu þar sem einstaklingi er tryggð aðstoð sem tekur á bæði líkamlegum, andlegum, félagslegum og umhverfislegum þáttum með þverfaglegri aðkomu ýmissa sérfræðinga eftir aðstæðum og þörfum hvers og eins. Hér er góð og skipuleg upplýsingaöflun yfir tíma mikilvæg. Þetta ferli getur oft tekið talsverðan tíma þar sem staðan er greind og metin og unnið

er að vinna að því að takmarka hindranir sem eru til staðar og efla getu og styrkleika einstaklinga ásamt því að finna þeim stað við hæfi á vinnumarkaði. Það er aðeins í gegnum slíkt ferli sem við getum á sanngjarnan hátt metið getu einstaklinga til starfa á vinnumarkaði.

4.4 Framfærslukerfi sem hvetur en letur ekki

Mikilvægt er að bótakerfi örorkulífeyris hvetji til þátttöku á vinnumarkaði og að almennt sé það grundvallarsjónarmið við lýði í samfélaginu að það sé á ábyrgð hvers einstaklings að sjá fyrir sér með þátttöku á vinnumarkaði, svo fremi sem slík þátttaka sé einstaklingnum möguleg. Sérhver einstaklingur þarf því að bera ábyrgð á því að leggja sig fram um að ná árangri og nýta sér þá aðstoð sem honum stendur til boða til að hámarka eigin möguleika á vinnumarkaði. Það er síðan velferðarkerfisins að sjá um að aðstoða þá sem ekki hafa möguleika til þátttöku.

Það er ekki einfalt að byggja upp framfærslukerfi sem tryggir einstaklingum sem ekki geta tekið þátt á vinnumarkaði

viðunandi framfærslu og hvetur jafnframt þá sem það geta til aukinnar þátttöku. Hér komum við aftur að þeim ólíku og um margt ósamræmanlegu markmiðum þessa hluta velferðarkerfisins sem fjallað var um hér að framan. Bent hefur verið á að sé fjárhæð bóta nálægt lægstu launum á vinnumarkaði muni alltaf vera til staðar hvatning til inngöngu í kerfið fyrir þá sem verst standa á vinnumarkaði og glíma við erfiðleika af ýmsum toga. Þetta má til sanns vegar færa, en hins vegar stöndum við frammi fyrir því að okkur mun sjálfsgagt alltaf finnast lægstu laun á vinnumarkaði vera lág og þá í samanburði við önnur kjör. Ef við ætlum síðan í okkar velferðarsamfélagi að tryggja einstaklingum sem hafa jafnvel aldrei átt möguleika til neinnar þátttöku á vinnumarkaði – t.d. vegna alvarlegra sjúkdóma eða meðfæddrar fötlunar – viðunandi framfærslu, þá munu bætur vegna skertrar starfsgetu varla geta orðið mikið lægri en lægstu launum nemur. Mikilvægt er að fjalla um þessi mál með öll þessi sjónarmið í huga. Árangursrík og raunsæ nálgun í málinu kann stundum að vera önnur en sú sem snýr að grunnbótafjárhæðunum sem slíkum, enda hafa mjög fá lönd innan OECD valið að fara þá leið að lækka grunnfjárhæðir sem greiddar eru í örorkulífeyri. Leggjja þarf áherslu á aðra þætti, eins og mikilvægi þess fyrir einstaklinginn að eiga kost á framþróun á vinnumarkaði og mikilvægi félagslegra tengsla og þátttöku. Vegna þessarar flóknu stöðu er líka sérstaklega mikilvægt að matskerfið sé byggt þannig upp að ekki séu til langs tíma greiddar framfærslugreiðslur vegna skertrar starfsgetu nema það sé ljóst og fullreynt að ekki sé til staðar starfsgeta hjá viðkomandi einstaklingi.

OECD hefur bent á að rétt sé að skoða þann möguleika nánar að samræma sem mest bótagreiðslur fyrir alla einstaklinga utan vinnumarkaðar – og þá gildi einu hver ástæðan sé. Bæði fjárhæðir og kröfur þurfi að vera samræmdar þannig að einstaklingar sjái ekki sérstakan hag í því að fara á milli bótaflokka. Þannig sé ekki rétt að gera minni kröfur til einstaklinga sem ekki geta tekið þátt á vinnumarkaði vegna heilsuþrests en þeirra sem eru heilbrigðir og í atvinnuleit. Ástæðan sé sú

að þeir sem glíma við heilsuþrest eru oft færir um að vinna að einhverjum hluta og í raun fáir sem alls ekki geta tekið neinn þátt á vinnumarkaði vegna alvarlegs heilsuþrests.

Einnig er varhugavert að tengja bótarétt um of við rétt til ýmiss stuðnings vegna sjúkdóma eða annarra skerðinga. Þannig getur það verið mjög mikilvægt fyrir einstaklinga sem kljást við langvinna sjúkdóma eða skerðingar af ýmsum toga að njóta stuðnings hins opinbera hvað varðar ýmis hjálpartæki og lyf, þrátt fyrir að til staðar sé vinnugeta og viðkomandi fái full laun á vinnumarkaði. Um leið og slíkur stuðningur er eingöngu tengdur við rétt til bótagreiðslna og litla þátttöku á vinnumarkaði myndast sú hætta að dragi mjög úr hvatningu til vinnuþátttöku – sérstaklega þegar um er að ræða lágt launuð störf.

Hér á landi er bótakerfið um margt brotkennt og mótsagnakennt og tilteknir þættir þess hafa mjög letjandi áhrif á áhuga einstaklinga á atvinnuþátttöku, þar sem þeir sjá sér ekki alltaf fjárhagslegan hag í því að vinna, til dæmis að hluta til, þrátt fyrir að hafa til þess getu. Þannig hefur lokið starfsendurhæfingu hjá VIRK fjöldi einstaklinga sem taldir eru hafa vinnugetu að hluta – t.d. til 50% starfs. Þessir einstaklingar standa frammi fyrir þeim kostum að annað hvort fái þeir 75% örorkumat hjá TR eða í raun litlar sem engar bætur eða réttindi. Þarna vantar millistig sem gæti hvatt þessa einstaklinga til aukinnar þátttöku á vinnumarkaði.

Einnig getur verið erfitt fyrir hluta vinnumarkaðarins að keppa við ráðstöfunartekjur örorkulífeyrisþega ef sá er til dæmis einstætt foreldri með nokkur börn á framfæri. Þá geta ráðstöfunartekjur hans á örorkulífeyri, vegna skattfrjálsra barnalífeyrisgreiðslna til örorkulífeyrisþega, auðveldlega farið upp í fjárhæðir sem eingöngu vel launuð störf á vinnumarkaði geta keppt við. Hér finnast hins vegar engar einfaldar lausnir því að sú staðreynd liggur líka fyrir að við ætlum mörgum þeim einstaklingum í okkar samfélagi, sem enga möguleika hafa til atvinnuþátttöku, að lifa af bótum ævina á enda og margir þeirra hafa börn

á framfæri. Hins vegar má velta því fyrir sér, ef ástæða þykir til að styðja einstæða foreldra sem eru örorkulífeyrisþegar með sérstökum, skattfrjálsbarnalífeyri, hvort ekki sé þá einnig ástæða til að styðja við aðra einstæða foreldra sem berjast áfram í lágt launuðum störfum á vinnumarkaði? Það gæti orðið þeim einstaklingum aukin hvatning til áframhaldandi þátttöku á vinnumarkaði.



Þessi brotkennda uppbygging á bótakerfinu hér á landi hefur mikil áhrif á árangur í starfsendurhæfingu, þar sem einstaklingar í tilteknum aðstæðum telja sér oft betur borgið á örorkulífeyri heldur en að fá úrskurð um að þeir hafi starfsgetu að hluta eða öllu leyti og sjá sér því ekki hag í því að taka fullan þátt í starfsendurhæfingu. Ráðgjafar og sérfræðingar VIRK sjá einnig oft hvaða afleiðingar bótakerfið getur haft á einstaklinga á miðjum aldri sem hafa verið á örorkulífeyri en eru að reyna að fóta sig á vinnumarkaði þegar barnalífeyrir vegna barna þeirra er ekki lengur til staðar og framfærslutekjur þeirra detta niður í grunnlífeyrisgreiðslur. Þessir einstaklingar eru oft ákaflega illa staddir þar sem þeir hafa farið á mis við þau tækifæri sem bjóðast á vinnumarkaði hvað varðar framgang í launum, starfsframa og félagslegan þroska. Í þessum tilfellum hefur bótakerfið í raun fangað einstaklinga í gildru fátæktar og félagslegrar einangrunar sem getur valdið varanlegum skaða til framtíðar, bæði fyrir þá sjálfa og samfélagið.

4.5 Samþætting og samvinna ólíkra aðila

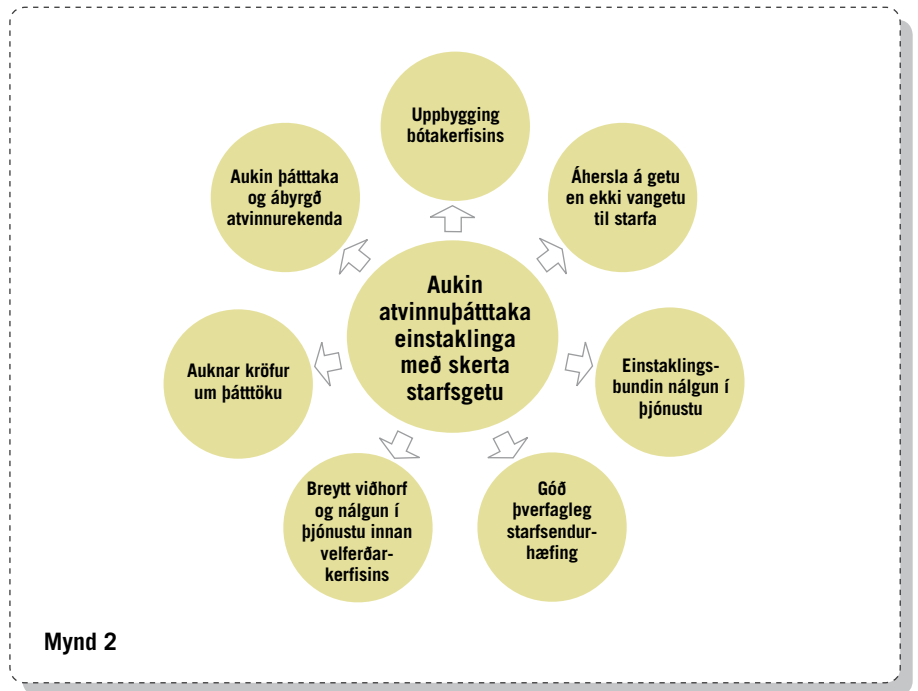
Það þarf að breyta viðhorfum og styrkja væntingar einstaklinga, stofnana, stuðningsaðila og fyrirtækja varðandi þátttöku einstaklinga á vinnumarkaði þrátt fyrir skerta starfsgetu. Mikilvægt er að fræða og virkja heilbrigðisstarfsfólk hvað þetta varðar. Hér gegna heimilislæknar lykilhlutverki, þar sem þeir hafa það hlutverk að greina og votta heilsubrest gagnvart bæði atvinnulífi og opinberum stuðningskerfum. Mikilvægt er að bæði læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk fari varlega í að meta og dæma einstaklinga af vinnumarkaði vegna heilsubrests, þar sem hæfileg vinna getur flýtt verulega fyrir bata og verið forsenda þess að einstaklingar nái að hámarka starfsgetu sína og möguleika á vinnumarkaði.

Auka þarf skilning heimilislækna á því að það þjónar ekki endilega hagsmunum viðkomandi einstaklings að veikindaskrifa hann til lengri tíma – oft er vænlegra að athuga hvað einstaklingurinn getur gert á vinnumarkaði þrátt fyrir tiltekinn heilsubrest. Vinnan getur jafnvel verið hluti af bataferli einstaklingsins. Hér þarf því að koma til aukin samvinna milli einstaklinga, atvinnurekenda, heimilislækna og sérfræðinga í starfsendurhæfingu.

Í sumum löndum hefur hlutverk lækna í ferli veikindafjarvista og örorkumats verið endurskilgreint og gefnar hafa verið út skýrar leiðbeiningar til lækna hvað varðar vottorðaskrif, innihald vottorða, tímalengdir og fleira. Í Svíþjóð hafa menn náð árangri við að draga úr lengd fjarvista á vinnumarkaði, t.d. með því að gefa læknum skýrar leiðbeiningar um þann hámarkstíma fjarvista sem þeir geta sett í vottorð eftir eðli og tegundum sjúkdóma. Í Noregi, Danmörku, Hollandi og fleiri löndum hefur verið skilgreint sérstakt samstarfsferli sem þarf að eiga sér stað milli einstaklings, læknis og vinnustaðar ef fjarvistir fara yfir tiltekinn fjölda vikna.

5. Hvað þarf til að ná árangri?

OECD bendir á mikinn skort á rannsóknum og þekkingu á áhrifum mismunandi úrræðum í starfsendurhæfingu sem og



Mynd 2

áhrifum ólíkrar kerfisuppbyggingar og breytinga í hinum ýmsu löndum. Sem dæmi um þetta er oft lítil þekking til staðar á mismunandi áhrifaþáttum og flæði innan velferðarkerfisins þar sem margir þættir hafa áhrif og breyting á einum þeirra getur haft ófyrirséð áhrif á aðra. Því er mikilvægt að miðla upplýsingum og niðurstöðum athugana og rannsókna milli landa og safna þannig saman þekkingu um þá þætti sem skila árangri. Öll lönd innan OECD standa frammi fyrir svipuðum úrlausnarefnum á þessu sviði og þrátt fyrir að nálgun þeirra sé oft á tíðum ólík geta þau dregið mikilvægan lærdóm af þekkingu og reynslu hvers annars.

Á undanföllum árum hafa margar þjóðir unnið að talsverðum breytingum á bæði bótakerfi og stuðningi við einstaklinga með skerta starfsgetu. Árangurinn er mismunandi og í skýrslu OECD frá 2010 er bent á að flestar þessara breytinga hafi verið til góðs en yfirleitt hafi þær ekki gengið nógu langt eða nálgun á verkefnið ekki verið nægilega heildstæð. Bent hefur verið á að þær þjóðir sem hafa náð mælanlegum og varanlegum árangri við að draga úr nýgengi einstaklinga á örorku hafa yfirleitt nálgast verkefnið á heildstæðan máta, þar sem gerðar hafa verið breytingar sem snúa að bæði uppbyggingu á framfærslukerfi, þjónustu í starfsendurhæfingu, aukinni þátttöku atvinnurekenda og almennri

breytingu á viðhorfi og vinnubrögðum. Þá hefur í raun verið tekið á einn eða annan hátt á öllum þeim þáttum sem farið var yfir hér að framan. Á mynd 2 er yfirlit yfir áhrifaþætti sem vinna þarf með ef nást á árangur til framtíðar á þessu sviði.

6. Til framtíðar

Undanfarin ár hefur átt sér stað mikil uppbygging á sviði starfsendurhæfingar hér á landi og eru starfsendurhæfingarstöðvar starfandi víða um land. Aðilar vinnumarkaðarins sömdu árið 2008 um stofnun VIRK – Starfsendurhæfingarsjóðs og hafa tryggt sjóðnum verulega fjármuni til uppbyggingar á starfsendurhæfingaráhrifum um allt land. Innan VIRK er unnið mikið uppbyggingarstarf og má fullyrða að aldrei áður hafi starfsendurhæfingu hér á landi verið tryggð eins miklir fjármunir og möguleikar á ýmiss konar þjónustu og nú er.

Mikilvægt er að nýta þessa uppbyggingu vel til að unnt sé að snúa við þeirri þróun sem hefur átt sér stað undanfarin ár, þar sem þeim fjölgar stöðugt sem ekki taka þátt á vinnumarkaði vegna heilsubrests. Þetta er mikilvægt bæði út frá hagsmunum einstaklinganna sjálfra og samfélagsins í heild, sem mun hafa þörf fyrir fleiri vinnandi hendur til framtíðar við uppbyggingu á góðu velferðarkerfi fyrir alla.



Hins vegar er ekki nægjanlegt að leggja einungis fjármuni í starfsendurhæfingu til að ná tókum á þessu verkefni. Fleira þarf að koma til, eins og sýnt hefur verið fram á hér að framan. Ef árangur á að nást þarf að taka á öllum þeim þáttum sem sýndir eru á mynd 2. Breyta þarf áherslum og aðferðafræði þannig að litið sé á getu en ekki vangetu einstaklinga til starfa við ákvörðun á framfærslustyrkjum. Framfærslukerfið má ekki letja fólk til þátttöku og breyta þarf viðhorfum og nálgun í heilbrigðisþjónustu og í velferðarþjónustunni í heild sinni. Við þurfum að leggja meiri áherslu á aukna þátttöku einstaklinga í öllu ferlinu, virkja atvinnurekendur til aukins samstarfs og hafa áhrif á viðhorf og breytni í samfélaginu til að tryggja einstaklingum með skerta starfsgetu aukna möguleika á vinnumarkaði. Allt þetta þarf að vinnast í sameiningu ef árangur á að nást til framtíðar. Þetta krefst samstarfs margra ólíkra aðila og heildarstefnumörkunar í þessum málaflokki í samstarfi allra þeirra sem bera á honum ábyrgð.

Í núverandi kerfi eiga margir aðilar hagsmuna að gæta og við kerfisbreytingar má alltaf búast við mótstöðu. Það sem hefur reynst öðrum þjóðum árangursríkast í þessu samhengi er að miðla eftirfarandi

þáttum mjög skýrt til allra hagsmunaaðila kerfisins sem og almennings:

- Af hverju þörf er á breytingum
- Hvað það er í núverandi kerfi sem ekki gengur upp og á hvaða hátt það kann að ógna velferðarkerfi framtíðarinnar
- Hvaða breytingarnar þurfa að eiga sér stað
- Rökstuðningi fyrir breytingunum (gjarnan með tilvísun í rannsóknir og reynslu annarra)
- Hvaða áhrif breytingarnar muni hafa á mismunandi hópa

Einnig er mikilvægt að tryggja góða umræðu um málið í samfélaginu – bæði á hinu pólitíska sviði sem og í fræðasamfélaginu, meðal fagfólks, embættismanna og almennings.

Nálgun á flókin viðfangsefni verður að taka mið af raunverulegum aðstæðum og krefst þess að sett verði fram heildstæð stefna og aðgerðaáætlun sem nái til allra þátta og ólíkra aðila. Einnig er mikilvægt að nálgast verkefnið með jákvæðum formerkjum þar sem markmiðið er að samtvinna hagsmuni einstaklinga og samfélagsins alls með stuðningi og hvatningu til meiri þátttöku allra – samfélaginu til heilla.

Heimildir

Guðrún Hannesdóttir (2010), Lífskjör og hagir öryrkja. Könnun meðal örorku- og endurhæfingarlífeyrisþega. Öryrkjabandalag Íslands og Þjóðmálastofnun í október 2010.

OECD (2010). Sickness, Disability and Work – Breaking the barriers. Sótt á vef í janúar 2013. http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/disability_synthesis_2010_en.pdf.

Hagstofa Íslands (2012). Vinnuafli samkvæmt tölum Hagstofu Íslands. Sótt á vef í nóvember 2012: <http://www.hagstofa.is/Hagtalur/Laun,-tekjur-og-vinnumarkadur>

Waddell, G. og Burton, A.K. (2006). Is Work Good For Your Health and Well-being? TSO, London.

Waddell, G. & Aylward, M. (2005). The scientific and conceptual basis of incapacity benefits. TSO, London.

Stóra TTA-verkefnið í Danmörku: „Aftur í vinnu“



Samantekt á verkefninu og helstu niðurstöðum er byggð á lokaskýrslu þar sem margt bendir til að snemmbær þverfagleg og samhæfð íhlutun í starfsendurhæfingu geti stýtt veikindafjarveru og haft jákvæð áhrif á efnahag samfélagsins.

1. Inngangur

Árið 2008 gerði danska ríkisstjórnin samkomulag við aðila danska vinnu- markaðarins um verkefni sem höfðu þann tilgang að draga úr veikindafjarveru á vinnumarkaði. Alls fóru 39 verkefni af stað í tengslum við ofangreint samkomulag. Hér er eitt þeirra kynnt; „Det store TTA (Tilbage Til Arbejdsmarkedet)-projekt“ eða „Stóra endurkomu til vinnu (ETV)-verkefnið“. Verkefnið er það stærsta sem vitað er um af þessum toga á heimsvísu og því mjög áhugavert að fylgjast með framgangi þess. Undirbúningur TTA-verkefnisins hófst árið 2009 og innleiðing og framkvæmd fóru fram frá apríl 2010 til september 2012. Í desember 2012 kom út skýrsla með helstu niðurstöðum þar sem horft er til framkvæmdar, árangurs og efnahagslegs ávinnings og er þessi

samantekt byggð á henni. Niðurstöðurnar byggja bæði á meginlegum og eigindlegum rannsóknum.

Framfærsla í veikindum á dönskum vinnumarkaði er frábrugðin íslensku fyrirkomulagi. Almennt greiðir atvinnurekandi veikindalaun fyrstu 30 daga í veikindum en síðan tekur sveitarfélagið við greiðslum. Ráðgjafar á vegum sveitarfélaganna, sem staðsettir eru í sérstökum vinnumiðstöðvum, sjá um utanhald og eftirfylgd með réttindum einstaklinga, hitta þá og fylgja þeim eftir.

Samkvæmt dönskum lögum um sjúkradagpeninga þarf einstaklingur að mæta í viðtal hjá ráðgjafa í vinnumiðstöð í síðasta lagi á áttundu viku veikinda. Þá fyllir hann út upplýsingablað og ræðir við ráðgjafa. Út

frá upplýsingum er einstaklingur flokkaður í einn þriggja viðmiðunarflokka. Í fyrsta flokk fara þeir sem gera ráð fyrir að fara aftur í vinnu innan 3ja mánaða. Í annan flokk fara þeir sem ekki gera ráð fyrir að fara aftur í vinnu innan 3ja mánaða, en ættu að geta farið aftur til vinnu með tímanum og geta verið virkir í úrræðum. Í þriðja flokk fara þeir sem ekki gera ráð fyrir að fara til vinnu innan 3ja mánaða og hafa ekki heilsu til að fara aftur í vinnu í áföngum eða taka þátt í úrræðum, t.d. vegna alvarlegs sjúkdóms, innlagnar á sjúkrahús eða þess háttar. Við hefðbundna málsmeðferð í danska kerfinu er gert ráð fyrir að ráðgjafi fylgi þeim sem eru í flokki tvö sérstaklega vel eftir.

Tilgangur TTA-verkefnisins

Tilgangurinn var að rannsaka hvort mögulegt væri að byggja upp snemmbært,

Þverfaglegt og samhæft inngrip á grunni fyrirleggjandi þekkingar og innan gildandi lagamma án lagabreytinga. Það var gert með því að breyta að hluta til hlutverki ráðgjafa og þjónustu hjá vinnumiðstöð þannig að hægt væri að innleiða TTA-verkefnið inn í kerfi sem var til staðar, til dæmis varðandi ráðgjöf og eftirfylgd veikindaskrifaðra einstaklinga vegna framfærslu.

Verkefnið átti að ná til breiðs hóps veikindaskrifaðra og ekki skipti máli hvort um líkamleg eða geðræn/sálræn vandamál væri að ræða. Það átti jafnframt að ná til sveitarfélaga af mismunandi stærð víðs vegar um landið.

Meta skyldi að hve miklu leyti innleiðing á TTA-verkefninu innan ofangreinds ramma væri möguleg, hvort þátttaka í verkefninu leiddi til hraðari og varanlegri endurkomu til vinnu fyrir þann veikindaskrifaða og áhrif þess á endurteknar veikindafjarvistir. Einnig átti að meta efnahagsleg áhrif verkefnisins.

Verkefnið var hannað með hliðsjón af alþjóðlegri þekkingu á þeim þáttum sem hvetja fólk til eða letja það frá endurkomu á vinnumarkað eftir veikindafjarveru. Voru „Hvítbók um veikindafjarveru og ETV vegna stoðkerfisvanda“ (Mortensen m.fl., 2008) og „Hvítbók um veikindafjarveru og ETV vegna geðræns vanda“ (Borg m.fl., 2010) sérstaklega hafðar til hliðsjónar.

Kallað var eftir þátttöku sveitarfélaga um allt land og voru alls 22 sveitarfélög valin til þátttöku. Hluti sveitarfélaganna innleiddi verkefnið vorið 2010 og afgangurinn vorið 2011. Danski forvarnasjóðurinn lagði sveitarfélögum sem tóku þátt í verkefninu til fé. Atvinnumálaráðuneytið fjármagnaði aðkomu Danska rannsóknasetursins á vinnuumhverfi (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø = NFA), en NFA sá um skipulagningu, samhæfingu, þjálfun, ráðgjöf og mat á verkefninu.

2. Uppbygging — framkvæmd

Markhópur verkefnisins voru veikindaskrifaðir einstaklingar sem falla undir viðmiðunarflokk tvö sbr. hér að ofan. Þetta voru að öllu jöfnu einstaklingar með flókin heilsufarsvandamál.

Uppbygging verkefnisins fól í sér eftirfarandi skref

Uppbygging á þverfaglegum TTA-teyimum

Verkefni sveitarfélagsins fólst í að byggja upp TTA-teymi sem samanstóðu af: TTA-faghóp sálfræðings og sjúkráþjálfara eða iðjubjálfa, TTA-læknum (geðlæknar og sérfræðilæknar á sviði félags-, atvinnu- og heimilislækninga) og TTA-ráðgjafa sem vinna áttu saman að starfsendurhæfingu einstaklinga eftir ákveðinni aðferðafræði. TTA-ráðgjafarnir voru staðsettir í vinnumiðstöðvunum en breytilegt var hvernig annað fagfólk var ráðið og hvar það var staðsett. Heimilislæknar þátttakenda voru upplýstir um að viðkomandi væri kominn inn í þjónustu TTA-teymis eftir fyrsta viðtal hjá ráðgjafa. Gert var ráð fyrir að læknar teymisins yrðu í samskiptum við heimilislækna eftir þörfum. Einnig var gert ráð fyrir að ráðgjafar og fagaðilar hefðu samband við utanaðkomandi meðferðaraðila eftir þörfum til að samhæfa áætlun. Áætlað var að hver ráðgjafi skyldi sinna 85 einstaklingum á ári og fyrir hverja 170 einstaklinga væri gert ráð fyrir einni stöðu sálfræðings, einni stöðu sjúkra- eða iðjubjálfa og u.þ.b. ½ stöðu læknis, þar af væri aðkoma geðlæknis a.m.k. 25%.

TTA-vinnulag og verkfæri

Þverfaglegu teymin áttu að nota ákveðið verklag og styðjast við tiltekin verkfæri. Það fól meðal annars í sér ákveðna aðferð í upphafssamtölum við veikindaskrifaða einstaklinga þar sem stuðst var við ákveðinn samtalsvísi, þétt samstarf við vinnustaði og snemmbæra greiningu á styrkleikum og hindrunum með tilliti til endurkomu til vinnu. Lögð var áhersla á þverfaglega samhæfingu á vikulegum teymisfundum, kerfisbundna og þverfaglega vinnu við gerð einstaklingsbundinna ETV-áætlna og skipulagningu á viðeigandi úrræðum. Ekki var gert ráð fyrir að fagaðilar TTA-teymis veittu beina meðferð, hún var veitt áfram innan heilbrigðiskerfisins.

TTA-þjálfun og annar stuðningur við innleiðingu

Stóra TTA-verkefnið fól í sér að þau sveitarfélög sem þátt tóku tókust á við viðamikið innleiðingarverkefni á takmörkuðum tíma. Til að styðja við ferlið var skipulögð þriggja vikna þjálfun/

fræðsla áður en verkefnið hófst. TTA-ráðgjafar, sálfræðingar, sjúkráþjálfarar og iðjubjálfar tóku þátt í allri fræðslunni og læknar í hluta hennar. Stjórnendur í vinnumiðstöðvunum og vinnuráðgjafar gátu einnig tekið þátt í hluta fræðslunnar. Auk upphaflegu þjálfunarinnar var á innleiðingartímanum viðbótarfræðsla til að deila reynslu milli sveitarfélaga og til að ræða faglega þætti tengda TTA-inngripinu. Tveir ferlasérfræðingar frá NFA heimsóttu sveitarfélögin reglulega á meðan verkefnið stóð yfir til að stuðla að því að innleiðing verkefnisins væri eins góð og mögulegt var.

3. Mat á TTA-verkefninu

Verkefnið var metið út frá þremur þáttum:

- Ferli – hvernig innleiðing verkefnisins gekk fyrir sig.
- Árangri – áhrifum á lengd veikindafjarveru.
- Efnahagslegum ávinningi fyrir sveitarfélög, ríki og samfélag.

Við mat á innleiðingu og ferli voru rannsaðir þrjú þættir:

- Hvort og hvernig verkefnið var innleitt.
- Hvort innleiðingin hafði tilætluð áhrif á sjúkradagpeningakerfið.
- Hvaða þættir verkefnisins virkuðu vel og hverjir ekki.

Þetta flókna ferli var því metið út frá stofnanalegu, stjórnunarlegu og þverfaglegu starfi TTA-teymisins með einstaklinginn í forgrunni, til að kanna hvort einstök sveitarfélög hefðu náð árangursríkri innleiðingu.

Helstu niðurstöður

Innleiðing á grunnþáttum verkefnisins

Öll sveitarfélög náðu að setja saman TTA-teymi og að mestu að tryggja að TTA-teymismeðlimir tækju þátt í TTA-þjálfuninni áður en verkefnið hófst. Einnig nýttu þau sértæk verkfæri verkefnisins. Sett voru af stað hópúræði með áherslu á að styrkja andlega og líkamlega færni og getu til að snúa aftur til vinnu, og haldnir voru vikulegir þverfaglegir teymisfundir.

Teymisfundirnir voru haldnir án þátttakandi einstaklinga þar sem nokkur mál voru að jafnaði tekin fyrir á hverjum fundi. Í undantekningartilfellum voru þátttakendur á teymisfundi.

Innleiðing á snemmbæru, samhæðu og þverfaglegu inngripi

Árangursrík innleiðing stórra verkefna krefst mikillar vinnu og samræmingar margra aðila. Hægt var að mæla gæði innleiðingar hjá 19 sveitarfélögum. Af þeim töldust 11 hafa náð góðri innleiðingu og 8 slakari innleiðingu. Þáttur stjórnenda var mjög mikilvægur. Góð stjórnun og skilningur á eðli verkefnisins ýttu undir árangursríka innleiðingu. Í ljós kom að þar sem fagaðilar voru ráðnir inn í vinnumiðstöðina og staðsettir á sama stað og TTA-ráðgjafinn náðist þéttara þverfaglegt samstarf.

Ný hlutverk TTA-fagaðila

Mikil áskorun fólst í uppbyggingu þverfaglegs samstarfs milli mismunandi faghópa með ólíkan bakgrunn. Forsenda þess að ná góðu samstarfi virtist byggja á því að allir fagaðilar væru tilbúnir að endurskilgreina sín hefðbundnu hlutverk. Meðlimir í faghópunum höfðu fáir reynslu af þéttru samstarfi við vinnumiðstöð, þar sem þeir tóku þátt í mikilvægri ákvarðanatöku varðandi meðal annars framfærslu einstaklinga og var það áskorun fyrir hluta hópsins. Í öðrum tilfellum áttu þeir erfitt með að leggja meðferðarhlutverk sitt til hliðar og nýta í staðinn faglega kunnáttu sína frá vinnumiðstöðu sjónarhorni. Þetta var líka áskorun fyrir suma lækna. Fyrir aðra lækna var það áskorun að stíga út úr því hlutverki að rýna aðallega í gögn annarra og þurfa sjálfir að vera virkir í að hitta einstaklinga. TTA-ráðgjafarnir þurftu einnig að breyta sínu verklagi frá hefðbundnu, sjálfstæðu ráðgjafarstarfi í þverfaglegt samstarf þar sem sameiginlegar ákvarðanir voru teknar. Reynslan úr verkefninu sýnir að reyndir ráðgjafar frá vinnumiðstöðvum gátu vel gengið inn í hlutverk TTA-ráðgjafa og staðið undir því stóra verkefni að halda utan um þverfaglega íhlutun. Fyrir suma ráðgjafana fól verkefnið í sér erfiðar áskoranir og í nokkrum sveitarfélögum þurftu stjórnendur að bæta inn verulegum stuðningi fyrir TTA-ráðgjafana. Niðurstöður sýna að það krafðist oft umfangsmikillar

innleiðingar og langs lærdómsferlis að ná fram þverfaglegu samstarfi þar sem allir meðlimir/þátttakendur samþykktu og nýttu sín nýju hlutverk á uppbyggilegan máta í samræmi við vinnumiðaðan tilgang verkefnisins.

Mikilvægi snemmbærrar, þverfaglegrar og samhæðrar samvinnu

Almennt var talið að þverfaglega samstarfið hefði aukið gæði ETV-áætlana og tryggt að mál voru unnin fyrir. TTA-ráðgjöfunum fannst jákvætt að hafa greiðan aðgang að fagaðilum til að hægt væri að vinna mál hraðar. Að meðaltali var um helmingi einstaklinga vísað til TTA-faghópsins og um fjórðungi til TTA-læknanna. Þessi hlutföll voru þó mjög breytileg eftir sveitarfélögum.

Meirihluta TTA-ráðgjafanna fannst samtalsvísir verkefnisins mjög gagnlegur, en á honum var fyrsta viðtal við einstakling byggt. Svipuðu hlutfalli ráðgjafa fannst þeir jafnframt vera vel í stakk búnir til að meta hvernig og hvenær ætti að kalla til heilbrigðisstarfsfólk í TTA-faghópi eða TTA-lækna vegna mála einstaklinga.

Margir TTA-ráðgjafar nefndu að í gegnum TTA-þjálfunina og þverfaglega samstarfið upplifðu þeir sig öruggari í samskiptum við einstaklinga með geðræn vandamál.

Það sem einkenndi árangursríkt, þverfaglegt samstarf í TTA-verkefninu var virðing fyrir fagþekkingu hinna, sameiginleg sýn og skilningur á markmiðum TTA-hugmyndafræðinnar og sú staðreynd að allir TTA-meðlimir komu með gagnleg innlegg á þverfaglegu teymisfundunum, sem voru rædd samfara því að sameiginleg áætlun var lögð fram.

Í þeim sveitarfélögum þar sem ekki náðist gott samstarf var mest hætta á að ekki tækist að mynda sameiginlega sýn fyrir samstarfið eða að erfiðleikar kæmu upp við að fá mismunandi TTA-aðila til að vinna saman. Vandamál vegna vinnuálags TTA-ráðgjafa og vöntun á stjórnun höfðu áhrif á samstarf í nokkrum sveitarfélögum.

Fyrirtækjaráðgjafarnir voru við upphaf verkefnisins ekki hugsaðir sem þátttakendur í þverfaglegu samstarfinu á

vikulegum teymisfundum. Nokkur sveitarfélög völdu þó að taka þá inn í samstarf TTA-verkefnisins og var það metið sem stór ávinningur. Fyrirtækjaráðgjafarnir komu með mikilvæga þekkingu um atvinnulífið og juku möguleika á að byggja upp heppilega ferla fyrir einstaklinga án ráðningarsambands.

Samstarf við vinnustaði

Flestir þeirra sem komu að TTA-verkefninu, einstaklingar, fagfólk og atvinnurekendur, töldu mikilvægt að þétt samstarf væri milli vinnumiðstöðvar, atvinnurekanda og einstaklings. Góð „endurkomu til vinnu“-áætlun í tengslum við TTA-inngripið var mjög mikilvæg. Einnig skilaði það árangri þegar hægt var að byrja í vinnu með starfsgetu að hluta og einstaklingi fylgt eftir af fagaðilum á meðan hann vann sig upp í fulla starfsgetu.

Mjög stór fyrirtæki voru í minna samstarfi en lítil og meðalstór fyrirtæki. Það tengist líklega því að stóru fyrirtækin höfðu sjálf yfir að ráða sterkum mannauðseiningum og meðal annars aðgangi að félagsráðgjöfum, sálfræðingum og iðjuþjálfum.

Þrátt fyrir að samstarf við vinnustaði hafi tvöfaldast í TTA-verkefninu samanborið við hefðbundna þjónustu varð samstarfið mun minna en áætlað var. Aðeins var samstarf um mál 13% þeirra sem voru í vinnu við upphaf veikinda. Fyrir þessu eru nokkrar mögulegar ástæður. TTA-aðilar benda sérstaklega á að þrátt fyrir að einstaklingar hafi haft vinnu við upphaf veikinda misstu margir vinnunna fljótlega vegna veikindanna. Greining á veikindaskrifuðum í flokki II sýnir að við upphaf veikinda höfðu um 73% vinnusamband, en sú tala var komin niður í 62% við tilvísun til TTA-teymis nokkrum vikum síðar (í 73% tilfella innan 8 vikna frá upphafi veikinda). Í TTA-verkefninu var lagt upp með að fyrsta viðtal við ráðgjafa ætti sér stað í kringum 8. viku veikinda en það náðist að meðaltali í um 48% tilfella. Ástæða þess gat verið töl á að atvinnurekandi sendi upplýsingar til sveitarfélags um veikindi, töl á tilvísun til TTA-teymis og biðtími eftir fyrsta viðtali hjá TTA-ráðgjafa. Að um þrem mánuðum liðnum frá upphafi veikinda var hlutfall þeirra sem höfðu vinnusamband komið í um 56%. Þetta bendir til að eftir því sem lengri tími leið áður en TTA-vinnumiðstöðin

kom inn í málið hafi líkur minnkað á að hægt væri að innleiða þétt samstarf við vinnustað hins veikindaskrifaða.

Niðurstöður benda þó til að hátt hlutfall einstaklinga án vinnu skýri ekki að fullu ástæður þess að samstarf við vinnustaði varð minna en áætlað var. Meðal annarra skýringa var nefnt að sumir veikindaskrifaðir vildu ekki að TTA-vinnumiðstöðin setti sig í samband við vinnustaðinn og TTA-ráðgjafarnir mátu í einhverjum tilfellum að ekki væri þörf fyrir aðkomu þar sem til staðar voru góð tengsl milli vinnustaðar og einstaklings. Þar fyrir utan voru nokkrar vinnumiðstöðvar sem settu samskipti við vinnustað ekki í sérstakan forgang.



Mat veikindaskrifaðra

Niðurstöður spurningalista sem lagðir voru fyrir þátttakendur benda til að TTA-inngripnið hafi bætt upplifun fólks á málsmeðferð í vinnumiðstöðvunum. Mat á inngripinu samanborið við almenna málsmeðferð var jákvæðara hvað varðar samstarf við aðra faghópa, samstarf við vinnustaði og samfellu í málsmeðferð.

Út frá viðtölum við veikindaskrifaða kom í ljós að jákvætt og styðjandi viðmót TTA-aðilanna var forsenda þess að einstaklingurinn upplifði sig öruggan og tilbúinn að taka þátt í þverfaglegu og samhæfðu ferli í þeim tilgangi að fara aftur út á vinnumarkaðinn. Ánægja var með greiðan aðgang að fagaðilum og það að greining á heilsufarsstöðu og áætlun um endurkomu til vinnu byggði á sameiginlegu mati TTA-aðilanna. Meirihluti veikindaskrifaðra var jákvæður varðandi þátttöku í þeim hópúræðum sem í boði voru og einstaklingar með geðrænan heilsuvanda virtust hafa haft sérstaklega mikið gagn af fræðslu um streitu, kvíða og þunglyndi.

Það kom einnig fram sem jákvæður þáttur að í fyrsta viðtali hjá TTA-ráðgjafa var gefinn góður tími, þannig að ráðgjafinn gat sett sig vel inn í mál einstaklingsins og þær hindranir sem höfðu áhrif á atvinnuþátttöku hans. Sumum fannst þeir þó þurfa að afsaka veikindi sín og var það metið svo að TTA-ráðgjafa hefði ekki tekist að mynda örugga umgjörð um ráðgjöfina.

Í TTA-verkefninu var ekki lagt upp með að TTA-fagaðilar veittu einstaklingum beina meðferð, fyrir utan tilboð um sértæk hópúræði. Gert var ráð fyrir að einstaklingar fengju viðeigandi þjónustu innan heilbrigðiskerfisins, s.s. sjúkrahjálfun, lækni meðferð og sálfræðiþjónustu, ef þess var þörf. Í nokkrum tilfellum komu upp vandamál þar sem þátttakendur áttuð sig ekki á tilgangi með viðtölum við mismunandi TTA-fagaðila og áttu erfitt með að skilja að viðtölin snérust um mat, ráðgjöf og eftirfylgd en ekki meðferð. Niðurstöðurnar benda til þess að fyrir suma veikindaskrifaða hafi verið erfitt að sætta sig við og höndla að ekki hafi verið boðið upp á meðferð í TTA-inngripinu.

Áhrif á lengd veikindafjarveru – mat á árangri

Markmið með mati á árangri var að kanna hvort veikindaskrifaðir í TTA-inngripinu yrðu fyrr vinnufærir og væru minna veikindaskrifaðir á ný í samanburði við þá sem fengu hefðbundna málsmeðferð. Niðurstöður byggja á 9.123 einstaklingum alls frá þeim sveitarfélögum sem tóku þátt, þar af 3.105 frá þrem sveitarfélögum þar sem hægt var að gera RCT-rannsókn (randomized controlled trial) og 2.242 frá sjö sveitarfélögum þar sem hægt var að gera „fyrir/eftir“-rannsókn. Þegar skýrslan sem þessi samantekt byggir á var unnin lágu ekki fyrir upplýsingar til að meta langtímaárangur TTA-inngripsins og því er ekki hægt að leggja mat á áhrif á endurtekna veikindafjarveru. Mat á ferlinu sýndi þó að meirihluti TTA-aðilanna taldi að TTA-inngripnið drægi úr líkum á endurtekinni veikindafjarveru. NFA mun fylgja þessum þætti eftir síðar og birta niðurstöður um hann árið 2014.

4. Helstu niðurstöður á mati á árangri TTA-inngripsins

Trúverðugustu útreikningarnir byggja á RCT-rannsókn sem gerð var í þremur sveitarfélögum. Niðurstöðurnar frá þessum sveitarfélögum eru þær áreiðanlegustu í allri úttektinni þar sem þær byggja á tæpum 2000 einstaklingum úr TTA-inngripinu og rúmlega 1.100 einstaklingum sem fengu hefðbundna málsmeðferð. Þessi hluti verkefnisins einn og sér er mjög stór, bæði í dönsku og alþjóðlegu samhengi.

Áhrif á lengd veikindafjarveru

Niðurstöður byggja á þeim heildarvikufjölda sem einstaklingar fá sjúkradagpeninga til framfærslu. Niðurstöður frá sveitarfélögnum þremur sýna mikinn breytileika á áhrifum inngripsins milli sveitarfélaga. Í einu sveitarfélaganna kemur fram marktæk stytting á veikindafjarveru um 5,4 vikur borið saman við hefðbundna nálgun. Vegið meðaltal í sveitarfélögnum þremur er hinsvegar 2,2 vikur, þar sem hin tvö sveitarfélögin eru með annars vegar styttingu um 1,4 vikur og hins vegar lengingu á veikindafjarveru um 2,7 vikur. Auk sveitarfélaganna þriggja var hægt að meta áhrif í sjö öðrum sveitarfélögum. Þau héldu áfram hefðbundinni málsmeðferð fyrsta árið sem verkefnið var í gangi (2010–2011) og innleiddu TTA-inngripnið seinna árið (2011–2012). Hér kemur einnig fram mikill breytileiki eftir sveitarfélögum. Niðurstöður þessara tíu sveitarfélaga sýna að sex náðu jákvæðum áhrifum á veikindafjarveru á meðan áhrifin voru neikvæð hjá fjórum þeirra. Meðaltal áhrifanna í þessum tíu sveitarfélögum sýnir þó jákvæð áhrif, en ekki er hægt að nota þá niðurstöðu til að spá fyrir um þau áhrif sem önnur sveitarfélög geta vænst af því að innleiða TTA-inngripnið.

Áætluð almenn áhrif á lengd veikindafjarveru í öðrum sveitarfélögum

Sé miðað við niðurstöður RCT-rannsóknarinnar bendir greining hennar til þess að sveitarfélög sem ekki voru með í verkefninu megi vænta styttingar á veikindafjarveru um 1,6 vikur. Viðbótargreining sem nær yfir sveitarfélögin 22 sem tóku þátt gefur vísbendingu um mjög veik jákvæð áhrif.

Áætluð almenn áhrif á lengd veikindafjarveru hjá sveitarfélögum sem ná góðri innleiðingu

Af fyrrnefndum tíu sveitarfélögum náðu fimm þeirra góðri innleiðingu á verkefninu. Hjá þeim náðust jákvæð áhrif sem svara til um 2,6 vikna styttingar á veikindafjarveru. Þessi niðurstaða lýsir áætluðum almennum áhrifum hjá sveitarfélögum sem ná góðri innleiðingu, þ.e. þegar verkefnið er sett upp og framkvæmt í samræmi við hugmyndafræði TTA. Ef eingöngu eru teknar út niðurstöður tveggja sveitarfélaga sem náðu góðri innleiðingu í RCT-rannsókninni kemur fram stytting á veikindafjarveru um 3,4 vikur. Vísending um jákvæð áhrif kemur fram í greiningu þvert á öll sveitarfélög þar sem um góða innleiðingu á verkefninu var að ræða.

Áhrif á lengd veikindafjarveru yfir tíma

Greiningin er byggð á sveitarfélögum þremur í RCT-rannsókninni. Fram kemur að áhrif TTA-inngripsins geta tekið tíma að koma fram og styður það þá tilgátu að full innleiðing taki langan tíma. Einnig bendir greiningin til þess að áhrifin geti tengst lengd veikindafjarveru og að mest áhrif komi fram eftir lengri fjarveru. Þetta er þó misjafnt eftir sveitarfélögum.

Jákvæð áhrif TTA-inngripsins virðast ekki bundin ákveðnum hópum veikindaskrifaðra, þ.e. tengjast því ekki hvort

einstaklingur er með eða án vinnu eða hvort um geðrænan eða líkamlegan heilsuvanda er að ræða.

Mat á efnahagslegum ávinningi

Ofangreint mat á innleiðingu og áhrifum verkefnisins leggur grunninn að mati á áhrifum TTA-inngripsins á efnahag sveitarfélaga, ríkis og samfélags.

Efnahagsleg áhrif út frá RCT-rannsókninni

Í tveimur af þremur sveitarfélögum styttest veikindafjarvera og skilar það sér í lægri greiðslum sjúkradagpeninga og hærrí skattheimtu, sem samanlagt er meiri sparnaður en kostnaðurinn vegna TTA-verkefnisins og gott betur. Fyrir þessi tvö RCT-sveitarfélög er því jákvæð efnahagsleg grunnlína fyrir TTA-verkefnið. Í þriðja RCT-sveitarfélaginu er niðurstaðan neikvæð og samanlagt sýnir það sveitarfélag ekki fram á jákvæð efnahagsleg áhrif af verkefninu. Að meðaltali er efnahagsleg niðurstaða jákvæð fyrir sveitarfélögin þrjú.

Greining byggð á sveitarfélögum tíu

Þar sem fimm sveitarfélög með góða innleiðingu ná jákvæðum áhrifum á lengd veikindafjarveru næst að sama skapi jákvæð efnahagsleg niðurstaða, þ.e. sparnaður er meiri en útlagður kostnaður og fram kemur sparnaður á öllum sviðum, hjá sveitarfélagi, ríki og samfélagi.

5. Lokaorð

Helstu niðurstöður verkefnisins eru eftirfarandi:

- Góð innleiðing TTA-verkefnisins getur dregið úr veikindafjarveru og haft jákvæð áhrif á efnahag samfélagsins.
- Niðurstöðurnar sýna að sveitarfélög með góða innleiðingu ná að meðaltali að stytta veikindafjarveru um 2,6 vikur eða 8,9%. Þar sem innleiðing heppnaðist best náðist að stytta veikindafjarveru um 5,4 vikur eða 17,6%.
- Verkefnið er hægt að innleiða á árangursríkan hátt en það krefst mikillar og samstilltrar vinnu þeirra sem að því koma.

Eins og tekið er fram í byrjun byggir ofangreind samantekt á ítarlegri skýrslu um verkefnið.

Um höfundinn

Margrét Gunnarsdóttir er sérfræðingur hjá VIRK. Hún er með B.Sc gráðu í sjúkraþjálfun frá Háskóla Íslands og M.Sc gráðu í sálmeðferð (psychotherapy) frá Derby háskóla í Englandi. Hún hefur unnið við endurhæfingu á ýmsum stofnunum en hóf störf sem ráðgjafi í starfsendurhæfingu á vegum VIRK árið 2009 og hefur starfað sem sérfræðingur hjá VIRK frá því haustið 2011.

Heimildir

Tengill inn á almennar upplýsingar um verkefnið:
<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/nyheder/arkiv/2012/en-tidlig-tvaerfaglig-og-koordineret-indsats-i-jobcentrene-mindersker-sygefravaer-og-oeger-oekonomi>

Tengill inn á ítarlega skýrslu: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/nyheder/arkiv/2012/~media/Boeger-og-rapporter/Den-store-TTA-rapport-051212.pdf>

Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær, Mortensen m.fl., 2008

Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde, Borg m.fl., 2010.



Irene Øyeflaten sjúkráþjálfari

Notkun þjóðskrárupplýsinga til að meta árangur af vinnutengdri starfsendurhæfingu



Aðgangur að upplýsingum úr þjóðskrá hefur reynst gagnlegur við eftirfylgd einstaklinga í Noregi sem hafa verið veikindaskráðir og tekið þátt í vinnutengdri starfsendurhæfingu.

Abstract

Purpose

The aim of this study was to analyse the probability for RTW and the probabilities of transitions between different benefits during a 4-year follow-up, after participating in a work-related rehabilitation program.

Methods

The sample consisted of 584 individuals who had been on various types of sick leave benefits, mean 9.3 months (sd=3.4), before entry to a work-related rehabilitation program. Official national register data over a 4-year follow-up period was analysed. Extended statistical tools for multistate models were used to calculate transition probabilities between the following eight states; working, partial sick leave, full-time sick leave, medical rehabilitation, vocational rehabilitation, and disability pension; (partial, permanent and time-limited).

Results

During the follow-up there was an increased probability for working, a decreased probability for being on sick leave, and an increased probability for being on disability pension. The individuals had an average of 3.7 (range 0-18) transitions between work and the different benefits.

Conclusions

The process of RTW or of receiving disability pension was complex, and may take several years, with multiple transitions between work and different benefits. Access to reliable register data and the use of a multistate RTW model, makes it possible to describe the developmental nature and the different levels of the recovery and disability process.

Inngangur

Hér er fjallað um hugtakið endurkoma til vinnu (ETV) með hliðsjón af dæmum úr nýlegri, norskri doktorsritgerð. Tilgangurinn er að leggja fram heildstætt líkan sem nota megir til að halda skrá yfir veikindafjarvistir og ETV eftir atvinnutengda starfsendurhæfingu með því að nýta upplýsingar úr þjóðskrá.

Bakgrunnur verkefnisins

ETV er algengur mælikvarði á bata eftir veikindafjarvist og endurhæfingu (Hensing o.fl. 1998; Lie o.fl. 2008). Breytilegt er eftir rannsóknum hvernig ETV er mælt og horft til ýmissa mælipátta, eins og hlutfalls einstaklinga í vinnu, fjölda veikindadaga eða hlutfalls veikindafjarvistar í eftirfylgd. Rannsóknir á veikindafjarvistum og ETV byggja oft á vitnisburði þeirra einstaklinga sem í hlut eiga. Hinsvegar eru slíkar upplýsingar ekki áreiðanlegar þegar liðið hefur langur tími frá veikindafjarvist eða ef veikindatímabilið hefur varað lengi (Øyeflaten o.fl. 2009). Vitnisburði um eigin fjarvistir og endurkomu eru einnig þær skorður settar að svarhlutfall getur verið lágt og minnkað í hlutfalli við að eftirfyldartímabil lengist. Fjölmargar hugmyndafræðilegar og aðferðafræðilegar áskoranir koma upp samfara greiningu og birtingu gagna um ETV og ekki ríkir eining meðal rannsækenda um hvernig mæla skuli veikindafjarvist og varanlega endurkomu til vinnu (Hensing o.fl. 1998; Pransky o.fl. 2005; Wasiak o.fl. 2007). ETV er flókið og oft langvinnt ferli, þar sem einstaklingar geta búið við ólíka og breytilega framfærslu, þ.e. fengið mismunandi bætur eða laun og geta á tímabilinu flakkað á milli framfærsluflokka (Lie o.fl. 2008). Auk þess getur hlutastarf verið algeng

niðurstaða eftir veikindafjarvist, en oft er ekki spurt nægilega vel um það eða reiknað með því við greiningu og birtingu niðurstaða. Þar eð framkvæmd og lög um hlutagreiðslur almannatrygginga og framkvæmd þeirra er breytileg milli landa er samanburður erfiður og því gæti reynst nauðsynlegt að bæta eða samræma gögn um veikindafjarvistir, allavega á Norðurlöndum (Kausto o.fl. 2008). Til að öðlast betri skilning á ETV-ferlinu þarf greining á nokkrum langtímarannsóknum og endurteknum atburðum að fara fram (Pransky o.fl. 2005; Alexanderson & Hensing 2004). Til að tryggja að gagnasöfn séu fullnægjandi og til að lýsa því hvernig ETV-ferli þróast er mikilvægt að hafa aðgang að áreiðanlegum gögnum. Hægt er að afla þeirra úr skráum atvinnurekenda (t.d. í Hollandi og á Englandi) eða frá opinberum aðilum (t.d. á Norðurlöndunum). Vinnuálastofnunin í Noregi heldur tæmandi skrá yfir greiðslur til einstaklinga sem fá greitt samkvæmt ólíkum bótaflokkum fyrir veikindafjarvistir og örorku. Við vinnslu doktorsverkefnisins höfðum við aðgang að opinberum þjóðskrárgögnum varðandi eftirfylgd einstaklinga í langtímaveikindaleyfi sem höfðu tekið þátt í heildstæðu, atvinnutengdu endurhæfingarþrógrammi. Gögn voru greind með notkun fjölstöðulíkana (multistate models) til að reikna út líkur á endurkomu til vinnu út frá hinum breytilegu bótaflokkum sem einstaklingar voru í yfir fjögurra ára tímabil.

Aðferð

Til rannsóknar voru 584 einstaklingar (383 konur (66%) og 201 karl (34%), meðalaldur 44 ár (staðalfrávik 9,3), á aldursbilinu 22–66 ára) sem höfðu tekið þátt í fjögurra vikna starfsendurhæfingu í innlögn árið 2001. Allir þátttakendur fengu ólíkar bótagreiðslur (meðaltími 9,3 mánuðir (staðalfrávik 3,4 mánuðir), tímabil 0–61 mánuður) áður en þeir komu á endurhæfingarstöðina og höfðu geðræna (47%) eða stoðkerfistengda (46%) sjúkdómsgreiningu. 7% höfðu aðrar greiningar. 25% höfðu verið á bótum lengur en 12 mánuði. Flestir þátttakendur (71%) voru í fullu veikindaleyfi þegar rannsóknin hófst.

Þverfagleg starfsendurhæfing

Einstaklingar tóku þátt í fjögurra vikna þverfaglegu þrógrammi í starfsendurhæfingu. Það samanstóð af íhlutum fyrir bæði einstaklinga og hópa sem innihélt líkamsrækt, fræðslu og hugræna atferlismeðferð. Tilgangur þrógrammsins var að auka virkni og getu einstaklinganna, bæði andlega og líkamlega, auka starfsgetu þeirra og auka líkur á að einstaklingar í langtímaveikindaleyfi færu aftur út á vinnumarkað. Áður en endurhæfingunni lauk var þróuð ítarleg ETV-áætlun í samvinnu einstaklinganna og þverfaglega teymisins. Í áætluninni var gert ráð fyrir hugsanlegri þátttöku margra hagsmunaaðila utan endurhæfingarstöðvarinnar, svo sem ýmiskonar heilbrigðisstarfsmanna, starfsfólks vinnustaðarins og vinnuálastofnunarinnar á staðnum.

Mælingar

Lýðfræðilegar upplýsingar, svo sem um kyn, aldur og sjúkdómsgreiningu auk upplýsinga um lengd veikindafjarveru og mismunandi bótagreiðslur á tilteknum tímabilum áður en einstaklingurinn tók þátt í endurhæfingunni, voru fengnar úr sjúkraskrá viðkomandi. Þessar upplýsingar voru sameinaðar gögnum frá norsku vinnuálastofnuninni (NAV, Nye arbeids- og velferdsetaten). Greiðslur til einstaklinga úr mismunandi bótaflokkum byggja á þessari skrá og eru upplýsingarnar því taldar tæmandi. Skrárnar innihéldu gögn um allar bætur sérhvers einstaklings, ásamt dagsetningum upphafs og loka bótagreiðslna. Þar eð í skráninguna vantar gögn um hvort einstaklingur er raunverulega í vinnu eða ekki, var „vinna“ skilgreind sem sá tími sem viðkomandi fékk engar bætur.

Norska sjúkrabótakerfið

Í Noregi á fólk á vinnuálastofnum, þ.e. 16–67 ára, rétt á sjúkrabótum frá NAV, hafi það verið í launuðu starfi síðustu fjórar vikurnar fyrir veikindi. Sjúkrabæturnar taka til 100% tekjutaps frá fyrsta degi skráðra veikinda í allt að eitt ár. Atvinnurekandinn greiðir fyrstu 16 dagana en svo tekur NAV við. Ekki var reiknað með veikindabótagreiðslum frá atvinnurekanda í þessum greiningum.

Sé veikindaskráður starfsmaður ekki kominn aftur í vinnu að einu ári liðnu getur hann fengið endurhæfingarlífeyri sem nemur um það bil 66% af launum. Starfsendurhæfingarlífeyri geta þeir fengið sem gætu haft gagn af starfsendurhæfingu til að komast aftur út á vinnuálastofnum, svo sem vinnuþjálfun eða endurmenntun á nýjum vettvangi. Til að endurhæfingarbætur séu veittar þurfa að vera til staðar nokkrar líkur á bata eftir læknameðferð. Ekki er hægt að segja starfsmanni upp vegna veikindafjarvistar og eru lög þar að lútandi sérstaklega ströng á fyrstu tólf mánuðum veikindatímabils. Í norska velferðarkerfinu er hægt að sinna hlutastarfi og fá á sama tíma sjúkrabætur. Algengast er að bótaþegar í hlutastörfum séu að hluta í veikindaleyfi og að hluta á sjúkrabótum. Veikindaleyfi að hluta getur falið í sér 20–90% bætur, en hvað varðar hlutfallslegan endurhæfingarlífeyri og sjúkrabætur eru 50% lágmarkið. Lögum um sjúkrabætur hefur verið breytt lítillega í Noregi eftir það tímabil sem miðað var við í þessari rannsókn (2001–2005), en þær breytingar snúa fyrst og fremst að framkvæmd, mælingum og stjórnun og helst bótaréttur einstaklinga því óbreyttur að mestu.

Tölfræðileg úrvinnsla

Opinberu gögnin innihéldu aðskildar gagnaskrár vegna veikindafjarvistar, læknisfræðilegrar endurhæfingar, starfsendurhæfingar, tímabundinna örorkugreiðslna og varanlegra örorkugreiðslna. Þessar skrár voru sameinaðar í eina, heildræna skrá. Ítarleg, tölfræðileg greining fyrir líkan af mismunandi bótagreiðslum var notuð til að reikna út líkindi á umskiptum milli mismunandi aðstæðna, þ.e. milli mismunandi bótaflokka og/eða starfshlutfalls. Líkindareikningurinn var byggður á misleitum Markov-keðjum, sem reiknaðar voru út frá stikalausum stigum umskipta samkvæmt Aalen og Johansen (1978). Skilyrtar líkur umskipta sýna líkurnar á því að lenda í einhverjum af átta mismunandi flokkum aðstæðna við eftirfylgni, háð því hvaða flokki einstaklingurinn var í við upphaf. Óskilyrtu líkurnar sýna líkur á að lenda í einhverjum flokkanna við eftirfylgd, án tillits til þess hvar einstaklingurinn var í upphafi, en þó með tilliti til allra mögulegra leiða og breytinga

sem geta átt sér stað meðan á eftirfylgd stendur. Gögnin voru greind með því að nota sérlegaðar leiðir í tölfræðipakkanum „R“ (Aalen and Johansen 1978; <http://www.r-proj.org/>).

Niðurstöður

Einungis 10% þátttakenda fóru beint aftur í fulla vinnu eftir að hafa lokið endurhæfingunni, þ.e. fengu engar bætur samkvæmt opinberri skráningu. Hlutfall þátttakenda sem fór aftur í vinnu jókst fljótt í 40% árið eftir (sjá töflu 1). Eftir fjögurra ára eftirfylgd var það hlutfall komið upp í 51%. Alls voru um 71% þátttakenda á sjúkrahótum strax eftir útskrift frá endurhæfingarstöðinni og 20% þeirra í veikindafjarvist að hluta. Mikil fækkun varð í hópi þátttakenda í

fullu veikindaleyfi; frá 52% við útskrift í 4% eftir eins árs eftirfylgd. Eftir tveggja ára eftirfylgd hafði hlutfall einstaklinga í veikindaleyfi aukist í 8%. Eftir fjögurra ára eftirfylgd voru 3% þátttakenda í fullu veikindaleyfi (sjá töflu 1, einnig fyrir hlutföll annarra bótaflokka fyrir hvert ár).

Á fjögurra ára tímabili eftirfylgdar höfðu líkurnar á vinnu aukist og líkurnar á veikindafjarvist minnkað (sjá mynd 1 og töflu 1). Einnig höfðu líkur aukist á því að vera á örorkubótum, ýmist að hluta eða að fullu, tímabundið eða varanlega.

Á fjögurra ára tímabili eftirfylgdar urðu alls 2165 umskipti milli vinnu og ólíkra bótaflokka (tafla 2). Meðalfjöldi umskipta einstaklings milli bóta og vinnu var 3,7 en

miðtala umskipta var 3,0. Lágmarksfjöldi umskipta hjá einstaklingi var 0 og hámarksfjöldi 18.

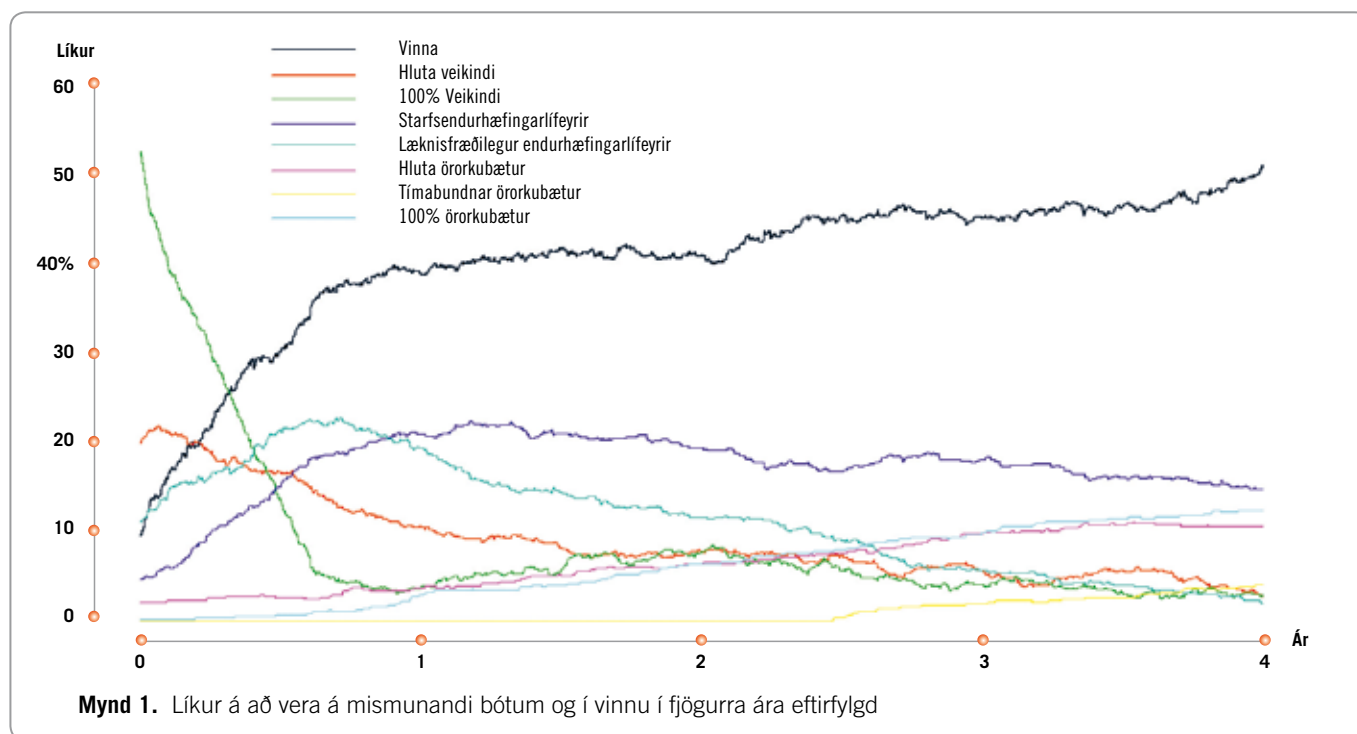
Fyrir einstaklinga í fullu veikindaleyfi fólust 61% umskiptatílfella í endurkomu til vinnu og í 31% tílfella færðust einstaklingar yfir í bótaflokka vegna ýmist læknisfræðilegrar endurhæfingar eða starfsendurhæfingar (sjá tölur í töflu 2). Úr veikindafjarvistum að hluta urðu 86% af umskiptunum yfir í endurkomu til vinnu. Algengasta leiðin að varanlegri örorku var í gegnum endurhæfingarlífeyri; í 54% umskiptatílfella, en yfir í örorku að hluta var algengasta leiðin gegnum vinnu, eða í 45% umskiptatílfella, og úr veikindafjarvistum að hluta, í 35% umskiptatílfella.

Tafla 1

Árlegt hlutfall (%) og fjöldi (n) einstaklinga og ólíkra bóta eftir útskrift frá endurhæfingarstöðinni. Gögn eru úr þjóðskrá (n=584)

	Vinnandi #	Hluta veikindi*	100% veikindi	Læknisfr. endurhæfing	Starfsendurhæfing	Hluta örorka**	Tímabundin örorka***	100% örorka	Samtals
	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
Útskrift	10.1 (59)	19.5 (114)	51.5 (301)	11.0 (64)	5.3 (31)	2.1 (12)	0 (0)	0.5 (3)	584
Eftir 1 ár	39.7 (232)	10.6 (64)	3.5 (22)	19.2 (115)	21.1 (107)	3.7 (21)	0 (0)	3.2 (18)	579
Eftir 2 ár	40.6 (241)	7.8 (45)	7.6 (46)	11.5 (68)	19.5 (101)	6.4 (37)	0 (0)	6.6 (38)	576
Eftir 3 ár	45.1 (263)	5.7 (34)	4.1 (23)	5.7 (34)	18.1 (96)	9.7 (56)	1.9 (10)	9.7 (56)	572
Eftir 4 ár	50.7 (291)	2.7 (17)	2.8 (17)	1.9 (12)	14.8 (80)	10.8 (62)	3.8 (22)	12.5 (72)	573

Fjöldi skráðra bóta *Hluta örorka og hluta læknisfræðilegrar endurhæfingarlífeyrir, ** Hluta tímabundnar örorkubætur og hluta varanlegrar örorka. *** Tímabundin örorka var fyrst greidd í Noregi í janúar 2004.



Algengustu umskipti voru í og úr vinnu (950 í vinnu og 668 úr). Næstalgengustu voru umskipti í og úr fullu veikindaleyfi. Langalgengustu umskiptin yfir í vinnu meðan á eftirfylgd stóð voru úr því að vera í fullu veikindaleyfi. Algengustu umskipti yfir í að þiggja endurhæfingarlífeyri voru líka úr fullu veikindaleyfi (141 tilfelli) meðan algengustu umskipti yfir í að þiggja starfsendurhæfingarlífeyri voru úr læknisfræðilegri endurhæfingu (98 tilfelli). Alls urðu 325 umskipti yfir í að þiggja hlutalífeyri, þar af 240 sem fólust í því að einstaklingar fóru að hluta á sjúkrabætur eða í læknisfræðilega endurhæfingu og 85 á örorku að hluta, ýmist tímabundna eða varanlega. Í eftirfylgd urðu alls 81 umskipti yfir í varanlega örorku og 63 umskipti úr vinnu yfir í örorku, ýmist að hluta eða að fullu, tímabundið eða varanlega. Að auki voru göt í skráningu vegna örorkubóta skráð; þrjú umskiptatilfelli frá örorkubótum að hluta og fjögur frá varanlegum örorkubótum, sem bentu til endurkomu til vinnu (sjá töflu 2).

Umræða

Notkun fjölstöðulíkana við greiningu á opinberum gögnum um ólíkar tegundir bóta vegna veikindafjarveru gerði okkur kleift að lýsa ETV-ferlinu í smáatriðum. Á fjögurra ára tímabili eftirfylgdar eftir endurhæfingu var meðalfjöldi umskipta á milli ýmiskonar bóta og vinnu 3,7 skipti. Hámarksfjöldi umskipta hjá einum

einstaklingi var 18 skipti. Þetta sýnir að ETV fyrir fólk á langtímasjúkrabótum, með ósértækan stoðkerfis- eða geðrænan vanda, getur verið langt og flókið ferli. Auk fjölda breytinga milli ólíkra bótaflokka hækkaði hlutfall þeirra sem fóru aftur í fulla vinnu, þ.e. fengu engar bætur, úr 10% við útskrift frá endurhæfingarstöðinni í meira en 50% meðan á eftirfylgd stóð. Þróunin virðist vera í þá átt að þeir sem voru í veikindaleyfi að hluta við útskrift frá endurhæfingarstöðinni voru líklegri til að vera í fullu starfi einu ári síðar en til að vera í fullu veikindaleyfi.

Að auki urðum við vör við hlutfallslega aukningu á bæði endurhæfingar- og starfsendurhæfingarlífeyri á móti minnkandi hlutfalli sjúkrabóta fyrstu mánuðina eftir endurhæfinguna. Þetta er mögulega afleiðing tryggingalöggjafarinnar um tímaramma veikindaleyfis sem er að hámarki eitt ár samfleytt. Þar sem þátttakendur höfðu að meðaltali þegar verið frá vinnu í níu mánuði áður en þeir komu til dvalar á endurhæfingarstöðinni, voru sumir þeirra þegar komnir að mörkum tímarammans við brottför þaðan. Þessi lög, svo og lækun tryggingabóta niður í 66% af launum eftir eitt ár, geta verið öflugur hvati til endurkomu til vinnu.

Niðurstöður okkar eru í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna, sem sýna að endurkoma til vinnu getur verið langt

og kostnaðarsamt ferli (Young o.fl. 2005; Wasiak o.fl. 2007). Þær benda líka til þess að þörf sé fyrir greiningu á fjölmörgum langvarandi og endurteknum atvikum til að auka skilning okkar á ETV-ferlinu (Pransky o.fl. 2005; Kausto o.fl. 2008; Pedersen o.fl. 2012). Endurkomu til vinnu er ekki hægt að mæla í eitt skipti fyrir öll (Wasiak o.fl. 2007; Pedersen o.fl. 2012). Fjölstöðulíkon eins og þau sem notuð voru í rannsókn okkar geta verið gagnleg til að greina langtímagögn um endurkomu til vinnu. Hinsvegar ríkir ekki samkomulag um hversu langa eftirfylgni þurfi til að ná að mæla áhrif veikindafjarvasta og vinnutengdrar íhlutunar á vinnu og bætur sem nákvæmast (Stoltenberg o.fl. 2010; Steenstra o.fl. 2012). Gögn okkar benda til að nokkurn fjölda ára þurfi til að öðlast yfirsýn yfir ETV-tengd afdrif einstaklinga. Ólík rannsóknasnið, þýði og eftirfylgnitímabil í ETV-rannsóknum gera samanburð á rannsóknum erfiðan (Hensing o.fl. 1998; Stoltenberg o.fl. 2010; Steenstra o.fl. 2012).

Ennfremur benda gögn okkar til mikilvægis þess að hafa aðgang að upplýsingum um hlutasjúkrabætur og hlutastörf við mat á endurkomu til vinnu eftir endurhæfingu (Elfving o.fl. 2009). Þetta er í samræmi við tillögur að rannsóknum á veikindafjarveru (Hensing o.fl. 1998; Kausto o.fl. 2008; Young o.fl. 2005). Fyrir einstaklinga í langtíma veikindaleyfi með takmarkaða virkni getur hlutastarf

Tafla 2

Fjöldi einstaklinga sem fara á milli bótaflokka og vinnu*á fjögurra ára tímabili eftirfylgdar, n= 584

	Í Vin	Í HlVeik	Í Veik	Í EHL	Í SEHL	Í HITÖr	Í TÖr	Í Ör	Samt.
Úr Vin	0	188	309	42	66	38	3	22	668
Úr HlVeik	308	0	2	2	13	30	1	3	359
Úr Veik	391	43	0	141	60	3	0	4	642
Úr EHL	127	0	1	0	98	7	17	34	282
Úr SEHL	117	4	2	31	0	5	5	10	174
Úr HITÖr	3	5	11	1	4	0	0	6	30
Úr TÖr	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Úr Ör	4	0	0	0	1	2	1	0	8
Samtals	950	240	325	217	240	85	27	81	Samt. breytingar:
									2165

Vin=Vinna (engar skráðar bætur), HlVeik=hluta sjúkrabætur og hluta læknisfræðilegur endurhæfingarlífeyrir, Veik= 100% sjúkrabætur, EHL=Endurhæfingarlífeyrir, SEHL= Starfsendurhæfingarlífeyrir, HITÖr=Hluta tímabundnar örorkubætur og hluta varanleg örorkubætur, TÖr=Tímabundnar örorkubætur (byrjað í Noregi í Janúar 2004) ÖR= 100 % örorkubætur.

að endurhæfingu lokinni verið raunhæft markmið, einkum ef hinn kosturinn er fullar örorkubætur. Þar sem starfsgeta er ekki annað hvort engin eða algjör, heldur breytileg eftir kringumstæðum, gæti hlutastarf verið leiðin að fullri vinnu með tímanum (Schur 2003). Því getur verið mikilvægt að hafa starfsmöguleika sveigjanlega og gefa þannig fólki sem er tímabundið með skerta starfsgetu færi á að sinna hlutastörfum (Schur 2003).

Þrátt fyrir að þetta hafi ekki verið íhlutunarrannsókn, gætu niðurstöðurnar átt við í túlkun á bjartsýnisáhrifum tengdum endurkomu til vinnu í rannsókn okkar. Í endurhæfingarprógramminu var lögð áhersla á þátttöku einstaklingsins og sambandið við vinnustaðinn, og lokahnykkur íhlutunarinnar fólst í gerð samkomulags um áætlun um endurkomu til vinnu. Þátttaka vinnustaðarins hvað varðar samhæfingu og samstarf milli einstaklingsins, atvinnurekandans og ólíkra hagsmunaaðila í ETV-ferlinu er talin vera nauðsynleg ef árangur á að nást í að

stuðla að því að einstaklingar í veikindaleyfi fari á vinnumarkað aftur (Pransky o.fl. 2005; Jensen o.fl. 2006; Mortelmans o.fl. 2006; o.fl. 2006; MacEachen o.fl. 2006). Möguleiki á heppilegri endurhæfingu, sé hún boðin réttum einstaklingum, gæti snúið við neikvæðri þróun í þátttöku á vinnumarkaði.

Niðurlag

Ferlið sem leiddi til endurkomu til vinnu eða örorkubóta reyndist flókið og tók mörg ár, með ýmiskonar umskiptum milli vinnu og mismunandi bótaflokka. Fjölstöðulíkanið fyrir ETV, sem greinir opinber gögn um eftirfylgd einstaklinga í langtímaveikindaleyfi, gefur gagnlegar upplýsingar um langtímaáhrif, flókið bataferli og örorkuferli eftir þátttöku í endurhæfingu. Fleiri rannsókna er þörf til að kanna einkenni einstaklinga og þá umhverfisþætti sem hafa áhrif á ólíkar breytingar og leiðir úr eða aftur í vinnu.

Um höfundinn

Þetta er samantekt á grein sem var birt í BMC Public Health árið 2012 undir titlinum „Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. A 4-year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program“ (Øyeflaten I, Lie SA, Ihlebæk CM og Eriksen HR). Irene Øyeflaten starfar að rannsókn-um við Þjóðarmiðstöð starfsendurhæfingar (Nasjonalt kompetansenter for arbeidsretta rehabilitering) í Rauland í Noregi. Hún er sjúkraþjálfari að mennt og hefur starfað við atvinnutengda endurhæfingu síðan 1990. Meginviðfangsefni miðstöðvarinnar eru rannsóknir, skrásetning, fræðsla og uppbygging tengslanets. Hún var stofnuð árið 2005 og er hluti starfsendurhæfingarmiðstöðvar sem komið var á fót 1986.



Heimildir

Aalen, O.O, Johansen, S. (1978). An empirical transition matrix for nonhomogeneous Markov chains based on censored observations, *Scand. J. Statistics*, 5, 141–150.

Alexanderson, K. & Hensing, G. (2004). More and better research needed on sickness absence. *Scand. J. Public Health*, 32, 321–323.

Gard, G. & Larsson, A. (2006). How can cooperation between rehabilitation professionals in rehabilitation planning be improved? A qualitative study from the employer's perspective. *Work*, 26, 191–196.

Hensing, G., Alexanderson, K., Allebeck, P., & Bjurulf, P. (1998). How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scand. J. Soc. Med.*, 26, 133–144.

Jensen, I., Bergstrom, G., Bodin, L., Ljungquist, T., & Nygren, A. (2006). [Effects of rehabilitation after seven years. Evaluation of two rehabilitation programs in Sweden]. *Lakartidningen*, 103, 1829–4, 1837.

Kausto, J., Miranda, H., Martimo, K. P., & Viikari-Juntura, E. (2008). Partial sick leave--review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries. *Scand. J. Work Environ. Health*, 34, 239–249.

Lie, S. A., Eriksen, H. R., Ursin, H., & Hagen, E. M. (2008). A multi-state model for sick-leave data applied to a randomized control trial study of low back pain. *Scand. J. Public Health*, 36, 279–283.

MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R. L., & Irvin, E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand. J. Work Environ. Health*, 32, 257–269.

Mortelmans, K., Donceel, P., & Lahaye, D. (2006). Disability management through positive intervention in stakeholders' information asymmetry. A pilot study. *Occup. Med.(Lond)*, 56, 129–136.

Pransky, G., Gatchel, R., Linton, S. J., & Loisel, P. (2005). Improving return to work research. *J. Occup. Rehabil.*, 15, 453–457.

The R Project for Statistical Computing <http://www.r-project.org/>

Schur, L.A. (2003). Barriers or opportunities? The causes of contingent and part-time work among people with disabilities. *Industrial Relations*, 42, 589–622.

Wasiak, R., Young, A. E., Roessler, R. T., McPherson, K. M., van Poppel, M. N., & Anema, J. R. (2007). Measuring Return to Work. *J.Occup.Rehabil.*, 17, 766–781. Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C.M.,

Brage, S., & Eriksen H. R. (2009). Comparison of self-reported and register data on sickness absence among Norwegian patients participating in an occupational rehabilitation program. *Norsk Epidemiologi*, 19, 103–114.

Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M., & Eriksen, H. R. (2012). Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. A 4-year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program. *BMC. Public Health*, 12, 748.

Ósértæk hugræn atferlismeðferð við þunglyndi og kvíða

lýsing, árangur, kostir og gallar

Magnús Blöndahl Sighvatsson ^{1, 2}
Engilbert Sigurðsson ^{1, 2}
Hafrún Kristjánsdóttir ^{1, 2, 3}
Jón Friðrik Sigurðsson ^{1, 2, 3}



¹: Læknadeild Háskóla Íslands
²: Landspítali Háskólasjúkrahús
³: Háskólinn í Reykjavík

Útdráttur

Hugræn atferlismeðferð (HAM) er gagnreynd sálfræðimeðferð við ýmsum geðröskunum. Í þessari grein verður meðferðinni lýst, farið yfir bakgrunn hennar og kjarna kenningarinnar sem meðferðin byggir á lýst. Einnig er farið yfir helstu árangursniðurstöður HAM í meðferð kvíða og þunglyndis. Fjallað er um ósértæka HAM (ÓHAM), nýja meðferð sem nýtir það sem er sameiginlegt með mismunandi útgáfum af HAM og hefur verið í stöðugri þróun undanfarin ár. Fjallað er um tildrög þess að þessi meðferð var þróuð og hvers vegna hún er mikilvæg viðbót við núverandi meðferðir. Fjallað er stuttlega um kosti og galla einstaklingsmeðferðar samanborið við hópmeðferð og að lokum lítillaga komið inn á hvernig ÓHAM getur nýst VIRK –Starfsendurhæfingarsjóði.

Abstract

Cognitive Behaviour Therapy (CBT) is an evidence-based treatment for various psychiatric problems. In this article we will describe this treatment, its theory and results from efficacy studies. We

will also describe a new treatment which is called Transdiagnostic CBT (TCBT). This treatment uses those interventions that are similar in different CBT-manuals and therefore treats different psychiatric disorders from the same underlying treatment principles. We will describe its development and why it is an important supplement to the current treatments. We will briefly discuss pros and cons of individual vs. group treatment and finally we will argue how TCBT can be beneficial for The Vocational Rehabilitation Fund VIRK.

Hvað er hugræn atferlismeðferð?

Hugræn atferlismeðferð eða HAM (*Cognitive Behavioural Therapy*) er gagnreynd sálfræðimeðferð sem hefur verið rannsökuð í meira en 325 árangursrannsóknum. Meðferðin hefur á tiltölulega skömmum tíma náð mikilli útbreiðslu, ekki síst vegna þess hve vel rannsóknir hafa stutt þessa nálgun og fagfólki gengið vel að skilja út á hvað

hún gengur (Butler, Chapman, Forman og Beck, 2006; Prochaska og Norcross, 2009). Meðferðin byggir á hugrænni kenningu um tilfinningaraskanir (Beck, 1976; 2005; Clark, Beck og Alford, 1999), sem segir að túlkun fólks á umhverfi sínu og/eða áreiti (t.d. líkamlegu áreiti) og hvernig það bregðist við áreiti í daglegu lífi ráði miklu um líðan þess. Kenningin segir jafnframt að þeir sem glími við tilfinningaraskanir hafi þráláta tilhneigingu til að túlka atburði og/eða áreiti á óskynsamlegan, óhjálplegan, einhliða eða neikvæðan hátt. Reynsla skiptir hér miklu máli því samkvæmt kenningunni er hún talin móta þankagang og viðbrögð fólks. Kenningin segir jafnframt að með því að kortleggja hugsun og hegðun þeirra sem finna fyrir vanlíðan megi að stórum hluta skýra hvers vegna þeir glíma við geðræn vandamál eða vanlíðan og með því að breyta hugsun og hegðun sé hægt að bæta líðan umtalsvert (sjá t.d. Magnús Blöndahl Sighvatsson, Hafrún Kristjánsdóttir, Engilbert Sigurðsson og Jón Friðrik Sigurðsson, 2011).

Meðferðin byggir á rökhyggju, skipulagi og afmörkun í tíma þar sem flestir meðferðarvísar við algengum geðröskunum, eins og þunglyndi og kvíða, gera ráð fyrir 10 til 20 viðtölum (Beck, 2006). Meðferðin stendur á góðum fræðilegum grunni í dag og byggir á fleiri og vandaðri árangursrannsóknnum en önnur form sálfræðimeðferðar við geðröskunum fullorðinna (Butler o.fl., 2006; Hofmann og Smits, 2008; Prochaska og Norcross, 2009).

Sem dæmi um þann sterka rannsóknargrunn sem HAM byggir á hefur The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), sem er breskur óháður matsaðili á gagnsemi meðferða við ýmsum sjúkdómum, gefið út klínískar leiðbeiningar um meðferð lyndis- og kvíðaraskana (NICE, 2004; 2005a; 2005b; 2009a; 2011) sem og meðferð alvarlegri geðraskana eins og geðklofa (NICE, 2009b). Niðurstöður þeirra byggja m.a. á þeim rannsóknnum sem nefndar voru að framan en samkvæmt leiðbeiningum NICE skal bjóða einstaklingum sem þjást af kvíða og þunglyndi HAM áður en lyfjameðferð er reynd. Aðrar klínískar leiðbeiningar, til dæmis frá samtökum bandarískra sálfræðinga og samtökum geðlækna í Kanada, Ástralíu og Nýja-Sjálandi, ráðleggja það sama (Chambless og Ollendick, 2001; Myhr og Payne, 2006; RANZCPD, 2003; RANZCPP, 2004).

Einstaklingsmeðferð vs. hópmeðferð?

Í árangursrannsóknnum á HAM er oftast nær verið að meta árangur einstaklingsmeðferðar. Í meðferð geðraskana er þó mikilvægt að horfa ekki aðeins til árangurs heldur einnig til hagkvæmnissjónarmiða og skerts aðgengis að meðferð. Með þá þætti í huga getur hópmeðferð reynst góður kostur. Töluvert er síðan farið var að kanna árangur, kostnað og gagnsemi HAM í hópi við hinum ýmsu vandamálum (Bieling, McGabe og Antony, 2006) en niðurstöður samantektarrannsókna, þar sem árangur einstaklingsmiðaðar HAM við þunglyndis- og kvíðaröskunum var borinn saman við árangur af HAM fyrir hópa, benda til að lítil ef nokkur munur sé á árangri (McDermut, Miller og Brown, 2001).

HAM í hópi er til í mismunandi útgáfum en í nær öllum tilfellum er grunnatriðum HAM fylgt, þ.e. með fræðslu um vandann og vinnu með hugsanir og atferli (Bieling o.fl., 2006). Dæmigerð hópmeðferð varir í 10-15 skipti með sex til átta þátttakendum. Allir þátttakendur taka virkan þátt í meðferðartímum, vandi hvers og eins er kortlagður og reynt að vinna með hann í tíma sem og að fara yfir heimaverkefni allra. Einnig er algengt að boðið sé upp á hópfræðslumeðferð (group psychoeducation) með 15-25 þátttakendum þar sem töluvert fleiri taka þátt, lítil áhersla er á sértækan vanda hvers og eins, en þeim mun meiri áhersla á fræðslu (t.d. Hafrún Kristjánsdóttir, 2007). Afar athyglisvert er að rannsóknir gefa til kynna að hópfræðslumeðferð sé jafnvel betri kostur en hópmeðferð þegar tekið er bæði tillit til árangurs og kostnaðar við meðferð (Morrison, 2001).

Hugræn atferlismeðferð: Sértæk eða ósértæk?

Mismunandi árangur eftir röskunum

Þróun HAM hefur einkennst af miklum fjölda árangursrannsókna fyrir hverja og eina röskun, sem má nefna sértæka HAM (SHAM) (Butler o.fl., 2006; Magnús Blöndahl Sighvatsson o.fl., 2011). Í SHAM er lítið svo á að tilfinningaraskanir séu aðgreinanlegar, viðhaldspættir þeirra ólíkir og því þörf á sértækum inngrípum í meðferð á hverri og einni röskun (Clark 2004; Mansell, Harvey, Watkins og Shafran, 2009). Þessi aðferðafræði er þó ekki gallalaus því að samkvæmt rannsóknnum er árangur SHAM mismunandi eftir því hvaða röskun er til meðferðar (Butler o.fl., 2006; Hofmann og Smits, 2008). T.d. er árangur SHAM ekki jafngóður fyrir sértæka fælni og þráhyggju- og árátturöskun eða þunglyndi. Ekki er vitað enn sem komið er hvort þessi mismunandi árangur kemur til vegna eðlis sérhvarrar röskunar, vegna aðferðafræði hvarrar rannsóknar fyrir sig, eða hvort meðferðinni er ekki rétt beitt í þeim tilvikum þar sem hún er ekki árangursrík, því lítið er vitað um virka þætti meðferðarinnar (mechanisms of change), þ.e. hvaða inngríp meðferðar hafa mest áhrif á líðan sjúklinga (Hofmann og Smits, 2008; Kazdin, 2007).

Hvað er líkt og ólíkt með mismunandi meðferðarvísunum?

Þrátt fyrir mikinn fjölda ólíkra SHAM er einnig ljóst að margt er líkt með þeim. Það veigamesta er að nær allar útgáfur SHAM ganga út frá svipuðum orsakaskýringum á tilfinningavandamálum og tilgátum um viðhaldspætti, sem eru: 1) Óskynsamlegar, óhjálplegar, einhliða og neikvæðar hugsanir eru einkennandi fyrir allar tilfinningaraskanir líkt og nefnt var hér að framan (Beck 2005; Harvey, Watkins, Mansell og Shafran, 2004). 2) Flestir ef ekki allir sem þjást af tilfinningavanda reyna að ráða við vanda sinn á eigin spýtur og/eða reyna að breyta líðan sinni með óhjálplegri hegðun (t.d. vanvirkni í þunglyndi eða öryggishegðun í kvíðavænlegum aðstæðum) (Harvey o.fl., 2004; Salkovskis, 1991). 3) Aðalinngríp HAM, óháð röskunum, felst í því að kenna sjúklingi að öðlast fjarlægð frá neikvæðum og óhjálplegum hugsunum sínum, líta á þær sem eina tilgátu af mörgum sem má prófa, athuga gildi þeirra með atferlistilraunum og endurmeta aðstæður og áreiti á skynsamlegri og hjálplegri máta (Beck 1976; 2005; Salkovskis, 1996; Westbrook, Kennerley og Kirk, 2011).

Ósértæk HAM (ÓHAM)

Á undanförunum árum hefur því verið í þróun meðferð sem nýtir það sem sameiginlegt er í ólíkum útgáfum af SHAM. Hún er skilgreind sem HAM sem meðhöndlar ólík tilfinningavandamál út frá svipuðum orsakalíkönum og/eða tilgátum um svipaða viðhaldspætti (Harvey o.fl., 2004; Mansell o.fl., 2009; McEvoy, Nathan og Norton, 2009) og hefur því verið nefnd ósértæk HAM (ÓHAM) (e. Transdiagnostic Cognitive Behavioural Therapy (TCBT)). Rannsóknir á ÓHAM eru lengst á veg komnar í meðferð átraskana, þar sem ólíkar átraskanir eru meðhöndlaðar með sama meðferðarvísi með góðum árangri (Fairburn 2008; Fairburn o.fl., 2009). Rannsóknir á ÓHAM fyrir kvíða og þunglyndi eru þó ekki jafn langt komnar og fyrir átraskanir. Fyrstu niðurstöður slíkra árangursrannsókna eru greinilega jákvæðar og meðaláhrifsstærð (hjá þátttakendum fyrir og eftir meðferð) er afar há eða $d = 1,29$ (Norton og Philipp, 2008). Taka verður fram að þessar niðurstöður eru eingöngu forniðurstöður en

þær benda eindregið til að ÓHAM við kvíða og þunglyndi sé gagnleg og virk meðferð. Til að bæta við þennan gagnagrunn hafa nýverið birst árangursrannsóknir sem beita slembivali í hópa (randomized controlled trials; t.d. Farchione o.fl., 2012; Norton, 2012a; Norton og Barrera, 2012; Norton og Hope, 2005; Schmidt o.fl., 2012). Niðurstöður þessara rannsókna eru jákvæðar, hvort sem ÓHAM er borin saman við biðlista eða aðra gagnreynda meðferð.

Enn sem komið er hefur ekki farið fram rannsókn á mismunandi útgáfum af ÓHAM, jafnframt er mismunandi eftir meðferðarvísunum sem gefnir hafa verið út hvort þeir meðhöndli eingöngu kvíðaraskanir (Norton 2012b) eða bæði kvíða og þunglyndi (Agnes Agnarsdóttir og Pétur Tyrfingsson, 2011; Barlow o.fl., 2011). Enn sem komið er hafa rannsóknir ekki kannað hvort það sé kostur eða galli að meðhöndla þunglyndi í meðferð samhliða kvíðaröskunum. Einnig er það mismunandi hvort meðferðin er veitt í hópi (Agnes Agnarsdóttir og Pétur Tyrfingsson, 2011; Norton, 2012b) eða í einstaklingsviðtölum (Barlow o.fl., 2011).

Uppbygging ÓHAM

Inngrip í ÓHAM eru svipuð í flestöllum tilfellum (sjá samanburð á mismunandi meðferðarvísunum í Norton og Philipp, 2008; Norton, 2009) en þeim má skipta í eftirfarandi þætti: 1) Fræðsla um kvíða og þunglyndi; líkamleg einkenni lyndis- og kvíðaraskanana; óhjálplegar og bjagaðar hugsanir; viðbrögð við vanlíðan (vanvirkni eða öryggishegðun); fræðsla um tengsl hugsunar, líkamlegra einkenna, athygli og hegðunar út frá HAM-vinnugreiningu (case conceptualization) um tilfinningavandamál (t.d. Beck, 1976; Salkovskis, 1996). 2) Kortlagning og endurmat á óhjálplegum og bjöguðum hugsunum með aðstoð hugsanaskráa (dysfunctional thought records) (Westbrook o.fl., 2011). Þessi hluti er sértækur fyrir vandamál hvers og eins, en hvernig kortlagningin og endurmatið fara fram er óháð röskunum. 3) Atferlistilraunir þar sem viðkomandi útsetur sig gagnvart kvíðavænlegu áreiti (umhverfisaðstöðum eða líkamlegu áreiti) eða eykur virkni sína í þunglyndi til þess að athuga gildi hugsana sinna og endurmeta

þær í kjölfar tilraunar (Bennet-Levy, Butler, Fennel, Hackmann, Mueller og Westbrook, 2004). 4) Bakslagsvarnir þar sem kvíða- og lyndisraskanir hafa tilhneigingu til að gera aftur vart við sig undir miklu álagi eða í kjölfar áfalla (yfirlit um inngrip í almennri HAM má sjá í Barlow o.fl., 2011; Butler, Fenell og Hackmann, 2008; Norton, 2012b).

Skert aðgengi að gagnreyndri sálfræðilegri meðferð

Tíðni geðsjúkdóma og samsláttur

12 mánaða algengi geðraskanana í aldurshópnum 18-65 ára eru á bilinu 27-30% (Kessler o.fl., 1994; Tómas Helgason, 1994; Wittchen og Jacobi, 2005) og margir sjúklingar eru greindir með tvær eða fleiri raskanir þegar þeir koma til meðferðar, en lítið er vitað hvernig meðhöndla á einstaklinga með margþættan vanda (Kristjánsdóttir, Salkovskis, Sigurðsson, Sigurðsson, Agnarsdóttir og Sigurðsson, sent til birtingar; McManus, Grey og Shafran, 2008). Sem dæmi um þennan vanda skulu tvær rannsóknir hér nefndar til sögunnar. Sú fyrri er rannsókn Kessler og féлага (1994) á faraldsfræði geðsjúkdóma í Bandaríkjunum. Þeir ályktuðu samkvæmt gögnum sínum að þeir sem greindust með geðröskun hefðu að meðaltali verið með tvær (2,1) greinanlegar geðraskanir þegar rannsóknin fór fram. Seinni rannsóknin er rannsókn Brown, Campell, Lehman, Grisham og Mancill (2001). Í þeirri rannsókn var samsláttur lyndis- og kvíðaraskanana kannaður í úrtaki 1127 sjúklinga. Þar kom í ljós að hlutfall þeirra sem greindust með fleiri en eina lyndis- eða kvíðaröskun þegar matið fór fram var 55% og hlutfall samsláttar á líftíma reyndist 76%. Samsláttur geðraskanana virðist því vera regla frekar en undantekning. Því er greinilega ekki alltaf ljóst í hvaða SHAM ætti að senda sjúkling þar sem fleiri en færri eru með fleiri en einn vanda.

Skert aðgengi

Þrátt fyrir háa tíðni þunglyndis og kvíða, mikinn samslátt og sterkan fræðilegan grunn HAM benda gögn til að afar fáir einstaklingar sem þjást af geðröskunum fái gagnreynda sálfræðilega meðferð eins og HAM (Goisman, Warshaw og Keller, 1999; Kessler, Merikangas, og Wang, 2007;

McHugh and Barlow, 2010; Shafran, o.fl., 2009). Vísbendingar eru um að einungis 21-30% þeirra sem þjást af alvarlegu þunglyndi eða kvíðasjúkdómum fái gagnreynda sálfræði- eða geðlyfjameðferð (Goisman o.fl., 1999; Kessler o.fl., 2007). Engar vísbendingar eru um að ástandið sé neitt öðruvísi á Íslandi en erlendis.

Notkun fagfólks á gagnreyndri meðferð

Líkt og áður kom fram fær meirihluti þeirra sem þjást af geðröskunum ekki meðferð sem byggð er á gagnreyndum gögnum (Shafran o.fl., 2009). Helstu ástæður þess eru: 1) Hluti þeirra meðferða sem teljast gagnreyndar við geðröskunum eru ekki niðurgreiddar. Á Íslandi er í raun ein gagnreynd meðferð niðurgreidd en það er lyfjameðferð. HAM sem veitt er af sálfræðingum er ekki niðurgreidd og því er aðgengi að henni skert, sem dregur úr líkunum á að þeir sem þjást af lyndis- og kvíðaröskunum fái gagnreynda meðferð. 2) Nám fagfólks býður ekki alltaf upp á klíniska kennslu og þjálfun í gagnreyndri samtalsmeðferð eins og HAM og á það bæði við um nám lækna og sálfræðinga (Weissman o.fl., 2006). 3) Meðferðarhandbækur eru margar og flóknar og því erfitt að kunna þær allar (Hollon o.fl., 2002). 4) Erfitt er að safna í hópa í meðferð fyrir hverja kvíðaröskun. Norton og Philipp (2008) notuðu gögn úr rannsókn Kessler og féлага á faraldsfræði geðraskanana í Bandaríkjunum (Kessler o.fl., 1994) til að reikna út hversu mörg greiningarviðtöl þyrfti til að fylla hreinan sex manna meðferðarhóp fyrir ákveðnar kvíðaraskanir. Niðurstöður þeirra eru nokkuð athyglisverðar því samkvæmt þeim þyrfti 199 inntökuviðtöl fyrir hóp af áráttu- og þráhyggjusjúklingum, 53 viðtöl til að fylla hóp fyrir almenna kvíðaröskun, 50 viðtöl til að fylla hóp fyrir áfallastreituröskun, 31 viðtöl til að fylla hóp fyrir felmturröskun með/án víðáttufælni, 25 viðtöl til að fylla hóp fyrir félagsfælni og 21 viðtöl til að fylla hóp fyrir sértæka fælni. Greiningarviðtöl geta verið tímafrek, kostnaðarsöm og erfið í framkvæmd en þau taka almennt 30-90 mínútur eftir alvarleika vanda sjúklings. Þetta getur leitt til að viðkomandi verði ekki greindur, ekki rétt greindur og/eða ekki rétt meðhöndlaður.

Viðbrögð við vandanum?

Af framansögðu er ljóst að það er flókið verkefni en brýnt að auka aðgengi almennings að gagnreyndri meðferð við geðröskunum. Ýmsar leiðir hafa verið nefndar. Ein er sú að fækka sértækum meðferðarvísunum svo einfaldara sé að kenna fagfólki, en slíkt myndi einnig hafa í för með sér mun styttri tíma að safna í hópa sbr. umfjöllunina hér að framan. Þar hlýtur ÓHAM að vera áhugaverður kostur. Með rannsóknunum á ÓHAM fást gögn um hvort hægt sé að nota eina meðferð til að meðhöndla margar raskanir. Slík gögn myndu auðvelda alla kennslu á gagnreyndri meðferð til fagfólks þar sem margir meðferðarvísar verða að einum. Af því leiðir að meiri líkur eru á að einstaklingar með ólíkar kvíða- og/eða lyndisraskanir fái gagnreynda meðferð ef ein dugar (Hollon, o.fl., 2002; Shafran, o.fl., 2009).

Ein tilraun til að auka aðgengi að gagnreyndri meðferð á Íslandi er rannsókn sem höfundar þessarar greinar hafa komið að frá 2005. Í þeirri rannsókn hefur gagnsemi ÓHAM í hópi verið rannsökuð í heilsugæslu (Hafrún Kristjánsdóttir, 2007; Hafrún Kristjánsdóttir, Agnes Agnarsdóttir, Jón Friðrik Sigurðsson og Engilbert Sigurðsson, 2008; Kristjánsdóttir o.fl., sent til birtingar) og hefur Velferðarráðuneyti styrkt meðferðina frá 2005. Hún hefur verið í boði á þremur heilsugæslustöðvum á Höfuðborgarsvæðinu á hverjum tíma sem og á tveimur stöðum á landsbyggðinni (Ísafirði og Egilsstöðum). Þegar þetta er skrifað hafa yfir 900 manns tekið þátt og árangursrannsóknir gefa til kynna jákvæðar niðurstöður (Hafrún Kristjánsdóttir o.fl., 2008; Kristjánsdóttir o.fl., sent til birtingar).

Rannsóknir

Þegar þetta er skrifað hafa birst þrjár greinar um ÓHAM á Íslandi þar sem gagnsemi meðferðarinnar er metin (Agnes Agnarsdóttir og Margrét Halldórsdóttir, 2004; Hafrún Kristjánsdóttir, 2007; Hafrún Kristjánsdóttir o.fl., 2008), ein hefur verið send til birtingar (Kristjánsdóttir o.fl., sent til birtingar) og ein er í undirbúningi.

Forrannsókn á gagnsemi ÓHAM

Gerð var forrannsókn á gagnsemi ÓHAM

á Íslandi 2004 meðal 48 sjúklinga sem leituðu á bráðamóttöku göngudeildar geðsviðs Landspítala (Agnes Agnarsdóttir og Margrét Halldórsdóttir, 2004). Einu skilyrði fyrir þátttöku voru að tilvísendur teldu aðalvanda sjúklinganna vera þunglyndi eða kvíða. Útilokunarviðmið voru virk áfengis- eða fíkniefnaneysla, sturlunarástand (psychosis) eða örlyndisástand (mania). Meðferðin fór fram í tveimur hópum á fimm vikna tímabili. Ekki var skipt handahófskennt í hópa heldur var eingöngu um meðferðarhóp að ræða. Marktækur munur var á líðan sjúklinga og þankagangi þeirra frá byrjun til loka meðferðarinnar. Þrátt fyrir að þetta væru fyrstu niðurstöður ályktuðu höfundar að ÓHAM væri árangursrík og hagkvæm meðferð í bráðapjónustu fyrir geðraskanir.

Fyrsta rannsókn á gagnsemi ÓHAM

Fyrstu gögn um gagnsemi ÓHAM í heilsugæslu á Íslandi birtust árið 2007 (Hafrún Kristjánsdóttir, 2007). Í þeirri rannsókn var árangur ÓHAM kannaður meðal 413 sjúklinga heilsugæslunnar með væg til miðlungs alvarleg einkenni lyndis- og kvíðaraskana. Í rannsókninni var ekki skipt handahófskennt í hópa heldur var eingöngu um meðferðarhóp að ræða, þ.e. árangur sjúklinga var metinn frá upphafi til loka meðferðar. Mat á meðferð fór fram í fyrsta, þriðja og fimmta tíma og lækkuðu þunglyndis- og kvíðaeinkenni marktækt frá fyrsta til fimmta tíma, en þó var meðferðin gagnlegri fyrir einstaklinga með einkenni þunglyndis en kvíða. Höfundur ályktaði að ÓHAM í heilsugæslu væri gagnleg fyrir einstaklinga með væg til miðlungs alvarleg einkenni þunglyndis og kvíða, en að kvíðahlutann þyrfti að bæta.

Önnur rannsókn á gagnsemi ÓHAM í heilsugæslu

Önnur rannsóknin á gagnsemi ÓHAM á Íslandi var gerð árið 2008 (Hafrún Kristjánsdóttir o.fl., 2008). Í þeirri rannsókn var kannað hvort munur væri á árangri ÓHAM í heilsugæslu fyrir sjúklinga, með annarsvegar þunglyndi og hinsvegar kvíðatengt þunglyndi, úr sama gagnasafni og notað var í rannsókn Hafrúnar Kristjánsdóttur (2007). Mikilvægt er að kanna þetta hvað varðar ÓHAM því rannsóknir á lyfjameðferð gefa til kynna að kvíðatengt þunglyndi svari lyfjameðferð

verr en hreint þunglyndi. Af þeim 413 sem þátt tóku greindust 235 með þunglyndi. Af þeim voru 124 eingöngu með þunglyndi en 111 með kvíðatengt þunglyndi. Niðurstöður voru nokkuð skýrar, því ÓHAM gagnaðist báðum hópunum jafn vel.

Næstu rannsóknir á gagnsemi ÓHAM í heilsugæslu?

Tveimur öðrum rannsóknum á gagnsemi ÓHAM í heilsugæslu er nú nær lokið. Fyrri rannsóknin kannaði hvort samsláttur lyndis- og kvíðaraskana hefði áhrif á árangur ÓHAM og hafa niðurstöður hennar nú verið sendar til birtingar í alþjóðlegu, ritryndu tímariti (Kristjánsdóttir o.fl., sent til birtingar). Sú seinni er árangursrannsókn þar sem slembivali var beitt við val í tilrauna- og samanburðarhóp (randomized controlled trial) og er gagnasöfnun nýlengi. Auk þess eru næstu skref hópsins að athuga hverjir eru virkir þættir meðferðar, sem og að athuga hvort og þá hvernig meðferðin alhæfist yfir á alvarlegar geðraskanir eins og geðrof.

Niðurlag

Hér hefur verið gerð grein fyrir hugrænni atferlismeðferð eða HAM, bakgrunnur og kjarni kenningarinnar kynntur og fjallað um helstu árangursniðurstöður. Fjallað var um ÓHAM (ósértæka meðferð), nýja meðferð sem nýtir það sem er sameiginlegt með ýmsum útfærslum SHAM (sértækra meðferða) og sem hefur verið í stöðugri þróun undanfarin ár. Fjallað var um tildrög þess að meðferðin var þróuð og hvers vegna hún er mikilvæg viðbót (t.d. vegna skerts aðgengis). Nær eingöngu var fjallað um gagnsemi SHAM og ÓHAM við lyndis- og kvíðaröskunum. HAM hefur þó ekki aðeins nýst í meðferð slíkra vandamála heldur hefur hún einnig reynst gagnleg til að aðstoða fólk við að aðlagast erfiðum aðstæðum, eins og að meðhöndla þunglyndi samfara ólæknandi sjúkdómi (t.d. Dobkin o.fl., 2011). Sem dæmi um gagnsemi HAM til að auka aðlögun fólks að erfiðum aðstæðum leggja leiðbeiningar NICE til (NICE, 2009c) að HAM sé notað til að auka bjargráð einstaklinga sem lengi hafa verið frá vinnu vegna veikinda eða slysa, til að auka líkur á að þeir komist aftur til vinnu (Westbrook o. fl., 2011). ÓHAM ætti að geta gagnast

í starfsendurhæfingu eins og þeirri hjá VIRK, þar sem fólk er aðstoðað við að auka starfsgetu sína eftir veikindi eða slys. Þá er vitað um slæm áhrif atvinnuleysis á heilsu fólks (t.d. Comino, Harris, Silove, Manicavasagar og Harris, 2000) og því forvitnilegt að sjá hvaða áhrif meðferð eins og ÓHAM hefur á þunglyndi, kvíða og almenna líðan fólks í starfsendurhæfingu. VIRK – Starfsendurhæfingarsjóður var nýverið aðili að umsókn um stóran Evrópustyrk sem mun, ef hann fæst, gefa tækifæri til að kanna nánar áhrif ÓHAM í starfsendurhæfingu á næstu tveimur árum.

Heimildir

- Agnarsdóttir og Margrét Halldórsdóttir (2004). Hópmeðferð við þunglyndi og kvíða: Hugræn atferlismeðferð sniðin að framfínubjónustu á geðheilbrigðissviði. *Sálfræðiritið – Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 9, 17-23.
- Agnes Agnarsdóttir og Pétur Tyrfinngsson (2011). *Mér líður eins og ég hugsa! Hugræn atferlismeðferð við kvíða og þunglyndi*. Reykjavík: Landspítali – Háskólasjúkrahús.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B.,...Ehrenreich-May, J.T. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide (Treatments That Work)*. New York: OUP.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin Books.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy. A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, A.T. (2006). How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nature Medicine*, 12, 1139-1141.
- Bennet-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., og Westbrook, D. (2004). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford: OUP.
- Bieling, P.J., McGabe, R.E., og Antony, M.M. (2006). *Cognitive Behavioral Therapy in Groups*. New York: Guilford.
- Brown, T.A., Campell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R., og Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. og Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butler, G., Fennell, M., og Hackmann, A. (2008). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Mastering Clinical Challenges*. New York: Guilford.
- Chambless, D.L., og Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Clark, D.A., Beck, A.T. og Alford, B. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York: Wiley.
- Clark, D.M. (2004). Developing new treatments: on the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1089-1104.
- Comino, E.J., Harris, E., Silove, D., Manicavasagar, V., og Harris, M.F. (2000). Prevalence, detection and management of anxiety and depressive symptoms in unemployed patients attending general practitioners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 107-113.
- Dobkin, R.D., Menza, M., Allen, L.A., Gara, M.A., Mark, M.H., Tiu, J.,... Friedman, J. (2011). Cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 168, 1066-1074.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M.,...Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl., J.R.,...Barlow, D.H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment for emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43, 666-678.
- Goisman, R.M., Warshaw, M.G., og Keller, M.B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1819-1821.
- Hafrún Kristjánsdóttir (2007). Hugræn atferlismeðferð í heilsugæslu. *Geðvernd*, 36(1), 26-30.
- Hafrún Kristjánsdóttir, Jón Friðrik Sigurðsson, Agnes Agnarsdóttir og Engilbert Sigurðsson (2008). Munur á meðferðarárangri einstaklinga með þunglyndi og kvíðatengt þunglyndi. *Sálfræðiritið – Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 13, 187-199.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., og Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders – A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Oxford: OUP.
- Hofmann, S.G., og Smits, J.A.J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Hollon, S.D., Munoz, R.F., Barlow, D.H., Beardslee, W.R., Bell, C.C., Bernal G.,... Sommers, D. (2002). Psychosocial intervention development for prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. *Biological Psychiatry*, 52, 610-630.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S.,...Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States – Results from the National comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Merikangas, K.R., og Wang, P.S. (2007). Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 137-158.
- Kristjánsdóttir, H., Salkovskis, P.M., Sigurðsson, B.H., Sigurðsson, E., Agnarsdóttir, A., og Sigurðsson, J.F. (Sent til birtingar). *Transdiagnostic cognitive behavioural therapy: An open trial in a cohort of primary care patients and the impact of comorbidity*.
- Magnús Blöndahl Sighvatsson, Hafrún Kristjánsdóttir, Engilbert Sigurðsson, og Jón Friðrik Sigurðsson (2011). Gagnsemi hugrænnar atferlismeðferðar í meðferð algengra geðraskana hjá fullorðnum. *Læknablaðið*, 97, 613-619.

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., og Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 6-19.
- McDermut, W., Miller, I.W., og Brown, R.A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98-116.
- McEvoy, P.M., Nathan, P., og Norton, P.J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 20-33.
- McHugh, R.K., og Barlow, D.H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 73-84.
- McManus, F., Grey, N., og Shafran, R. (2008). Cognitive therapy for anxiety disorders: current status and future challenges. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 695-704.
- Morrison, M. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311-332.
- Myhr, G., og Payne, K. (2006). Cost effectiveness of cognitive-behavioural therapy for mental disorders: Implications for public health care funding policy in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 662 – 670.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2004). *Anxiety: Management of Anxiety (Panic disorder, with or without Agoraphobia, and Generalised Anxiety Disorder) in Adults in Primary, Secondary and Community Care*. Clinical Guideline 22. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2005a). *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary care*. Clinical Guideline 26. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2005b). *Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. Clinical Guideline 31. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009a). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Update)*. Clinical Guideline 90. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009b). *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary care*. Clinical Guideline 82. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009c). *Managing long-term sickness absence and incapacity for work*. Public Health Guideline 19. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder (with or without Agoraphobia) in Adults*. Clinical Guideline 113. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Norton, P.J. (2012a). A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders by comparison to relaxation training. *Behavior Therapy*, 43, 506-517.
- Norton, P.J. (2012b). *Group Cognitive-Behavioral Therapy of Anxiety: A Transdiagnostic Treatment Manual*. New York: Guilford.
- Norton, P.J. (2009). *Integrated Psychological Treatment of Multiple Anxiety Disorders*. Í M.M. Antony og M.B. Stein, (ritstj.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*, (bls. 441-451). New York: OUP.
- Norton, P.J., og Barrera, T.L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29, 874-882.
- Norton, P.J., og Hope, D.A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 79-97.
- Norton, P.J., og Philipp, L.M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: a quantitative review. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice and Training*, 45, 214-226.
- Prochaska, J.M., og Norcross, J.C. (2009). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. (7. útg.). Pacific Grove, California: Brooks/Cole.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia. (2003). *Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 641-656.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression. (2004). *Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 389-407.
- Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Salkovskis, P.M. (1996). *The Cognitive Approach to Anxiety: Threat Beliefs, Safety-Seeking Behaviour, and the Special Case of Health Anxiety and Obsessions*. Í P.M. Salkovskis, (ritstj.), *Frontiers of Cognitive Therapy*, (bls. 48-75). New York: Guilford.
- Shafran, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., Arntz, A., Barlow, D.H., Ehlers, A.,... Wilson, G.T. (2009). *Mind the gap: improving the dissemination of CBT*. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902-909.
- Schmidt, N.B., Buckner, J.D., Pusser, A., Woolaway-Bickel, K., Preston, J.L., og Norr, A. (2012). Randomized controlled trial of False safety behavior elimination therapy: A unified cognitive behavioral treatment for anxiety psychopathology. *Behavior Therapy*, 43, 518-532.
- Tómas Helgason (1994). *Faraldsfræðilegar rannsóknir í geðlæknisfræði á Íslandi*. *Læknablaðið*, 80, 155-164.
- Westbrook, D., Kennerley, H., og Kirk, J. (2011). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications* (2. útg.). London, Sage.
- Weissmann, M.M., Verdelli, H., Gameroff, M.J., Bledsoe, S.E., Betts, K., Mufson., L.,... Wickramaratne, P. (2006). National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Archives of General Psychiatry*, 63, 925-934.
- Wittchen, H., og Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropharmacology*, 15, 357-376.

Hugræn atferlismeðferð við þrálátum verkjum



Á verkjasviði Reykjalundar fer fram þverfagleg teymisvinna fyrir einstaklinga með þráláta verki og hefur þessi nálgun verið notuð frá því um miðjan tíunda áratug síðustu aldar. Strax var lögð áhersla á hugræna nálgun í meðferðinni út frá aðferðafræði sem hefur verið kennd við W.E. Fordyce frá Seattle. Þessi meðferð þróaðist á sjöunda, áttunda og níunda áratugnum í það meðferðarform sem víða er stundað í dag (Morley o.fl., 1999; McCracken og Turk, 2002). Auk hugrænnar atferlismeðferðar (HAM) hefur sérstaða verkjasviðsins einkennst af viðhorfi til sterkra verkjalyfja. Sjúklingum sem eru að taka slík lyf (óþíoið) er hjálpað að losa sig við þau, enda er langtímanotkun þeirra ekki gagnleg við þrálátum stoðkerfisverkjum, að ekki sé minnst á aukaverkanir sem sumar geta verið alvarlegar (Ballantyne og Shin, 2008; Nelson og Perrone, 2012; Darnall o.fl., 2012). Þá er einnig lögð áhersla á lífsstílsbreytingar, sjúklingar virkjaðir til sjálfsmeðferðar, meðal annars aukinnar hreyfingar, auk þess sem áhersla er lögð á aukna félagslega virkni. Árangur meðferðar var skoðaður árin 1997–1999 og komu í ljós marktæk jákvæð áhrif á verki, kvíða og þunglyndi, auk þess sem vinnufærni jókst verulega (Ólason, 2004).

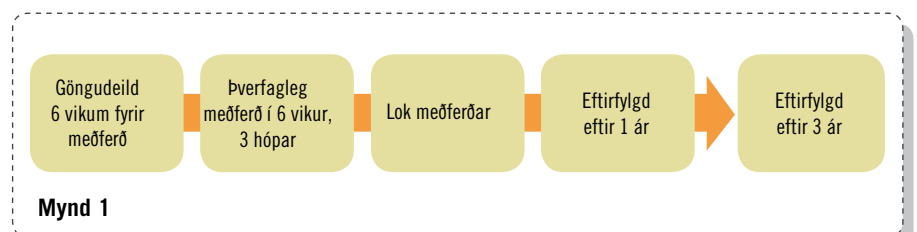
Í lok ársins 2003 hófst rannsókn á verkjasviði Reykjalundar þar sem sérstaklega var skoðaður árangur af hugrænni atferlismeðferð. Var HAM borin saman við hefðbundna, þverfaglega nálgun með hugrænu „ívaði“.

Áður en farið var af stað með rannsóknina höfðu starfsmenn verkjateymis fengið leyfi til að þýða og nota mælitækin SF-36, útgáfu 2.0 (Whare, 1993), spurningalista um ótta og hliðrun (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, FABQ, Waddell o.fl., 1993) auk þess sem þýddur var mælikvarði um hörmungarhyggju (Pain Catastrophizing Scale, PCS, Sullivan o.fl., 1995). Verkir voru metnir á tölukvarða 0 til 10 (Numeric Rating Scale, NRS). Til viðbótar þessum mælitækjum var spurningalisti um félagsleg atriði og verki lagður fyrir þáttakendur, auk spurningalista Becks um kvíða og þunglyndi (BAI og BDI II).

Þá lögðu iðjuþjálfar og sjúkrapjálfarar fyrir nokkur mælitæki (m.a. COPM og 6 mínútna göngupróf).

Aðferð

Um svokallað kerfisbundið slembiúrtak var að ræða (Systematic Random Sampling) þar sem fimmta hver beiðni um meðferð á verkjasviði var valin til þátttöku. Meðal þátttökuskilmerkja var að sjúklingar væru á aldrinum 18–65 ára, hefðu ekki aðra alvarlega sjúkdóma og töluðu íslensku. Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd og Persónuvernd og á árinu 2005 fékk hún verkefnastyrk frá RANNÍS. Þeir einstaklingar sem völdust inn í rannsóknina komu fyrst í viðtal og skoðun á göngudeild 6 vikum áður en meðferð hófst. Voru þá öll fyrrgreind mælitæki lögð fyrir og gerð klínísk skoðun af meðferðaraðilum teymisins.



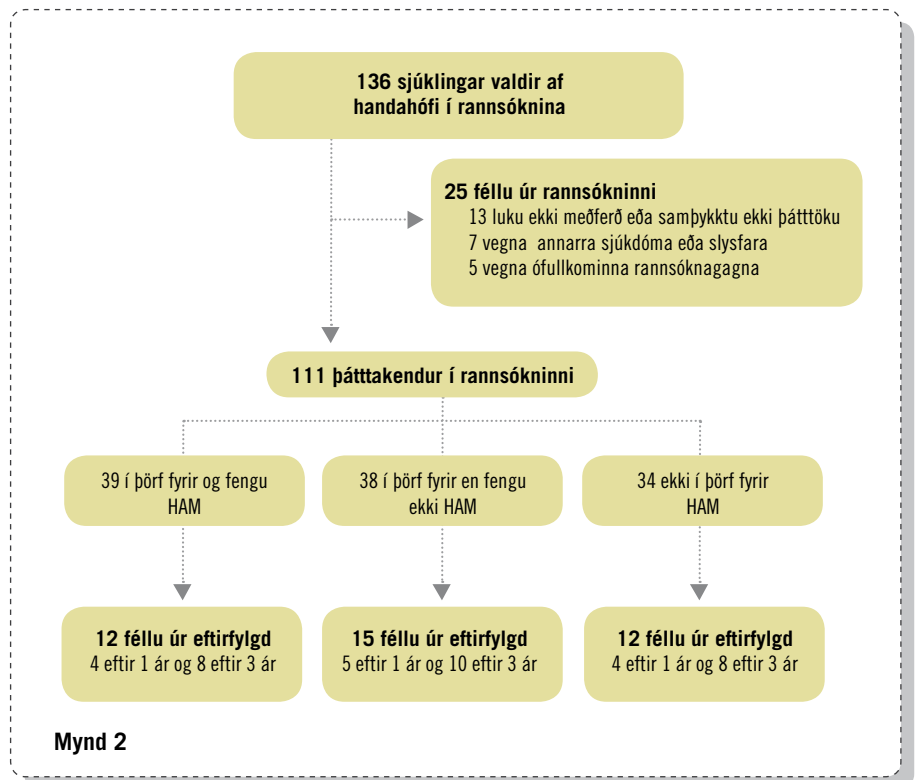
Mynd 1

Meðferðin stóð í sex vikur og við upphaf og lok hennar voru sömu mælitæki lögð fyrir aftur. Lagt var mat á þörf sjúklings fyrir hugræna atferlismeðferð út frá fyrrgreindum mælitækjum (BAI, BDI II, FABQ og PCS). Þátttakendur komu síðan til eftirfylgdarskoðunar einu og þremur árum eftir að meðferð lauk og voru þá sömu mælitæki og áður lögð fyrir, sjá mynd 1.

Ríflega 2/3 sjúklingsanna reyndust uppfylla skilyrði fyrir HAM, en megin skilyrðið var að skora 15 eða hærra á þunglyndis- eða/og kvíðakvarða Becks. Fékk helmingur (annar hver) þeirra hugræna atferlismeðferð. Þannig urðu til 3 jafnstórir meðferðarhópar; tveir HAM-hópar og svo hópur þeirra sem ekki uppfylltu skilyrði fyrir HAM. Allir sjúklingsarnir fengu hefðbundna þverfaglega verkjameðferð, en auk þess fékk HAM-meðferðarhópurinn einstaklingsbundna HAM. Alls völdust 136 einstaklingar inn í rannsóknina og kom sá fyrsti til meðferðar í janúar 2004 og síðasti í júní 2008. Rannsókninni lauk síðsumars 2011. Af mismunandi ástæðum féllu 25 einstaklingar út úr rannsókninni (m.a. hófu 8 ekki eða luku ekki meðferð og 5 féllu út vegna annarra sjúkdóma eða slysfara). Þannig urðu 111 virkir þátttakendur í rannsókninni og uppfylltu 77 þeirra skilyrði til HAM en 34 ekki. Í eftirfylgdarskoðun eftir eitt ár komu 98 sjúklingsar og 72 eftir þrjú ár, sbr. mynd 2.

Meðalaldur sjúklingsanna var 38,2 ár og 65% þeirra voru konur. Um 36% sjúklingsa voru vinnufær við upphaf meðferðar. Tæp 30% þeirra fengu lífeyri frá Tryggingastofnun ríkisins, TR (15% örorkulífeyri og 14% endurhæfingarlífeyri) og 31% átti óuppgerð slysamál gagnvart tryggingafélögum.

Langflestir skjólstæðinga verkjasviðs eru með þrálát bakvandamál og hafa þeir á undanförunum árum verið milli 40 og 50% þeirra sem koma til meðferðar. Flestir eru með mjög þráláta og langvarandi verki og hafa nær 50% haft verki í 5 ár eða lengur og um eða innan við 10% í eitt ár eða skemur. Í rannsókninni höfðu 56% sjúklingsanna haft verki í 5 ár eða lengur.



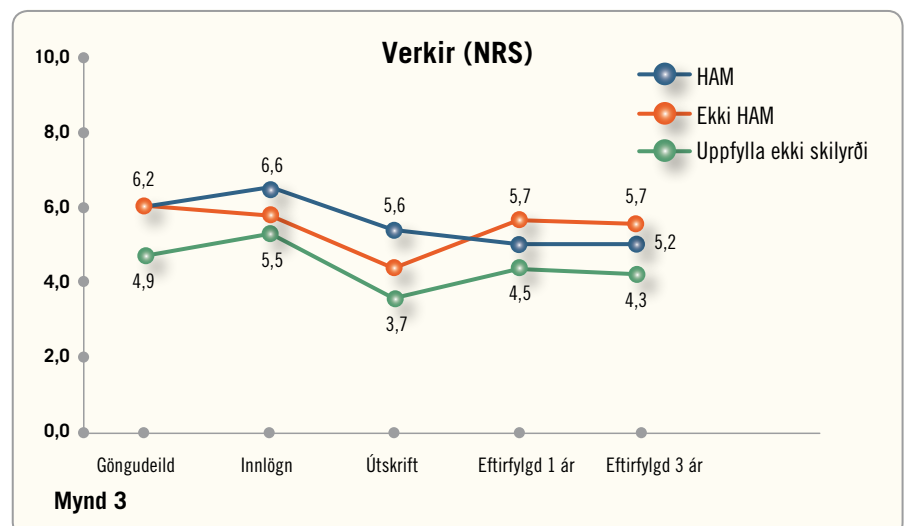
Mynd 2

Niðurstöður

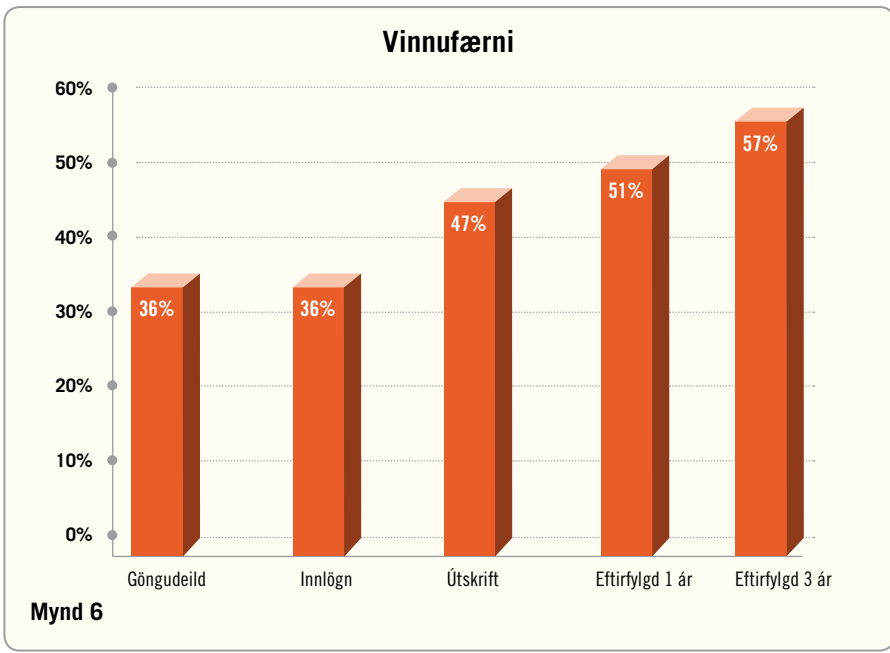
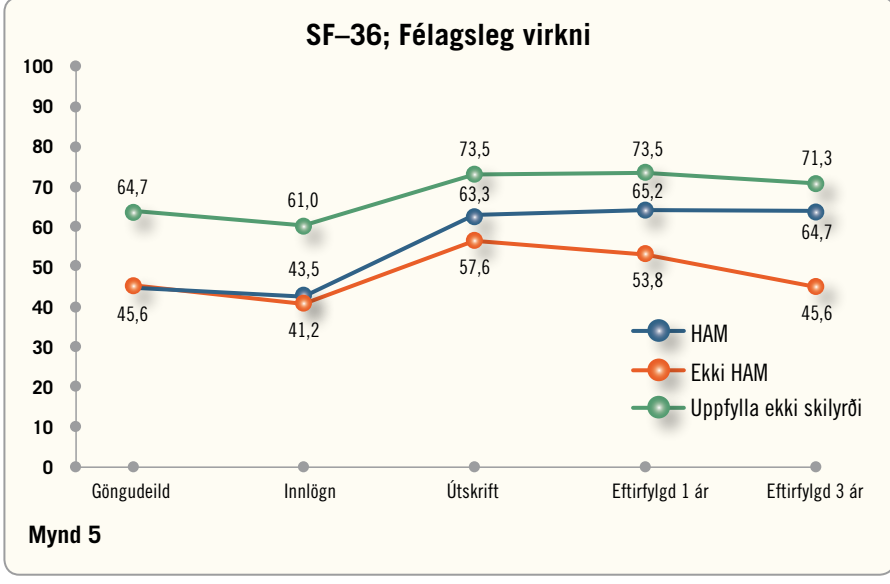
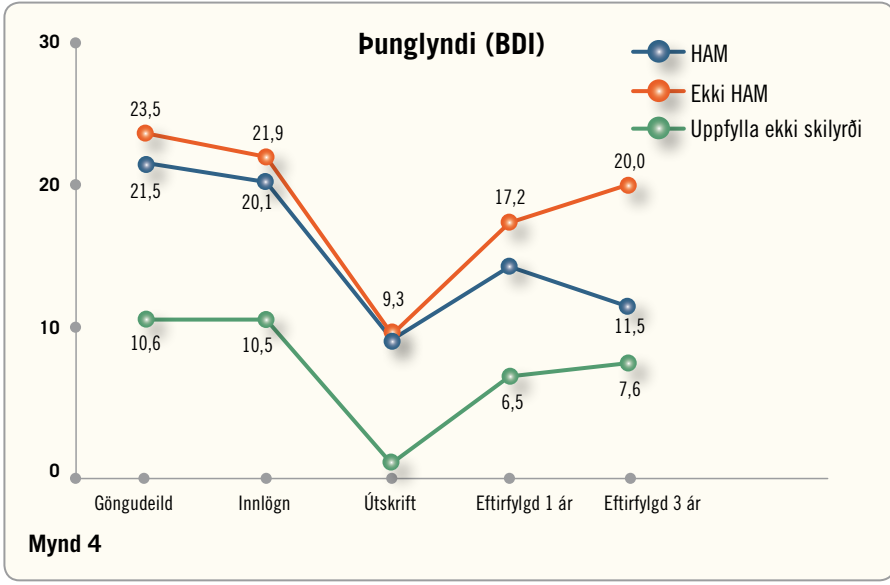
Helstu niðurstöður eru þær að verkir minnkuðu tölræðilega marktækt hjá sjúklingsunum í heild eftir meðferðina ($p < 0,001$), en ekki var um marktækan mun að ræða milli HAM-hópanna. Verkirnir jukust svo eftir það, nema hjá HAM-meðferðarhópnum, en sérstaklega hjá hópnum sem fékk ekki HAM, sjá mynd 3. Það er athyglisvert að kvíði (samkvæmt BAI) minnkaði tölræðilega marktækt hjá sjúklingshópnum í heild á þeim sex vikum sem liðu frá fyrsta viðtali og skoðun á göngudeild og þar til meðferð hófst. Einna athyglisverðust var þó breytingin sem varð

á depurð eða þunglyndi hjá sjúklingsunum. Eins og fram kemur á mynd 4 varð um álika mikla (og vel tölræðilega marktæka) lækkan að ræða (samkvæmt BDI II) hjá báðum HAM-hópnum ($p < 0,001$), en ekki á milli hópanna. Hins vegar er marktækur munur á HAM-hópnum við þriggja ára eftirfylgdarskoðunina ($p < 0,001$). Þar er meðferðarhópurinn að skora líkt og í lok meðferðar og er ekki klínískt þunglyndur (miðast við < 14 á BDI).

Ástæða þess að báðir HAM-hóparnir falla jafn mikið á þunglyndiskvarðanum eftir meðferðina (líkt og hópurinn sem ekki uppfyllti skilyrði fyrir HAM) er líklega sú að



Mynd 3



öll meðferðarvinnan og ekki síst fræðslan (verkjaskóli o.fl.) er mjög hugrænt miðuð og er stöðugt verið að vinna með neikvæðar hugsanir og viðhorf. Ekki er ljóst hvers vegna HAM- meðferðarhópurinn kemur betur út eftir 3 ár og má hugsa sér ýmsar skýringar. Ein er sú að áherslan á bakslagsvarnir í HAM hafi skilað sér með þessum hætti, en einnig er hugsanlegt að þeir sem fengu HAM hafi haft fleiri bjargráð en þeir sem fengu hana ekki. Þegar kemur að félagslegri virkni sjúklinga fyrir og eftir meðferð samkvæmt lífsgæðakvarðanum SF-36 (skor yfir 50 telst eðlilegt) kemur hópurinn sem ekki uppfyllti skilyrði til HAM best út (sem speglast einnig í vinnufærni, sbr. mynd 7). HAM-hópurinn sem fékk meðferð bætir sig verulega og viðheldur þeim árangri eftir 3 ár á meðan HAM-hópurinn sem ekki fékk meðferð hefur dalað niður í sama gildi og fyrir meðferð, sjá mynd 5.

Hvað ánægjulegust er þó niðurstaða rannsóknarinnar þegar kemur að vinnufærni sjúklinganna. Niðurstöðurnar eru byggðar á mati sjúklinganna á eigin vinnufærni fyrir og eftir meðferð. Eins og sjá má jókst vinnufærni hópsins í heild úr 36% í 47% eftir meðferðina og við þriggja ára eftirfylgd voru 57% vinnufær (mynd 6).

Hópurinn sem uppfyllti ekki skilyrði HAM eykur vinnufærni sína verulega eftir meðferð en hefur dalað talsvert eftir 3 ár. HAM-hópurinn sem fékk þá meðferð eykur hins vegar vinnufærni sína jafnt og þétt eftir útskrift úr meðferð og er orðinn jafnfætis hópunum sem ekki uppfyllti skilyrði til HAM eftir 3 ár. Munurinn á HAM-hópunum við 3 ára eftirfyldgina er þó ekki tölfræðilega marktækur. HAM-hópurinn sem ekki fékk þá meðferð eykur einnig sína vinnufærni eftir útskrift en dalar nokkuð milli eftirfyldgar eftir eitt og svo þrjú ár, sbr. mynd 7.

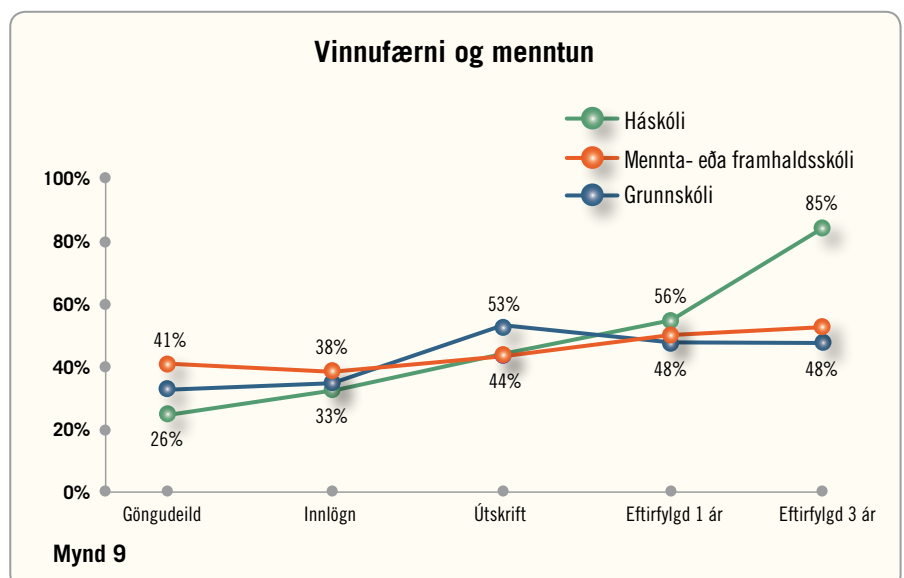
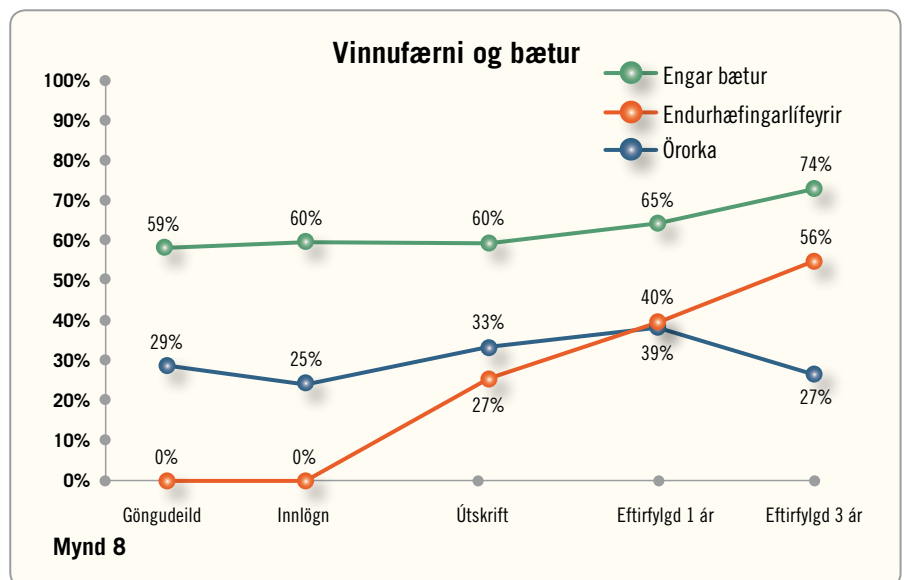
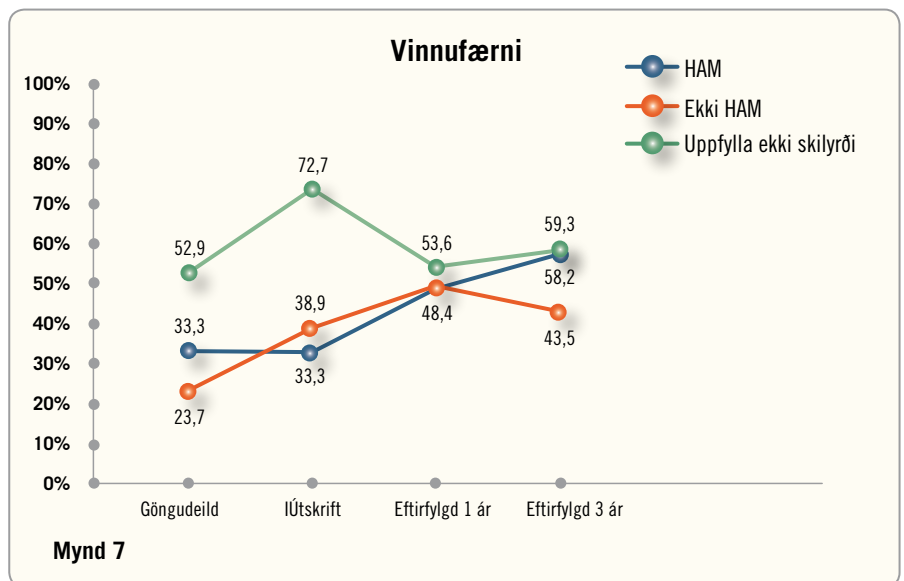
Þá er áhugavert að skoða vinnufærni út frá því hvort skjólstaðingur hafi verið á bótum frá TR eða ekki fyrir meðferð. Vinnufærni þeirra sem ekki voru á bótum fyrir meðferð eykst um 25% (fer úr 59 í 74%), þeir sem eru á endurhæfingarlífeyri fara úr 0 í 56% og þeir sem eru á örorkubótum bæta sig aðeins eftir meðferð en dala svo aftur og eru nánast óbreyttir (mynd 8).

Þá er einnig áhugavert að skoða vinnufærni út frá menntunarsigli, en þekkt er að menntunarsig er einn af sterkari forspárþáttum þegar kemur að því að spá fyrir um afdrif sjúklinga með þráláta verki af ýmsum toga (Rahman o.fl., 2008; Holm o.fl., 2007). Eins og vænta mátti varð mestur árangur hvað varðar vinnufærni hjá þeim sem voru háskólamenntaðir, sbr. mynd 9. Um 17% sjúklinganna höfðu háskólamenntun, hlutfallslega mun fleiri konur (20%) en karlar (9%).

Dagleg verkjalyfjanotkun minnkaði verulega eftir meðferðina. Þannig notuðu 34% sjúklinganna verkjalyf daglega fyrir meðferð en aðeins 4% við útskrift, en verkjalyfjanotkunin jókst nokkuð einu og þremur árum eftir meðferð. Aðeins 16% sjúklinganna notuðu ekki verkjalyf fyrir meðferð, en um helmingur sjúklinganna notaði engin verkjalyf við útskrift og tæp 40% voru enn án verkjalyfja þremur árum eftir að meðferð lauk, sbr. mynd 10. Hjá þeim sem voru vinnufærir 3 árum eftir meðferð notuðu tæp 60% verkjalyf 1-2 sinnum í viku eða sjaldnar.

Rannsóknir hafa hingað til sýnt að hugræn nálgun og hugræn atferlismeðferð eru áhrifaríkar í þverfaglegri verkjameðferð en hingað til hefur skort rannsóknir sem líta til langtímaárangurs (Turk o.fl., 2011). Rannsókn verkjasviðs Reykjalundar sýnir þannig að þverfagleg meðferð þrálátra verkja á endurhæfingarsstofnun gefur góða raun. Þá hefur meðferðin einnig jákvæð áhrif á ýmsa fylgifiska þrálátra verkja, svo sem kvíða, depurð, hörmungarhyggju og ótta og hliðrunaratferli. Ennfremur leiddi meðferðin til aukinnar félagslegrar virkni skjólstæðinganna, þar með taldrar vinnufærni. Hugræn atferlismeðferð skilaði ekki meiri árangri til skemmri tíma en virðist skila langtímaárangri.

Eins og fram er komið hefur meðferðin á verkjasviði Reykjalundar lengst af verið mjög hugrænt miðuð. Það þarf því ekki að koma á óvart að einstaklingsmiðuð HAM skili ekki meiri árangri til skemmri tíma en hin þverfaglega meðferð án HAM. Sú HAM sem var beitt í þessari rannsókn var sniðin að einstaklingum með þunglyndi. Innihaldi hugrænu atferlismeðferðarinnar hefur nú verið breytt af starfsmönnum verkjasviðs



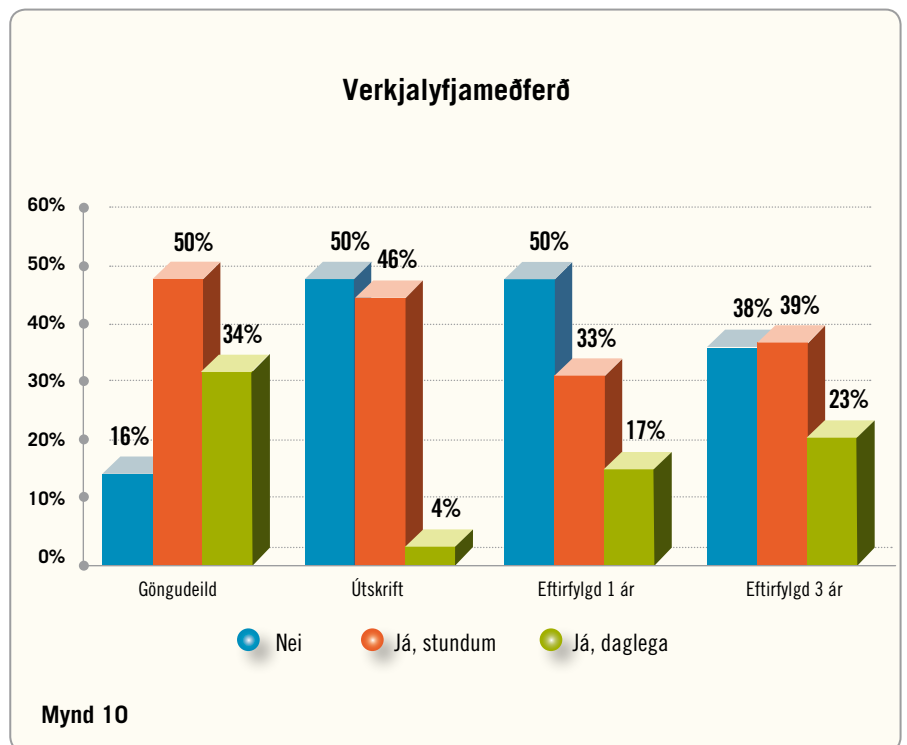
og hefur það starf verið leitt af sálfræðingi teymisins. HAM á verkjasviði miðast nú fyrst og fremst við þráláta verki og viðhorf til þeirra. Með þessum breytingum er vonast til að HAM skili árangri umfram hefðbundna verkjameðferð strax við útskrift en jafnframt að sá árangur viðhaldist til lengri tíma, eins og kemur fram í þessari rannsókn. Starfsmenn á verkjasviði Reykjalundar hafa þýtt nýtt mælitæki sem hefur marga kosti og mun verða notað í næstu rannsókn á árangri meðferðar. Er þar um að ræða spurningalista um viðhorf til verkja (Survey of Pain Attitudes, SOPA, Jensen o.fl., 1994; Jensen o.fl., 2000). Er áætlað að sú rannsókn hefjist um mitt ár 2013.

Lokaorð

Hér hefur verið getið um nokkrar af niðurstöðum rannsóknar sem fram fór á verkjasviði Reykjalundar árin 2004-2011. Hefur sérstaklega verið fjallað um árangurinn hvað varðar aukna vinnufærni skjólstaðinga okkar eftir þverfaglega verkjameðferð með og án HAM. Mjög stór hluti endurhæfingarstarfs er í eðli sínu starfsendurhæfing og á það ekki síst við þegar um er að ræða einstaklinga með þrálát stoðkerfiseinkenni eins og hér hafa verið til umfjöllunar. Rannsóknir, klínískar leiðbeiningar og staðreynd læknisfræði hafa sýnt að þeim einstaklingum með stoðkerfisverki vegnar best sem eru virkir og halda áfram störfum þrátt fyrir verki (White o.fl., 2008, Waddell o.fl., 2008, Waddell og Burton, 2006). Sömu heimildir hafa jafnframt sýnt að þverfagleg endurhæfing með hugrænni nálgun er ein besta meðferðin fyrir fólk sem glímur við þrálát verkjavandamál í stoðkerfinu.

Heimildir:

- Ballantyne, J.C. og Shin, N.S. (2008). Efficacy of opioids for chronic pain. A review of the evidence. *Clin J Pain*; 24: 469-478.
- Darnall, B.D. o.fl. (2012). Sex differences in long-term opioid use: cautionary notes for prescribing in women. *Arch Intern Med*; 172 (5): 431-432.
- Holm, L.W. o.fl. (2007). Factors influencing neck pain intensity in whiplash-associated disorders in Sweden. *Clinical Journal of Pain*. 23 (7): 591-7.



Jensen, M.P. o.fl. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57, 301-309.

Jensen, M.P. o.fl. (2000). Pain belief assessment: A Comparison of the Short and Long Version of the Survey of Pain Attitudes. *The Journal of Pain*, 1 (2), 138-150.

McCracken, L.M. og Turk, D.C. (2002). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain, outcome, predictors of outcome, and treatment process. *SPINE* 27 (22): 2564-2573.

Morley, S. o.fl. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 80: 1-13.

Nelson, L.S. og Perrone, J. (2012). Curbing the Opioid Epidemic in the United States. *JAMA*, 308: 457-458.

Ólason, M. (2004). Outcome of an interdisciplinary pain management program in a rehabilitation clinic. *Work*. 22(1):9-15.

Rahman, A. o.fl. (2008). Factors affecting self-efficacy and pain intensity in patients with chronic musculoskeletal pain seen in a specialist rheumatology pain clinic. *Rheumatology*. 47 (12):1803-08.

Sullivan, M.J.L. o.fl. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol. Assess.*, (7): 524-532.

Turk, D.C. o.fl. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*; 377: 2226-35.

Waddell, G. og Burton, K. (2006). *Is Work Good for Your Health and Wellbeing? The Stationary Office*, London.

Waddell, G. o.fl. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 52 (2):157-68.

Waddell, G. o.fl. (2008). *Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and when?* The Stationary Office, London.

Whare, J. (1993). Measuring patients' views: the optimum outcome measure. *BMJ*. 306 (6890):1429-30.

White DC et al. (2008). The vocational continuum: how to make sense of vocational outcomes after group cognitive behavioural therapy for chronic pain sufferers. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 18(3): 307-17.

Sigrún Gunnarsdóttir lektor við Hjúkrunarfræðideild HÍ

Gott starfsumhverfi innri starfshvöt og þjónandi leiðtogar

Niðurstöður rannsókna hérlandis og erlendis sýna að uppbyggileg samskipti og stuðningur stjórnenda geta dregið úr neikvæðum áhrifum álags og áreitiss í starfi og virkað sem vinnuvernd



Þekkingarsetur um þjónandi forystu
www.thjonandiforysta.is

Rannsóknir hér á landi og erlendis gefa skýrar vísbendingar um verndandi þætti í starfsumhverfi. Meðal þess sem komið hefur á daginn er hversu mikil áhrif viðhorf og samskipti stjórnenda hafa á starfsgetu og líðan fólks á vinnustað. Jafnframt gefa rannsóknir innsýn í tengsl samskipta, stjórnunar og innri starfshvatar. Einkum á þetta við um samskipti við næsta yfirmann. Samkvæmt þessum rannsóknum er ljóst að samskipti, sem fela í sér stuðning, tækifæri til að njóta sín í starfi og hafa áhrif á eigin verkefni, tengjast góðri líðan starfsmanna og efla getu þeirra til að vinna gott starf (Aiken o.fl., 2012; Cummings o.fl., 2010; Westgaard og Winkel, 2011). Á tímum hraða í vinnu og minnkandi tíma til samskipta á vinnustöðum er brýnt að varpa ljósi á samspil hinna mörgu þátta sem hér koma við sögu og benda á mikilvægar leiðir til að efla vinnuvernd.

Stjórnun er hluti af starfsumhverfinu

Fjöl margar rannsóknir sýna hversu margvísleg áhrif stjórnunaraðferðir hafa á líðan starfsfólks og starfsgetu (Westgaard og Winkel, 2011). Hér verður sjónum beint að nokkrum rannsóknum sem gerðar hafa verið á vinnustöðum heilbrigðisþjónustunnar hér á landi og gefið áhugaverðar niðurstöður miðað við íslenskan veruleika. Um er að ræða rannsóknir sem voru gerðar meðal starfsfólks í þvottahúsi og eldhúsi á Landspítala sem og meðal hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra og sjúkraliða sem starfa á sjúkrahúsinu og á fleiri heilbrigðisstofnunum. Rannsóknirnar leiddu í ljós, hver með sínum hætti, hversu dýrmæt góð stjórnun næsta yfirmanns er fyrir velferð starfsfólks og sýndu þar með

gildi hennar til vinnuverndar og til að efla löngun og getu starfsfólksins til að vinna gott verk.

Þátttökurannsókn með starfsfólki í þvottahúsi og eldhúsi Landspítala sýndi að virðing verkstjóra fyrir starfsfólkinu og vilji hans til að styðja og efla starfsfólkið hafði jákvæð áhrif á starfslöngun þess. Dæmi um góð áhrif verkstjórans var að hann gaf starfsfólkinu tækifæri til að hafa áhrif á eigin störf og það leiddi til tilfinningar fyrir frelsi og vellíðan. Þrátt fyrir líkamlegt erfiði í vinnu, sem oft er einhæf og krefjandi, lýstu þátttakendur í rannsókninni ánægju sinni með uppbyggileg samskipti sem beinlínis gerðu störf þeirra léttari og voru uppspretta starfsgleði. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til tengsla milli eflandi framkomu verkstjórans og hæfni starfsfólksins til að sjá tilgang með starfi sínu og njóta



möguleikanna sem það býður. Jafnframt lýstu þátttakendur því hvernig framkoma og orð verkstjórans höfðu jákvæð áhrif á líðan þeirra í starfi (Gunnarsdóttir og Björnsdóttir, 2003). Sambærilegar niðurstöður fengust úr rannsóknum á starfsumhverfi hjúkrunar á Landspítala, sem sýndu augljós tengsl stjórnunar við starfsánægju og starfsgetu, og verður þessum rannsóknum lýst hér á eftir.

Hvatning deildarstjóra og innri starfshvöt

Viðamikil rannsókn á starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra sem gerð var árin 2002 og 2003 meðal 695 hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra leiddi í ljós að þrátt fyrir álag í starfi mátu þátttakendur líðan sína góða og starfsánægju meiri en hafði komið fram í sambærilegum rannsóknum erlendis. Tölfræðileg úrvinnsla spurningalistans sem þátttakendur í rannsókninni svöruðu leiddi jafnframt í ljós að þeir þættir sem höfðu sterkust áhrif á líðan þátttakenda og starfsgetu voru að nægur fjöldi starfsmanna ynni verkin og sömuleiðis uppbyggileg samskipti, einkum við deildarstjóra. Það sem fólst í uppbyggilegum samskiptum við deildarstjóra var meðal annars hvatning til að þróast í starfi og að taka sjálfstæðar ákvarðanir í starfinu (Sigrún Gunnarsdóttir, 2006). Þegar nánar var rýnt í viðhorf þátttakenda með viðtölum kom í ljós að inntak starfsins og tækifæri til að vinna

náið með skjólstæðingunum efldu innri starfshvöt, sem hafði jákvæð áhrif á líðan í starfi og starfsánægju. Niðurstöðurnar voru m.a. athyglisverðar í ljósi þess að á þessum tíma var samruni stóru sjúkrahúsanna nýafstaðinn og almennt mat að breytingunum hefði fylgt umtalsvert álag á starfsfólk. Í ljósi niðurstaðnanna var ályktað að innri starfshvöt væri mikilvæg til að efla ánægju starfsfólks, hefði jákvæð áhrif á líðan í starfi og væri nátengd því að hafa skýra sýn á tilgang starfsins. Jafnframt var ályktað að hvatning deildarstjóra hefði jákvæð áhrif á innri starfshvöt starfsfólksins og þar með líðan þess í starfi. Þetta gerist meðal annars með því að stjórnandi hvetur starfsmann til að nýta eigin þekkingu og hæfileika í starfinu og hvetur jafnframt til sjálfstæðis í starfi. Í ljósi þessa fer ekki á milli mála að stuðningur stjórnenda er meðal mikilvægra, verndandi þátta í starfi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á sjúkrahúsi.

Árangursríkar stjórnunar- aðferðir og fjarvistir frá vinnu

Niðurstöður nýlegrar viðtalsrannsóknar á Landspítala varpa enn frekara ljósi á gildi góðra stjórnunaraðferða deildarstjóra, en um var að ræða rannsókn á þáttum tengdum fjarvistum hjúkrunarfræðinga. Rannsóknin leiddi í ljós að fjarvistir, t.d. vegna veikinda, tengjast mati hjúkrunarfræðinga á inntaki starfsins og endurgjöf en einnig sérstaklega stjórnunarháttum hjúkrunardeildarstjóra.

Hugrekki og hæfni deildarstjórans til aðgerða er þýðingarmikill þáttur til að skapa öryggi í starfi, stuðla að ánægju og góðri frammistöðu og til að lágmarka fjarvistir. Með hugrekki deildarstjóra er til dæmis átt við djörfung til að tala á hreinskilinn og uppbyggilegan hátt um starfsmannamál og um mikilvæga þætti sem móta starfsanda og viðmið á hverjum stað (Bryndís Þorvaldsdóttir, 2008).

Þátttökurannsókn með deildarstjórum á Landspítala árin 2005–2007 undirstrikar á sama hátt gildi stuðnings í starfi og sýnir að með skipulögðum jafningjastuðningi og ígrundun eflast deildarstjórar í starfi. Niðurstöður rannsóknarviðtala sýndu að með jafningjastuðningi tókst deildarstjórum að njóta sín betur sem stjórnendur og skynja samstöðu í hópi deildarstjóra, sem hafði góð áhrif á líðan þeirra í starfi (Sigrún Gunnarsdóttir, 2008). Tvær nýjar rannsóknir sem gerðar voru hér á landi, önnur meðal sjúkraliða (Þóra Ákadóttir, 2012) og hin á hjúkrunarvið FSA (Hulda Rafnsdóttir, 2012) staðfesta þessi tengsl og sýna að meðal mikilvægra þátta í starfsumhverfi með hliðsjón af vinnuverndarmálum er styðjandi og áreiðanleg framkoma næsta yfirmanns, sem til dæmis birtist í stefnufestu og vilja stjórnandans til að gefa starfsfólki tækifæri til að hafa áhrif á eigin störf. Einstakt jafnvægi stefnufestu og mildra stjórnunaraðferða er, samkvæmt þessum niðurstöðum, grunnur árangursríkrar stjórnunar sem tengist starfsánægju og vellíðan í starfi og jafnframt betri getu til að veita góða þjónustu.

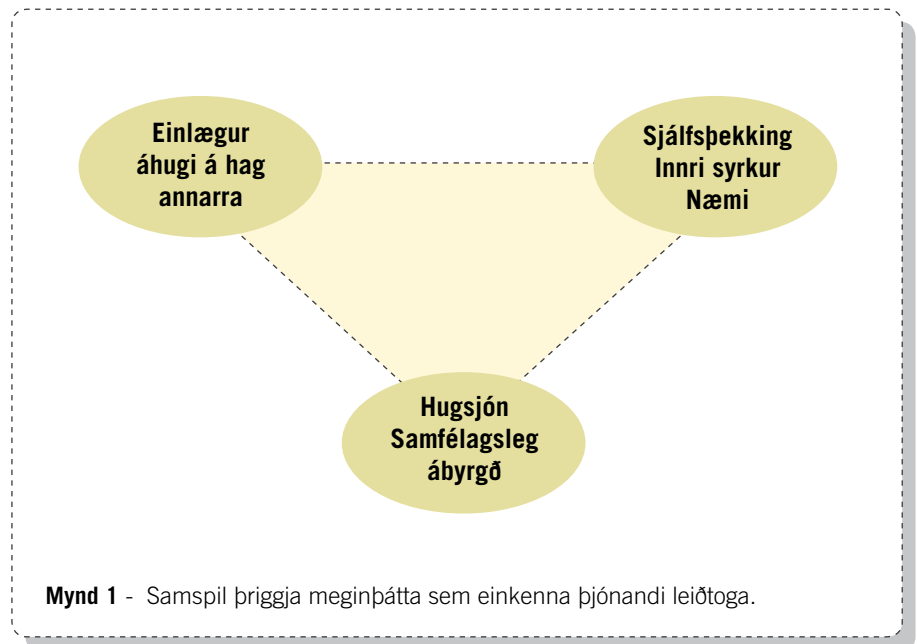
Að takast á við eril og álag

Víða á vinnustöðum hefur hraði aukist undanfarin ár, til dæmis vegna kröfu um hagræðingu og vegna nýrrar tækni sem gefur æ fleiri möguleika til aukinna afkasta. Merki þessarar þróunar má meðal annars sjá í starfsumhverfi heilbrigðisþjónustunnar, þar sem verkefnum fjölgar um leið og gerð er krafa um að ljúka hverju verki á sem stystum tíma. Í þessu samhengi má benda á nýja rannsókn á Landspítala sem sýnir hversu erilsöm störf hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða eru. Störf á sjúkrahúsi geta falið í sér truflanir sem geta ógnað öryggi sjúklinga og jafnvel

einnig velferð starfsfólksins. Niðurstöður þessarar nýju rannsóknar á Landspítala sýna til dæmis að hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar sem starfa á bráðalegudeildum fara að jafnaði í um 16 mismunandi ferðir vegna vinnu sinnar innan deildarinnar á hverri klukkustund. Þannig sýna niðurstöður að í tengslum við hvert verk á sjúkrastofu fer starfsfólk í margar ferðir innan deildarinnar til að ná í birgðir, sækja upplýsingar eða leita að samstarfsfólki til aðstoðar. Í þessum ferðum verður starfsmaðurinn fyrir margvíslegum truflunum og byrjar oft á nýju verki áður en hinu fyrra er lokið. Að meðaltali skiptu starfsmenn um athygli frá einu verki til annars alls 18 til 21 sinni á hverri klukkustund og gengu að meðaltali um 4 km á hverri vakt. Niðurstöðurnar sýna að hver hjúkrunarfræðingur og sjúkraliði sinnir að jafnaði mörgum verkum samtímis, á í samskiptum við marga aðila samtímis og hefur þræði margra viðfangsefna í höndum sér samtímis (Sigrún Gunnarsdóttir og Helga Bragadóttir, 2012). Niðurstöðurnar á Landspítala samrýmast niðurstöðum erlendra rannsókna um starfsumhverfi í heilbrigðisþjónustu (Cornell o.fl., 2010) og undirstrika mikilvægi þess að starfsfólk og stjórnendur leiti allra leiða til að efla góða starfshætti og vinnuvernd og þar með öryggi sjúklinga og starfsfólks.

Verndandi þættir í starfsumhverfi

Margt bendir til þess að daglegt líf í starfsumhverfi á sjúkrahúsi eigi ýmislegt sameiginlegt með daglegu lífi á öðrum vinnustöðum. Fjölbreytileg og tíð tjáskipti við marga aðila einkenna störf víða. Þessar aðstæður gera kröfu um markviss vinnubrögð og einbeitt samskipti sem vernd gegn neikvæðum áhrifum flókinna verkefna og mikils áreitis í starfi. Niðurstöður rannsókna hérlandis og erlendis sýna að uppbyggileg samskipti og stuðningur stjórnenda geta dregið úr neikvæðum áhrifum álags og áreitis í starfi og virkað sem vinnuvernd (De Jonge, van Vegchel, Shimazu, Schaufeli og Dormann, 2010; Nyberg, Westerlund, Magnusson Hanson og Theorell, 2008). Samkvæmt niðurstöðum innlendra og erlendra rannsókna eru eftirtaldir þættir í



starfsumhverfi mikilvægir til að vernda og efla velferð starfsfólks:

- Starfið sjálft og innri starfshvöt
- Hæfilegt álag og áhrif á eigin verkefni
- Góð samskipti við samstarfsfólk
- Uppbyggileg samskipti við næsta yfirmann
- Hugrekki og hæfni stjórnenda
- Umbun í samræmi við framlag

Velliðan starfsfólks og starfsgeta er háð samspili margra þátta, utan og innan vinnustaðarins. Hlutverk og ábyrgð starfsmanna og stjórnenda eru samofin og mikilvægt að báðir aðilar hafi þekkingu og innsýn í leiðir til að styrkja og efla hið góða á vinnustöðum. Þjónandi forysta er hugmyndafræði uppbyggilegra og ábygrra samskipta sem varpar nýju ljósi á tækifæri til að virkja krafta og hugmyndir til að efla lífsgæði í vinnu. Þjónandi forysta er leið til að tryggja árangur starfa, bæði með hliðsjón af fjárhagslegum ábata og ekki síður með hliðsjón af vinnuvernd og ánægju í starfi.

Þjónandi forysta

Undanfarna áratugi hafa fjölmörg fyrirtæki tileinkað sér hugmyndir þjónandi forystu og eru þetta fyrirtæki og stofnanir sem starfa bæði á markaði og í opinberri þjónustu. Fyrstu fyrirtækin sem nýttu hugtakið

þjónandi forystu (*servant leadership*) í skipulagi sínu og starfi eru bandarísk. Má hér til dæmis nefna fyrirtækið TD í Texas, sem framleiðir loftræstikerfi og hóf að þróa starf sitt samkvæmt hugmyndafræðinni á sjöunda áratug síðustu aldar í samstarfi við frumkvöðulinn að baki henni, Robert Greenleaf. Síðan hefur þessum fyrirtækjum fjölgað mjög og eiga þau flest sameiginlegt að ná afburðaárangri hvað varðar starfsánægju og árangur. Í fyrirtækjum sem hafa innleitt þjónandi forystu er sérstök áhersla á að allt starfsfólk temji sér hugmyndafræðina og rík krafa gerð um þekkingu og þjálfun til að nýta hana í daglegum störfum (McGee-Cooper, Looper og Trammel, 2007). Grunnstoðir þjónandi forystu eru siðfræði og ábyrgð gagnvart hagsmunum heildar sem standa framar þrengri hagsmunum. Einkennum þjónandi leiðtoga má lýsa sem samspili þriggja þátta (sjá mynd 1). Í fyrsta lagi hefur þjónandi leiðtogi einlægán áhuga á hag annarra og líðan, viðhorfum og hagsmunum, en með því er átt við að viðkomandi setji hag annarra framar sínum eigin. Í öðru lagi hefur þjónandi leiðtogi góða sjálfspækkingu, þekkir eigin styrkleika og veikleika, er meðvitaður um eigin viðhorf, markmið og drauma. Þessir tveir þættir tvinnast saman og eru um leið nátengdir þriðja þættinum, sem er vitund um sameiginlega hugsjón, samfélagslega ábyrgð og sameiginlega hagsmuni. Þessir þrjú þættir þjónandi forystu fléttast saman

og móta viðhorf, framkomu og starf þjónandi leiðtoga (Sigrún Gunnarsdóttir, 2011).

Þjónandi forysta og innri starfshvöt

Þjónandi forysta byggir á gömlum gildum réttlætis og lýðræðis og felur í sér gildismat sem byggir á innri löngun til að láta gott af sér leiða. Áherslurnar á einlægan áhuga á þörfum annarra og markmiðum starfsins eiga margt sameiginlegt með kenningu Fredrick Herzberg um innri starfshvöt (1987). Kenning Herzberg byggir á því að starfsfólk vaxi og dafni með því að njóta eigin hæfileika og hafa vitund um tilgang starfa sinna. Innri starfshvöt er drifkraftur hins góða starfs og um leið árangurs. Skýr sýn og vitund um kjarna málsins, hugsjón og tilgang starfanna er uppspretta starfsgleði. Herzberg benti á að innri starfshvöt verður til vegna starfsins sjálfs og löngunar til að vaxa og þroskast, njóta virðingar, bera ábyrgð, hafa áhrif og ná árangri. Hér sést samhlómurinn við grunnstef þjónandi forystu um einlægan áhuga á þörfum og hagsmunum annarra (Greenleaf, 2008). Herzberg (1987) sýndi fram á að innri starfshvöt væri mikilvægasti þátturinn til að skapa starfsgleði og að hún styrktist með þekkingu, frelsi, góðum samskiptum og stuðningi stjórnenda. Hér má aftur sjá tengslin við þjónandi forystu þar sem sjálfsþekking og vitund um tilgang starfsins og hugsjón eru lykilkættir. Í þjónandi forystu er gerð krafa um að einstaklingarnir njóti frelsis og um leið ábyrgðar. Um leið og frelsi og ábyrgð skipta höfuðmáli byggir hugmyndafræðin á því að þjónandi leiðtogi hafi mjög góða færni í gefandi samskiptum, sem sé forsenda þess að ná árangri fyrir sjálfan sig og heildina (Greenleaf 2008).

Þegar litið er til rannsókna á Landspítala, þar sem fram kom samspil innri starfshvatar og stjórnunaraðferða, má sjá samsvörun við meginstoðir þjónandi forystu þar sem grunnstefið er að mæta þörfum starfsfólks og laða fram hæfileika þess til góðra verka. Til að laða fram krafta og hæfileika annarra er vald notað á uppbyggilegan og réttlátan hátt og þannig lögð rækt við raunverulegan áhuga hvers einstaklings og möguleika

hans til að blómstra í starfi. Áhugi forystunnar beinist fyrst og fremst að velferð starfsfólks en ekki eigin valdi eða hagsmunum (Greenleaf, 2008). Góð hlustun er skýrasta merkið um einlægan áhuga og vilja til að kynnast hugmyndum annarra og efla hag þeirra. Alúð og einbeitt hlustun leiða ekki einungis til þess að leiðtoga skilur betur hvað um er að vera og áttar sig á þörfum og hugmyndum samstarfsfólks, heldur endurspeglar slík



nærvera virðingu fyrir þeim sem talað er við og skapar traust meðal samstarfsfólks. Samkvæmt hugmyndum Greenleaf er ein allra besta leiðin til að sýna fólki virðingu og áhuga sú að taka eftir því sem það segir og meðtaka hugmyndir þess og skoðanir. Að hlusta og meðtaka hugmyndir þarf ekki endilega að fela í sér að vera sammála viðkomandi. Aðalatriðið er að sýna fólki áhuga og virðingu með því að taka eftir og íhuga það sem talað er um og kynnt (Greenleaf, 2008).

Þjónandi forysta og árangur

Hvatning í starfi og sameiginleg markmið eru einkenni þjónandi forystu og varpa ljósi á tengslin við umbreytandi forystu, sem miðar að því að hvetja starfsfólk til dáða við að ná markmiðum fyrirtækis eða stofnunar (Bass, 2000). Á sama hátt á hugmyndafræði þjónandi forystu margt sameiginlegt með fleiri þekktum kenningum á sviði stjórnunar og forystu. Það sem þó skilur hér á milli er að grundvöllurinn að þjónandi forystu er fyrst og fremst sá að þörfum starfsmannsins sé mætt. Þjónustan er kjarni málsins og þjónandi leiðtogi skapar löngun starfsfólksins til að vera sjálft þjónandi leiðtogar. Þannig nást markmið starfsins og árangur vex (Sigrún Gunnarsdóttir, 2011).

Rannsóknum á þjónandi forystu hefur fjölgað undanfarin ár og sýna niðurstöður að hugmyndafræðin hefur jákvæð áhrif á árangur fyrirtækja, arðsemi þeirra, líðan starfsfólks og traust í samskiptum. Sýnt hefur verið fram á hversu mikið forskot þjónandi forysta hefur til að efla samfélagslega ábyrgð fyrirtækja, sem er grunnur að árangri til langs tíma. Margar erlendar rannsóknir og bækur sem lýsa starfi einstaklinga, fyrirtækja og stofnana sýna ótvírátt fram á þann árangur sem hlýst af því að nýta hugmyndafræði þjónandi forystu. Ein slík rannsókn var birt árið 2010, þar sem rýnt var í viðhorf og samskiptaleiðir forstjóra stórra fyrirtækja og stofnana sem hafa náð mjög góðum árangri. Niðurstöður hennar sýna að mikilvægasta aðferð þessara leiðtoga til að tryggja velgengni er hófsemi og auðmýkt með þjónandi forystu, sem leiðir til árangurs fyrir starfsfólk og hagnaðar fyrirtækjanna (Hayes og Comer, 2010).

Þjónandi forysta er dýrmætur grunnur vinnuverndar

Þrátt fyrir að fræðimenn og rannsakendur sýni endurtekið fram á gildi góðra stjórnunarháttanna fyrir árangur og velferð starfsfólks bendir margt til þess að nokkuð sé í land með að sú þekking sé hagnýtt á vinnustöðum, jafnt hér á landi sem annars staðar. Kannanir sýna endurtekið að starfsfólk telji sig njóta lítils stuðnings í starfi og hafi einkenni þreytu vegna starfa sinna. Mikilvægt er að halda áfram að varpa ljósi og efla skilning okkar á því hvaða þættir hafa góð áhrif á líðan fólks í starfi. Með auknum skilningi, umræðu og viðeigandi aðgerðum má efla þá þætti sem vernda heilsu starfsfólks og stuðla að bættum lífsgæðum þess og hag vinnustaðanna. Margt bendir til þess að viðhorf og aðferðir þjónandi forystu eigi ríkt erindi hér á landi til að tryggja betri árangur fyrirtækja og stofnana. Rannsóknarskýrsla Alþingis (2010) gefur sterkar vísbendingar um að siðferði, trausti og fagmennsku sé ábótavant almennt á vinnustöðum hér á landi. Siðferðilegur styrkur þjónandi leiðtoga, einlægur áhugi á hag annarra og skýr framtíðarsýn geta reynst vel til að styðja við vinnuvernd hér á landi. Þjónandi leiðtogar njóta trausts, þeir safna ekki valdi, hafa ekki áhyggjur af valdabaráttu

eða mannvirðingum en beina athygli og orku að mikilvægum verkefnum sem styðja starfsgetu og ánægju starfsfólks. Markmiðið er hagur heildarinnar og þjónusta leiðtoganna birtist í viðmóti, framkomu og aðferðum sem allt byggir fyrst og fremst á lífssýn og gildismati.

Rannsóknaniðurstöður um starfsumhverfi benda til þess að þjónandi forysta sé árangursrík leið til að efla verndandi þætti á vinnustöðum. Hæfileikar þjónandi leiðtoga til að efla sjálfstæði starfsmannsins og starfsgetu auka líkurnar á því að starfsmanninum gangi vel að takast á við verkefni vinnunnar. Þjónandi leiðtogar kunna jafnvægislist umhyggju, sveigjanleika, aga og reglufestu. Í þjónandi forystu er þörfum hvers og eins starfsmanns mætt um leið og markmiðum er fylgt eftir af festu og tilgangur verkefnanna hafður að leiðarljósi. Eitt af einkennum þjónandi leiðtoga er að styðja starfsfólk við að njóta sín og þroskast í starfi. Uppbyggileg samskipti stjórnanda og starfsmanns eru mikilvæg þegar um er að ræða endurkomu til vinnu eftir veikindi eða slys. Allt bendir til þess að hugmyndafræði þjónandi forystu eigi sérstaklega vel við í krefjandi verkefnum og einkum þegar starfsmenn laga sig að breyttum aðstæðum í starfi. Hugmyndafræðin varpar nýju ljósi á hugmyndir okkar um leiðtoga og góð samskipti. Góðir leiðtogar kveikja með fólki löngun til að standa sig vel, þeir mynda tengsl, hvetja og taka þátt í samtali um tilgang starfa okkar og um framtíðina. Við höfum öll hlutverk leiðtoga, hvort sem við erum ráðin til þess sérstaklega eða ekki. Þess vegna er mikilvægt að velta fyrir sér hugmyndum um forystu og finna leiðir til að sameina krafta okkar til að þjóna og veita hvert öðru forystu með ábyrgð, umhyggju, staðfestu og hógværð. Þjónandi forysta byggir á grunnildum lýðræðissamfélags og er þess vegna dýrmætur grunnur að árangursríku skipulagi, stjórnun og samskiptum á vinnustöðum.

Um höfundinn

Sigrún er lektor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og í framkvæmdateymi þekkingarseturs um þjónandi forystu (www.thjonandiforysta.is)

Heimildir

- Aiken, H. A., Sermeus, W., Van den Heede, K. Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M. et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ Journal*. 344:e1717 doi: 10.1136/bmj.e1717
- Bass, B. M. (2000). The future of Leadership in Learning Organizations. *The Journal of Leadership Studies*. 7(3), 19–37.
- Bryndís Þorvaldsdóttir (2008). „Við berum Landspítalann á bakinu“ — Upplifun og líðan hjúkrunarfræðinga í starfi og viðhorf þeirra til veikindafjarvista. Óbirt MA ritgerð. Háskóli Íslands, Viðskiptadeild.
- Cornell, P., Herrin-Griffith, D., Keim, C., Petschonek, S., Sanders, A.M., D'Melio, S. o.fl. (2010). Transforming nursing workflow, part 1. The chaotic nature of nurse activities. *The Journal of Nursing Administration*, 40 (9), 366–373.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., et al. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363–385. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006
- De Jonge, J., van Vegchel, N., Shimazu, A., Schaufeli, W., & Dormann, C. (2010). A Longitudinal Test of the Demand–Control Model Using Specific Job Demands and Specific Job Control. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(2), 125–133. doi:10.1007/s12529-010-9081-1.
- Gunnarsdóttir, S. & Björnsdóttir, K. (2003). Health promotion in the workplace: the perspective of unskilled workers in a hospital setting. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 17; 66–73.
- Greenleaf, R. (2008). *The Servant Leader*. Westfield, IN: The Greenleaf Center for Servant Leadership.
- Hayes, M.A. og Comer, M.D (2010). Start with Humility. Lessons from America's quiet ceos on how to build trust and inspire followers. Westfield: Greenleaf Center for Servant Leadership.
- Herzberg, F. (1987). One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review*, 65 (Sept–Oct), 109–120.
- Hulda Rafnsdóttir (2012). Þjónandi forysta á hjúkrunarsviðum FSA: Starfsánægja — starfstengdir þættir— gæði þjónustu. Óbirt MS ritgerð, Háskólinn á Akureyri.
- Nyberg, A., Westerlund, H., Magnusson Hanson, L. L. & Theorell, T. (2008). Managerial Leadership Is Associated with Self-Reported Sickness Absence and Sickness Presenteeism Among Swedish Men and Women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(8), 803–811. doi:10.1177/1403494808093329
- McGee-Cooper, A. , Looper, G. og Trammel, D. (2007). *Being the Change. Profiles from Our Servant Leadership Learning Community*. Dallas: Ann McGee-Cooper and Associates, Inc.
- Rannsóknarnefnd Alþingis um aðdraganda og orsakir falls íslensku bankanna 2008 (apríl 2010). Skýrsla Rannsóknarnefndar Alþingis um aðdraganda og orsakir falls íslensku bankanna 2008. Sótt 20. desember 2011 af <http://www.rannsoknarnefnd.is/pdf/RNABindi8.pdf>.
- Sigrún Gunnarsdóttir og Helga Bragadóttir (2012). Þættir sem hafa áhrif á vinnu hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á bráðalegudeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 88 (19), pp. 46–56.
- Sigrún Gunnarsdóttir (2006). Quality of working life and quality of care in Icelandic hospital nursing. Reykjavík: Rannsóknarstofa í hjúkrunarfræði, Háskóli Íslands.
- Sigrún Gunnarsdóttir (2008). Þátttökurannsókn og jafningjastuðningur deildarstjóra á fjórum sviðum LSH 2005–2007. Óbirtar rannsóknarniðurstöður.
- Sigrún Gunnarsdóttir (2012). Þjónandi forysta. *Glíman*. (1), 245–262
- Vilhjálmur Árnason, Salvör Nordal og Kristín Ástgeirsdóttir. (2010) *Rannsóknarskýrsla Alþingis*.
- Westgaard, R. H., & Winkel, J. (2011). Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems — A systematic review. *Applied Ergonomics*, 42(2), 261–296. doi:10.1016/j.apergo.2010.07.002
- Þóra Ákadóttir, Nurse assistants' well-being at work: Is there a link to nurse leadership? Óbirt M.S.-ritgerð. Heilsuháskólinn í Gautaborg.

Vinnutengd líðan og heilsa á tímum efnahagsþrenginga



Fátt hefur meiri áhrif á líðan og heilsu fólks en vinnan sem það stundar. Almenn sýna rannsóknir jákvæð tengsl vinnu og heilsufars. Þannig eru atvinnumissir og atvinnuleysi áhættuþættir fyrir verri líðan og heilsu, sem síðan getur batnað á ný þegar í nýtt starf er komið. Nýleg rannsókn sýnir að einstaklingum með skerta starfsgetu vegna sjúkdóma í stoðkerfi farnaðist betur ef þeir héldu áfram á vinnumarkaði í stað þess að taka fullt sjúkraleyfi. Þó skiptir máli að geta aðlagð t.d. álag eða vinnutíma að getu sinni (Viikari-Juntura, 2012). Aðstæður í vinnu hafa því mikilvægu hlutverki að gegna í að viðhalda starfsgetu einstaklinga.

Áður fyrr beindist áhugi á tengslum vinnu og heilsu aðallega að efnislegum þáttum eins og slysaþættu, mengun og líkamlegu álagi en minna að andlegum og félagslegum þáttum í vinnuumhverfi. Í kjölfar mikilla breytinga á vinnumarkaði á síðustu áratugum og breyttra aðstæðna á vinnustöðum hefur skilningur á mikilvægi andlegra og félagslegra álagsþátta aukist. Rannsóknir hafa í vaxandi mæli beinst að sambandi vinnutengdrar streitu og heilsu og niðurstöður sýna að streita getur haft áhrif á þróun t.d. hjarta- og æðasjúkdóma, geðsjúkdóma og stoðkerfistengdra sjúkdóma. Tölulegar upplýsingar benda til að streita sé með einhverjum hætti tengd 50-60% allra veikindafjarvista frá vinnu í Evrópu (Brun og Milczarek, 2007).

Evrópska vinnuverndarstofnunin hefur bent á að ýmsar breytingar á vinnumarkaði á undanföllum áratugum hafa leitt til þess að nýir áhættuþættir eru komnir í vinnuumhverfi sem þurfi að huga að. Efnahagsþrengingar, þensla á vinnumarkaði, aukin samkeppni og kröfur um framleiðni hafi leitt til þess að vinnuaðstæður æ stærri hóps starfsfólks séu ótryggar. Þetta komi ekki síst fram

í andlegu og félagslegu vinnuumhverfi og geti aukið líkur á vinnutengdri streitu (Brun og Milczarek, 2007). Hér verður fjallað um hvernig efnahagsþrengingar geta verið áhættuþættir heilsu og líðunar í andlegu og félagslegu vinnuumhverfi og verður meðal annars fjallað um íslenskar rannsóknir á þessum áhættuþáttum í vinnuumhverfi.

Andlegir og félagslegir álagsþættir á vinnumarkaði í kjölfar efnahagshruns

Þær aðstæður sem sköpuðust á Íslandi í kjölfar efnahagshrunsins hafa haft umtalsverð áhrif á vinnumarkaðinn. Augljósustu áhrifin frá hruni, og jafnframt þau sem mesta athygli fá, eru aukning á skráðu atvinnuleysi. Það sem er síður sjáanlegt eða áþreifanlegt er aukið álag á vinnustöðunum sjálfum. Full ástæða er þó til að ætla að á mörgum vinnustöðum hafi aðstæður breyst í kjölfar hrunsins. Aukið atvinnuleysi er bein afleiðing þess að mörg fyrirtæki og stofnanir hafa þurft að beita niðurskurði og fækka starfsfólki til að mæta þrengri efnahag. Tölulegar upplýsingar um hópuppsagnir hjá Vinnuálastofnun segja

sína sögu. Þegar fleiri en 10 einstaklingum er sagt upp á sama tíma í fyrirtæki telst það vera hópuppsögn. Frá hruni hefur hópuppsögnum fjölgað umtalsvert hér á landi, en fram til ársins 2008 voru hópuppsagnir fátíðar eða um 2-4 á ári. Frá ársbyrjun 2008 til desember 2012 hafa 8650 einstaklingar misst vinnuna í 218 tilkynningum um hópuppsagnir (Vinnuálastofnun, e.d.).

Í kjölfar niðurskurðar og þrenginga þar sem fækkað er umtalsvert í starfsmannahópi, eins og gerist í hópuppsögnum, má búast við að skipulagsbreytingar eigi sér stað í fyrirtækjum. Því fylgja gjarnan nýjar stefnur og nýir verkferlar sem geta aukið álag meðal þeirra sem starfa áfram (Allen o.fl., 2001). Ekki er alltaf hægt að leggja niður verkefni þess starfsfólks sem var látið fara. Því getur komið í hlut þeirra sem starfa áfram að taka þau yfir. Einnig má búast við að einhverjir flytjist til í starfi, taki á sig launaskerðingu eða annað sem stjórnendur telja nauðsynlegt til að bæta stöðu fyrirtækisins (Østhus, 2007). Miklar breytingar á vinnustöðum geta einnig haft áhrif á samstöðu og samvinnu starfsfólks. Eftir uppsagnir má búast við að félagsleg tengsl rofni, sem getur leitt til þess að einhverjir hafi minni verklegan eða félagslegan stuðning (House, 1980). Miklar breytingar á vinnustöðum geta þannig skapað aukið álag, bæði verklegt sem andlegt, fyrir þá sem starfa áfram á vinnustaðnum (Ferrie o.fl., 2008). Í Finnlandi voru gerðar rannsóknir á áhrifum umtalsverðrar fækkunar á starfsfólki í opinberri þjónustu sveitarfélaga

þar í landi á tímum efnahagsþrenginga í lok síðustu aldar. Þær rannsóknir sýna að þar sem varð umtalsverð fækkun á fjölda starfsmanna var það starfsfólk sem starfaði áfram oftar frá vinnu vegna veikinda, því var ávísað meira af geðlyfjum en samanburðarhópi og það var líklegra til að finna fyrir versnandi einkennum frá hreyfi- og stoðkerfi (Kivimäki o.fl., 2000; Kivimäki o.fl., 2001; Kivimäki o.fl., 2007; Vahtera o.fl., 1997; Vahtera o.fl., 2004). Þegar lagt var mat á áhættuþætti voru tengslin sterkust við þætti sem tengdust breytingum á vinnufyrirkomulagi en tengsl við erfiða lífsviðburði eins og bágan efnahag og hjónaskilnað voru veikari (Kivimäki o.fl., 1997). Rannsóknir hafa einnig gefið til kynna að áhætta á hjarta- og æðasjúkdómum kunni að aukast meðal starfsfólks í kjölfar niðurskurðar í fyrirtækjum (Vahtera o.fl., 2004; Westerlund o.fl., 2004). Einnig hafa rannsóknir sýnt að andleg vanlíðan aukist í kjölfar umfangsmikilla fækkana í starfsmannahópi (Bamberger o.fl., 2012).

Í kjölfar efnahagshrunsins hafa verið gerðar athuganir hér á landi meðal starfsfólks sveitarfélaga og starfsfólks banka þar sem áhrif uppsagna eða fækkunar á starfsfólki eru könnuð. Hjá sveitarfélögum má sjá að 12,9% starfsfólks telja líkamlega líðan sína hafa versnað og 22,4% telja andlega líðan sína hafa versnað við efnahagshrunið (Hjördís Sigursteinsdóttir, 2010). Athugun á einelti hjá starfsfólki sveitarfélaga sýndi jafnframt að það er algengara í þeim einingum þar sem niðurskurði hefur verið beitt. Það bendir til þess að niðurskurður

hafi umtalsverð áhrif í starfsmannahópnum og yti undir fjandsamleg samskipti, en einelti er mjög alvarlegt vandamál á vinnustöðum (Hjördís Sigursteinsdóttir, 2012). Meðal starfsfólks í bönkum má sjá að 6 mánuðum eftir hrun starfaði um helmingur starfsfólks í deild þar sem samstarfsfólki hafði verið sagt upp. Þegar álag í vinnu er skoðað hjá þeim hópi kemur í ljós að starfsmenn innan hans eru líklegri en aðrir starfsmenn til að segja að álag sé mikið. Á sama hátt kemur í ljós að þungar áhyggjur og einkenni kvíða og depurðar eru algengari meðal starfsfólks í deildum þar sem samstarfsfólki var sagt upp heldur en meðal annars starfsfólks í bönkum (Ásta Snorradóttir og Kristinn Tómasson, 2009). Sams konar niðurstöður koma einnig fram hjá þeim sem hafa upplifað breytingu í starfi, eins og breytingu á vinnutíma, lækkun launa, breytingu á verkefnum eða flutning innan fyrirtækisins. Árið 2009 höfðu 42% starfsfólks í bönkum upplifað breytingu á starfi og árið 2011 voru það 35% starfsfólks. Hjá sveitarfélögum höfðu 43% starfsfólks upplifað breytingu á starfi árið 2010 og 45% árið 2011. Á báðum tímabilunum kemur fram að þeir sem höfðu upplifað breytingu í starfi upplifðu einnig meira álag en annað starfsfólk, minni félagslegan stuðning og einnig minni stuðning stjórnenda (Hjördís Sigursteinsdóttir og Ásta Snorradóttir, 2012). Íslenskar rannsóknir gefa því til kynna sambærileg áhrif skipulagsbreytinga og niðurskurðar á líðan og heilsu starfsfólks eins og koma fram í erlendum rannsóknum.



Óöryggi í starfi

Á tímum efnahagsþrenginga þegar atvinnuleysi eykst, fyrirtæki beita niðurskurði eða standa almennt frammi fyrir því að spara, er óöryggi í starfi líklegt til að aukast meðal starfsfólks. Óöryggi í starfi hefur verið skilgreint sem mat einstaklinga á því hversu líklegt þeir telji að breyting verði á atvinnu þeirra, þvert á þeirra eigin óskir (Greenhalgh og Rosenblatt, 2010). Þannig er ekki nauðsynlegt að breytingar hafi átt sér stað, heldur geta fyrirhugaðar breytingar eða orðrómur um að breytingar séu í vændum ýtt undir upplifun óöryggis í starfi meðal starfsfólks (Ferrie o.fl., 2008). Óöryggi í starfi er þannig í eðli sínu tengt því að geta ekki haft áhrif á eigið vinnuumhverfi (Greenhalgh og Rosenblatt, 2010). Sem streituvaldur í vinnuumhverfi getur óöryggi í starfi haft áhrif á líðan og heilsu starfsfólks.

umfangsmiklar breytingar höfðu átt sér stað í bönkunum, sem meðal annars urðu til þess að allt að 20% starfsfólks missti vinnu sína, og svo aftur árið 2011 þegar uppsagnir voru mun fátíðari. Niðurstaðan var að óöryggi í starfi var marktækt meira á fyrra tímabilinu; þá upplifðu 51% kvenna og 45% karla óöryggi tengt starfi, en á seinna tímabilinu voru það 29% kvenna og 25% karla (Ásta Snorradóttir, 2011). Þessar tölur endurspeglu einnig hvernig starfsfólki líður andlega. Streita mældist meiri í bönkunum á fyrra tímabilinu; þá sögðust 27% starfsfólks upplifa mikla streitu en árið 2011 gildi það um 19% starfsfólks. Það sama kom einnig fram þegar starfsfólk var spurt um kvíða; árið 2009 greindi 51% starfsfólks frá því að það fyndi fyrir kvíða en árið 2011 var hlutfallið 40% (Ásta Snorradóttir og Margrét Þorvaldsdóttir, 2011).

ógnað. Á tímum efnahagsþrenginga skapast því áhættuþættir sem geta leitt til aukinnar streitu meðal starfsfólks, en með virkri vinnuvernd má koma í veg fyrir áhættuþætti sem geta haft neikvæð áhrif á líðan og heilsu þess.

Streita í vinnuumhverfi er stór þáttur í veikindafjarvistum í Evrópu. Flestar veikindafjarvistir frá vinnu tengjast tíma- bundnum veikindum og í langflestum tilfellum koma einstaklingar aftur til vinnu. Þeim sem eiga við langvinn veikindi að stríða getur reynt erfitt skref að koma til baka eftir langvarandi fjarvistir. Ástæðurnar eru ekki einfaldar. Þær tengjast ekki einungis heilsufari heldur koma ýmsir þættir aðrir til sögunnar, bæði einstaklingsbundnir og þættir tengdir vinnustöðum. Streita í vinnuumhverfi



Í kjölfar uppsagna á vinnustað hefur óöryggi í starfi verið lýst sem þeirri upplifun fólks að geta ekki treyst því að framlag þess í vinnu verði metið að verðleikum. Það hefur þá séð á bak samstarfsfólki sem það taldi vera að sinna starfi sínu vel, en var engu að síður sagt upp (Greenhalgh og Rosenblatt, 2010). Streitan sem fylgir óörygginu getur því orðið til þess að starfsfólk leggi mjög hart að sér í starfi og vilji síður taka sér frí ef veikindi koma upp. Slík viðvera getur verið áhættuþáttur í að brenna út í starfi (Schaufeli og Greenglass, 2001). Á hinn bóginn er því einnig lýst að streitan sem fylgi óöryggi leiði til þess að starfsfólk sé frekar frá vinnu vegna veikinda (Blekesaune, 2012).

Í áðurgreindri rannsókn meðal starfsfólks í íslenskum bönkum var óöryggi í starfi kannað, bæði árið 2009 þegar

Umræða

Það er lagaleg skylda hvers atvinnurekanda að vernda heilsu starfsfólks og er það í lögum skilgreint sem forvarnarstarf sem byggir á áhættumati til að stuðla að andlegri og líkamlegri vellíðan í starfi. Markmiðið er að koma í veg fyrir að vinnan og vinnuumhverfið leiði af sér heilsutjón meðal starfsfólks. Til að unnt sé að ástunda gott forvarnarstarf á vinnustað og stuðla að heilbrigði starfsfólks er mikilvægt að þekkja áhættuþætti í vinnuumhverfi. Á tímum efnahagsþrenginga verða til nýir áhættuþættir sem tengjast breytingum í vinnuumhverfi, svo sem ef fyrirtæki þurfa að grípa til skipulagsbreytinga eða fækkunar í starfsmannahópnum til að mæta þrengri efnahag. Einnig má búast við að starfsfólk upplifi þá ógnir í vinnuumhverfi og telji starfsöryggi sínu

getur valdið því að einstaklingar komi síður til vinnu í kjölfar veikindafjarvasta.

Á tímum efnahagsþrenginga er því ríkuleg ástæða til að huga sérstaklega að andlegu og félagslegu vinnuumhverfi, greina áhættuþætti, leita lausna og bæta úr þannig að vinnuumhverfið verði sem öruggast. Árangur næst þegar vinnuvernd er forgangsraðað í stefnu fyrirtækja (Kim og Peak, 2000). Með virkri vinnuvernd er hægt að sýna fram á hagræðingu í fyrirtækjum sem meðal annars má rekja til þess að veikindafjarvistum fækkar (Brun og Milczarek, 2007). Fyrirtæki sem hafa vinnuvernd að leiðarljósi eru einnig líklegri til að endurheimta starfsfólk sitt úr veikindafjarvistum.

Um höfundinn

Ásta Snorradóttir starfar á rannsókn- og heilbrigðisdeild Vinnueftirlitsins og er þar fagstjóri á sviði sálfélagslegra áhættuþátta. Hún er hjúkunarfræðingur, með meistaraþráðu í félagsfræði og leggur nú stund á doktorsnám í félagsfræði við HÍ. Í rannsókn sinni skoðar hún líðan og heilsu starfsfólks í fjármálafyrirtækjum í kjölfar bankahruns.

Heimildir:

Allen, T.D., Freeman, D.M., Russell, J.E.A., Reizenstein, R.C. og Rentz, J.O. (2001). Survivor reactions to organizational downsizing: Does time ease the pain? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74 (2), 145-164.

Ásta Snorradóttir og Kristinn Tómasson (2009). Áhrif niðurskurðar á líðan og heilsu starfsfólks í bönkum og sparisjóðum. Í Gunnar Þ. Jóhannesson og Helga Björnsdóttir (ritstj.), *Rannsóknir í félagsvísindum X*. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskólaútgáfa.

Ásta Snorradóttir (2011). Óöryggi í starfi – ólík upplifun kvenna og karla? Í Helga Ólafs, Helga Björnsdóttir og Ása G. Ásgeirsdóttir. (ritstj.). *Rannsóknir í félagsvísindum XII*. Reykjavík: Félagsvísindastofnun – Háskólaútgáfa.

Ásta Snorradóttir og Margrét Þorvaldsdóttir (2011). Líðan, heilsa og vinnuumhverfi starfsfólks í bönkum og sparisjóðum. Reykjavík, Vinnueftirlit ríkisins.

Bamberger, S.G., Vinding, A.L., Larsen, A., Nielsen, P., Nielsen, N., Ryom, P., Omland, Ø., et al. (2012). Impact of organisational change on mental health : A systematic review. doi:10.1136/oemed-2011-100381

Blekesaune, M. (2012). Job insecurity and sickness absence: Correlations between attrition and absence in 36 occupational groups. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(7), 668-73.

Brun, E og Milczarek, M. (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.

Ferrie, J., Westerlund, H., Virtanen, M., Vahtera, J. og Kivimäki, M. (2008). Flexible labor markets and employee health. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*; Suppl: 98-110.

Greenhalgh, L. og Rosenblatt, Z. (2010). Evolution of research on job insecurity. *International Studies of Management and Organization*, 40 (1), 6-19.

Hjördís Sigursteinsdóttir (2010). Líðan og heilsa starfsfólks sveitarfélaga á tímum efnahagsþrenginga. Skiptir félagslegur stuðningur á vinnustað máli? Í Helga Ólafs og Hulda Proppé (ritstj.). *Rannsóknir í félagsvísindum XI*. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskólaútgáfa.

Hjördís Sigursteinsdóttir. (2012). Einelti á vinnustað í kjölfar efnahagshrunsins 2008. Í Sveinn Eggertsson og Ása G. Ásgeirsdóttir (ritstj.). *Rannsóknir í félagsvísindum XIII*. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskólaútgáfa.

Hjördís Sigursteinsdóttir og Ásta Snorradóttir. (2012). Vinnumarkaður á breytingatímum. Erindi flutt á ráðstefnu Vinnueftirlitsins í vinnuverndarviku 2012. Sótt 20.12.2012 á www.vinnueftirlit.is

House, J.S. (1980). Occupational stress and the mental and physical health of factory workers. *Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan*.

Kim, J. Y., og Paek, D. (2000). Safety and health in small-scale enterprises and bankruptcy during economic depression in Korea. *Journal of Occupational Health*, 42 (5), 270-275.

Kivimäki, M., Honkonen, T., Wahlbeck, K., Elovainio, M., Pentti, J., Klaukka, T. o.fl. (2007). Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (2), 154-158.

Kivimäki, M., Vahtera, J., Ferrie, J. E., Hemingway, H. og Pentti, J. (2001). Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees: A prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 58 (12), 811.

Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J. og Ferrie, J. E. (2000). Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: Longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 320 (7240), 971-975.

Kivimäki, M., Vahtera, J., Thomson, L., Griffiths, A., Cox, T. og Pentti, J. (1997). Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *Journal of Applied Psychology*, 82 (6), 858-872.

Schaufeli, W.B., og Greenglass, E.R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & health*, 16 (5), 501-10.

Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, M. o.fl. (2004). Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-Town prospective cohort study. *British Medical Journal*, 328 (7439), 555-558.

Vahtera, J., Kivimäki, M. og Pentti, J. (1997). Effect of organisational downsizing on health of employees. *Lancet*, 350 (9085), 1124-1128.

Vinnumálastofnun (e.d.). Hópuppsagnir. Sótt 20.12.2012 á <http://www.vinnumalastofnun.is/vinnumalastofnun/utgefing-efni-og-talnaefni/skyrslur-og-talnaefni/hopuppsagnir/>

Viikari-Juntura, E., Kausto, J., Shiri, R., Kaila-Kangas, L., Takala, E. P., Karppinen, J., Miranda, H., Luukkonen, R., and Martimo, K. P. (2012). Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38 (2), 134-143.

Westerlund, H., Theorell, T. og Alfredsson, L. (2004). Organizational instability and cardiovascular risk factors in white-collar employees: An analysis of correlates of structural instability of workplace organization on risk factors for coronary heart disease in a sample of 3,904 white collar employees in the Stockholm region. *European Journal of Public Health*, 14 (1), 37-42.

Østhus, S. 2007. For better or worse? Workplace changes and the health and well-being of Norwegian workers. *Work, Employment and Society*, 21: 731-750.

Útgáfa VIRK

VIRK hefur gefið út kynningar- og fræðsluefni fyrir starfsmenn og stjórnendur í atvinnulífinu. Hægt er að nálgast efnið á heimasíðu VIRK (www.virk.is) en einnig er hægt að hafa samband við skrifstofu VIRK og fá senda bæklinga og fræðsluefni eftir þörfum.

Hér er stutt kynning á helsta útgáfuefni VIRK.

Dagbók

VIRK hefur gefið út sérstaka dagbók fyrir einstaklinga sem eru í þjónustu hjá ráðgjöfum VIRK. Henni er ætlað að aðstoða einstaklinga við að efla starfsgetu sína og lífsgæði með skipulegri markmiðssetningu og skráningu. Dagbókin er með vikuyfirliti á hverri opnu ásamt fjölbreyttum möguleikum til skráningar á markmiðum, líðan, virkni og árangri bæði fyrir árið í heild sinni, hvern mánuð og hverja viku ársins.

Úr veikindum í vinnu

Bæklingurinn „Úr veikindum í vinnu“ er ætlaður einstaklingum sem eru með skerta starfsgetu og inniheldur hann ýmis góð ráð og fróðleik um mikilvægi vinnunnar í bataferlinu. Einnig er að finna í honum ýmsar upplýsingar um þjónustu VIRK og þjónustu ráðgjafa í starfsendurhæfingu. Allir sem koma til ráðgjafa fá þennan bækling afhentan.

Vinum saman

Fræðslubæklingurinn „Vinum saman“ er ætlaður stjórnendum og starfsmönnum í atvinnulífinu. Í honum er fjallað um leiðir sem stuðla að farsælli endurkomu til vinnu eftir veikindi eða slys. Í bæklingnum eru einnig leiðbeiningar um samskipti fyrir starfsmenn, stjórnendur og atvinnurekendur og fjallað er um hlutverk ráðgjafa í starfsendurhæfingu ásamt fróðleik um tengsl veikinda og vinnu.

Heimasíða

Heimasíða VIRK (www.virk.is) inniheldur margskonar fróðleik um starfsemi VIRK og um starfsendurhæfingu bæði hérlendis og erlendis. Þar er til dæmis að finna yfirlit um þjónustu úrræðaaðila í starfsendurhæfingu eftir landshlutum og ýmsar fræðigreinar sem fjalla um starfsendurhæfingu.



Útgefandi: VIRK Starfsendurhæfingarsjóður

Útgáfuár: 2013

Viðtöl: Guðrún S. Guðlaugsdóttir blaðamaður

Ljósmyndir: Eggert Jóhannesson og Lárus Karl Ingason

Útlit og umbrot: Atarna – Kristín María Ingimarsdóttir

Teikningar: Kristín María Ingimarsdóttir

Prentun: Guðjón Ó – vistvæn prentsmiðja

ISSN 1670-8644



Alþýðusamband Íslands





STARFSENDURHÆFINGARSJÓÐUR

VIRK • Guðrúnartúni 1 • 105 Reykjavík • virik@virik.is • sími 535 5700 • www.virik.is

