

Arbetsförmåga, livstillfredsställelse och hälsoupplevelse

Kartlägningsresultat vid analys av tidiga signaler på ohälsa respektive långvarig sjukskrivning

Nadja Gramson

Pe3 Företagshälsa

Mölnadalsvägen 30A

412 63 Göteborg

nadja.gramson@pe3.se

Handledare: Eva Andersson, överläkare

Arbets- och miljömedicin

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Projektarbete vid Företagsläkarkursen Väst 2010/2011,

Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	3
INLEDNING	4
BAKGRUND.....	4
SYFTE	6
UNDERSÖKTA GRUPPER	6
METOD	7
RESULTAT	8
GRUPP 1.....	8
GRUPP 2.....	12
JÄMFÖRELSE MELLAN GRUPP 1 OCH GRUPP 2.....	13
DISKUSSION	15
FÖRSLAG	17
LITTERATURREFERENSER	17

SAMMANFATTNING

Bedömning av arbetsförmåga vid tidiga signaler på ohälsa respektive långvarig sjukskrivning är en vardaglig men många gånger svår uppgift inom företagshälsövården. Arbetsförmågan inverkar på människans välbefinnande och tillfredsställelse med livet som i sin tur påverkar förmågan att arbeta.

Projektets syfte var att kartlägga hälsoupplevelse och arbetsförmåga, att söka samband mellan arbetsförmåga, livstillfredsställelse och välbefinnande samt att analysera skillnader i arbetsförmågeupplevelsen mellan icke sjukskrivna, korttidssjukskrivna och långtidssjukskrivna patienter. Det var även viktigt att förstå om en sådan kartläggning kan användas vid ett första läkarbesök och vilka för- och nackdelar som fanns.

Arbetsförmåga, livstillfredsställelse och hälsoupplevelse hos 31 konsekutiva nybesökspatienter, de flesta icke- eller korttidssjukskrivna (grupp 1), analyserades med hjälp av ett testbatteri bestående av tre självskattningsformulär Work Ability Index (WAI), WHO:s välbefinnande index-5 (WHO-5) och Life satisfaction-11 (LiSat-11).

Patienternas arbetsförmåga och sjukskrivning jämfördes med en annan grupp bestående av 40 konsekutiva patienter, de flesta långtidssjukskrivna (grupp 2), som var remitterade för bedömning av arbetsförmåga.

Diskrepans mellan anledning till läkarbesök och bakomliggande orsak konstaterades hos de flesta i grupp 1. Smärta, stress/utmattning och ÖLI var dominerande diagnoser. Majoriteten hade mindre god eller dålig arbetsförmåga, dåligt välbefinnande och otillfredsställelse med olika aspekter i livet. Patienter som upplevde sin arbetsförmåga som god eller utmärkt hade generellt sett en högre grad av välbefinnande och livstillfredsställelse.

Majoriteten av patienterna i grupp 2 hade smärtproblematik, depression och dålig arbetsförmåga, den senare var generellt sämre än i grupp 1. Arbetsförmågan reducerades i takt med sjukskrivningens längd och färre patienter i grupp 2 trodde på att de kan arbeta i samma yrke om två år.

Formulärkombinationen gav en mera strukturerad probleminventering och upplevdes som positiv av de flesta. Den är tidskrävande, men kan användas vid ett första läkarbesök särskilt vid diffusa och multipla besvär eller oklar frågeställning. Ett nytt index kunde beräknas på basen av värdena i testformulären. Tidigare studier angående testkombinationen kunde inte hittas vid sökning i Pub Med.

INLEDNING

Pe3 företagshälsa bildades år 2006. Namnet pe3 är en förkortning för ”personligt engagerad” vilket är vår ledande princip. Vi erbjuder helhetsinriktade tjänster inom företagshälsovård och rehabilitering till kunder inom både privata och offentliga företag. En del av våra patienter söker för tidiga tecken på ohälsa eller kortvariga hälsoproblem medan andra har en mera komplicerad sjukhistoria med långvarig sjukskrivning och behöver en arbetsförmågebedömning. Bedömning av arbetsförmåga är en svår och komplex uppgift inte minst för att det saknas en tydlig begreppsdefinition, gemensamma metoder och bedömningsinstrument (1). Detta skapar delade meningar och debatter (2, 3). Ohälsa, sjukfrånvaro och arbetsförmåga beror på en invecklad interaktion mellan medicinska och icke medicinska orsaker hos individ och omgivning. En anmäld anledning till läkarbesök behöver inte alltid stämma överens med den bakomliggande problematiken. Genom kombination av lämpliga testinstrument borde man kunna fånga upp även ”dolda” problemområden vilket är en förutsättning för adekvat rehabilitering. Forskningen visar att det finns korrelation mellan den subjektiva skattningen av hälsa och arbetsförmåga samt objektiva kliniska fynd (4) vilket gör att patientens egen uppfattning är mycket värdefull och behöver analyseras noggrant.

Bakgrund

Work Ability Index (WAI) frågeformulär är ett självskattningsinstrument utvecklat för företagshälsovården i Finland. Formuläret används för att analysera riskfaktorer för dålig arbetsförmåga. Frågorna omfattar 7 delområden: den nuvarande arbetsförmågan, arbetsförmågan i relation till arbetets krav, antal nuvarande sjukdomar, sjukdomarnas uppskattade inverkan i arbetet, sjukfrånvaro, egen uppfattning om hur hälsan tillåter en att arbeta om två år och psykiska resurser. Dålig arbetsförmåga föreligger vid 7-27 poäng, mindre god vid 28-36 poäng, god vid 37-43 poäng och utmärkt arbetsförmåga vid 44-49 poäng (5). I en systematisk granskning omfattande 20 studier konstaterades att WAI är multifaktoriell och associerar med ett flertal individfaktorer som t ex fysisk aktivitet, muskuloskeletal kapacitet, BMI, psykisk belastning, livssituation, ålder (6), arbetsstress, belastningstolerans, alkohol (7) och mobbning (8). I en prospektiv uppföljningsstudie konstaterades samband mellan WAI och morbiditet samt mortalitet senare i livet (9). WAI har en bra reliabilitet (10).

Andra viktiga aspekter av hälsoupplevelsen är livstillfredsställelse och lycka. Coping-processen som är grunden i all rehabilitering syftar till att återvinna lycka och livstillfredsställelse. Därför är livskvalité och livstillfredsställelse användbara mått på effekten av rehabiliteringsmedicinska interventioner (11).

Life satisfaction-11 (LiSat-11) är ett validerat självskattningsinstrument om livstillfredsställelse. Tillfredsställelsenivån rangordnas mellan 1 och 6 (från mycket otillfredsställande till mycket tillfredsställande). Frågorna omfattar 11 domäner: livet i allmänhet, yrkes-/sysselsättningssituationen, ekonomin, fritidssituationen, kontakten med vänner och bekanta, sexuallivet, förmågan att klara sig själv (ADL), familjelivet, parförhållandet, kroppsliga hälsan och psykiska hälsan. Studier visar att LiSat-11 som regel inte är könsberoende. Högre ålder associerar med bättre tillfredsställelse med familjeliv, yrkessituation och ekonomi men hos kvinnor även med fritidssituationen. Detta kontrasterar med männens lägre tillfredsställelse med ADL-förmåga och kroppslig hälsa vid stigande ålder. Att inte ha partner och att vara första generationens immigrant innebär sämre tillfredsställelsenivå i de flesta LiSat-11 områden (12).

Yrkesaktiva har högre LiSat-11 än arbetslösa och sjukpensionerade (13).

WHO:s välbefinnande index-5 (WHO-5) är ett självskattningsinstrument med fem frågor och fem svarsalternativ (mellan ”aldrig” = 0 och ”hela tiden” = 5) om psykiskt välbefinnande som visar en god validitet vid screening av depression (14,15). Poängen beräknas genom summering av svaren och multipliceras med 4 för att få en procentuell poäng från 0 till 100. Resultat under 52 betyder dåligt välbefinnande och föranleder utredning för depression.

Livsstil, arbetsförmåga och hälsoupplevelse korrelerar med varandra. God hälsa och högre WAI associerade med bra tillfredsställelse och självutveckling. Lägre WAI korrelerade med minskad aktivitet på fritiden. Högre WAI associerade med högre grad av livstillfredsställelse särskilt hos män. Kvinnornas tillfredsställelse med deras livssituation ökade i takt med åldrandet men minskade hos männen enligt forskningsresultat (16). Självförtroende, humör och arbetsförmåga hade en direkt inverkan på välbefinnandet (17). I en studie om arbetstillfredsställelse, arbetsförmåga och livstillfredsställelse bland finska narkosläkare konstaterades att WAI korrelerade positivt med arbetskontroll och hälsa hos både kvinnor och män samt med familjeliv hos kvinnor. Livstillfredsställelse korrelerade positivt med socialt stöd och negativt med

familjproblem. Livstillfredsställelse hade positivt samband med kvinnornas hälsa och negativt samband med männens psykiska arbetsbelastning (18).

Vid sökning via Pub Med finner man 194 artiklar som handlar om både livstillfredsställelse och arbetsförmåga, 141 artiklar som studerar både livstillfredsställelse och hälsa och 4 artiklar som undersöker både välbefinnande och livstillfredsställelse. Några studier där man använder en kombination av två eller samtliga tre testinstrument: WAI, LiSat-11 och WHO-5 hittades inte i Pub Med.

Syfte

Syftet med projektet var att kartlägga arbetsförmåga, välbefinnande och livstillfredsställelse med hjälp av testkombinationen WAI, WHO-5 och LiSat-11 för att försöka ge svar på följande frågor:

- Finns det överensstämmelse mellan anmäld orsak till läkarbesök och egentlig problematik?
- Hur ser patienternas arbetsförmåga, välbefinnande och livstillfredsställelse ut?
- Finns det några samband mellan upplevelse av arbetsförmåga, välbefinnande och livstillfredsställelse?
- Finns det några skillnader avseende WAI mellan icke sjukskrivna, korttidssjukskrivna och långtidssjukskrivna patienter?
- Kan använt testbatteri vara relevant vid en första bedömning?
- Vilka för- och nackdelar finns med kartläggningen?

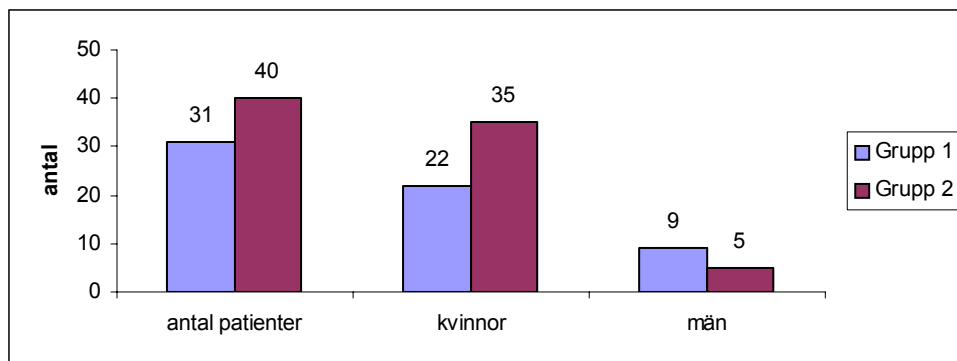
UNDERSÖKTA GRUPPER

Grupp nr 1: Sammanlagt 31 konsekutiva nybesökspatienter utan långvarig sjukskrivning blev erbjudna att fylla i frågeformulär strax innan läkarbesök under perioden september – november 2010. De informerades om att deras svar kommer att journalföras. Alla accepterade att delta.

Grupp nr 2: Sammanlagt 40 konsekutiva patienter, de flesta långtidssjukskrivna, som genomförde en arbetsförmågebedömning under perioden januari – december 2010. De kom på remiss från sina arbetsgivare p g a olika problem att klara av sina arbeten. Inför läkarbesöket fick de hemskickade frågeformulär. Samtliga patienter inkluderades.

Patienterna från båda grupperna hade samma typer av arbete, såväl kontorsarbeten som manuella arbeten i offentlig och privat verksamhet. De undersöktes av en och samma

läkare som ställde deras diagnoser. Medelålder i grupp 1 var 45 år och i grupp 2 var medelåldern 50 år. Det skilde sig inte mellan män och kvinnor. Kvinnorna hade en klar dominans i båda grupperna. En sammanställning av antal och könsfördelning i grupperna presenteras i figur 1.



Figur 1: Antal patienter och könsfördelning inom grupp 1 och grupp 2

METOD

Patienterna i **Grupp 1** studerades med hela testbatteriet i form av WAI, LiSat-11 och WHO-5 formulär. De kunde lämna skriftliga synpunkter om sin uppfattning om orsaken till besvären samt ge egna hälsoförbättringsförslag. Under läkarbesöket diskuterades anledningen till besöket och patienterna fick berätta fritt om sina besvär. De tillfrågades om frågorna i formulären upplevdes som relevanta. Deras svar samt eventuella oklarheter diskuterades. Fokus riktades till problemområdena och kompletterande frågor ställdes innan somatisk undersökning. Tidsåtgången per läkarbesök var mellan 30 och 60 minuter.

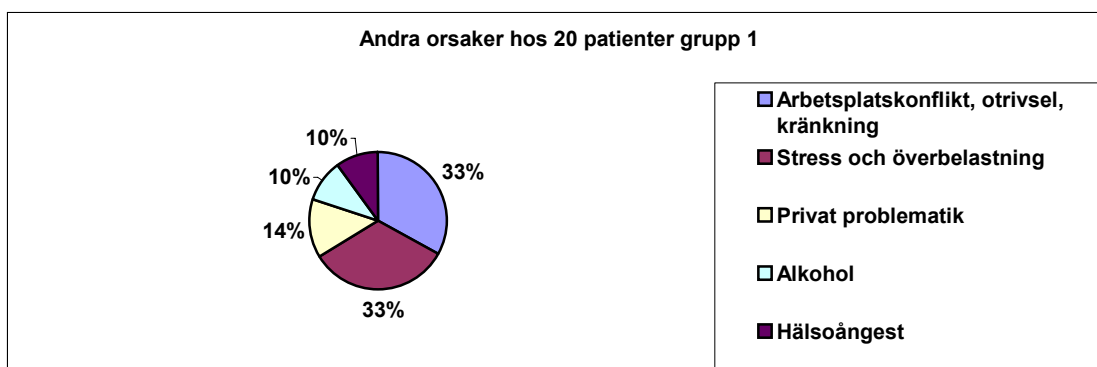
Patienterna i **Grupp 2** var inte studerade med hela testbatteriet. De fick fylla i WAI formulär och självskattningsformulär för bedömning av depression (Mongomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS-S) eller för depression och ångest (Hospital Anxiety and Depression scale, HAD) samt smärtteckning. Under läkarbesöket togs en detaljerad anamnes. Svaren i frågeformulären användes som bas i delar av samtalet som följdes av somatisk undersökning. Tidsåtgången per besök var c:a 2 timmar.

Variablerna inom respektive grupp analyserades separat. Grupp 1 och grupp 2 jämfördes avseende WAI och sjukskrivning.

RESULTAT

Grupp 1

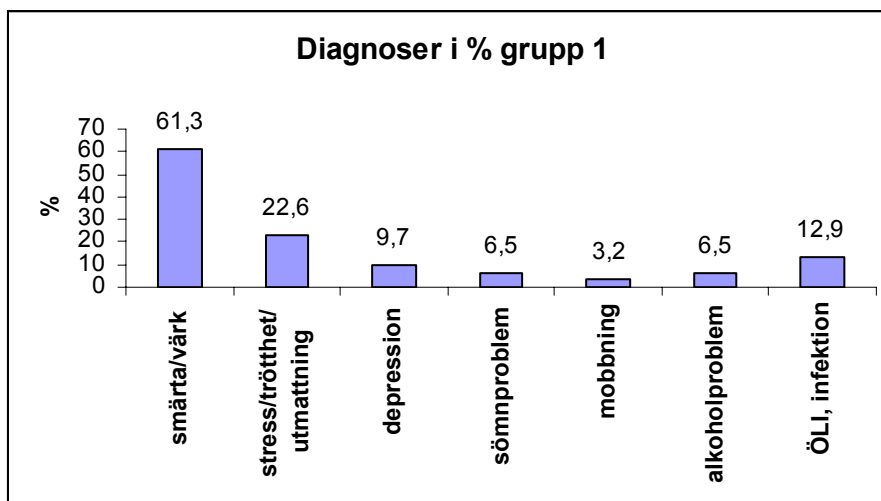
Hos 20 patienter konstaterades en diskrepans mellan anledning till läkarbesök och bakomliggande problematik. Hos 33 % av dem rörde det sig om arbetsplatskonflikt, otrivsel eller kränkning och hos lika många handlade det om stress och överbelastning. Privat problematik, alkohol och hälsoångest tillsammans motsvarade resterande 34 %, figur 2.



Figur 2: Annan problematik än besöksorsak hos 20 patienter i grupp 1

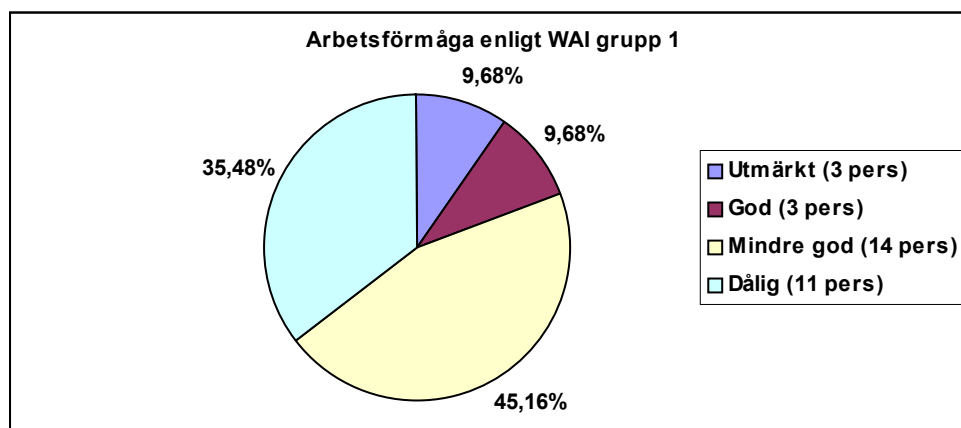
Sju av patienterna (22,6 %) hade krav på förstadagsintyg. Tre patienter (9,7 %) trodde att deras hälsobesvär beror på dålig arbetsmiljö.

Diagnospanoramata dominerades av smärta i rörelseorganen, stress, trötthet, utmattning, depression och ÖLI och flera patienter hade en kombination av diagnoser, figur 3.



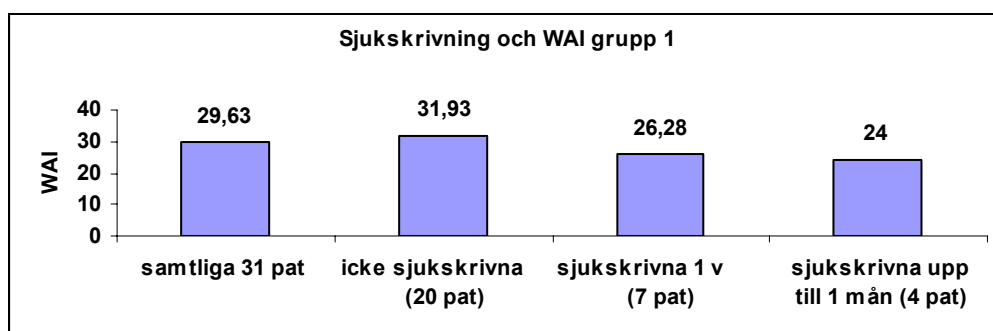
Figur 3: Diagnoser i grupp 1 enligt patientjournal. Varje patient kan ha flera diagnoser

Knappt 20 % av patienterna hade god eller utmärkt arbetsförmåga medan 80 % hade en mindre god eller dålig arbetsförmåga enligt WAI, figur 4.



Figur 4: Arbetsförmåga enligt WAI i grupp 1

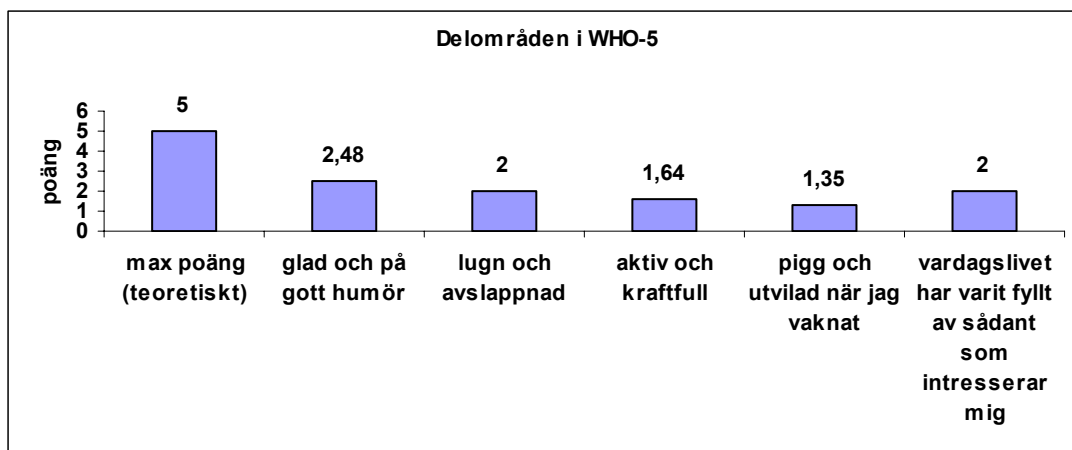
Tjugo av samtliga 31 patienter (64,5 %) var inte sjukskrivna och 11 patienter (35,5 %) var korttidssjukskrivna (antingen innan eller i samband med aktuellt besök). Patienterna som inte var sjukskrivna hade högst genomsnittligt WAI, figur 5.



Figur 5: Sjukskrivning och WAI i grupp 1

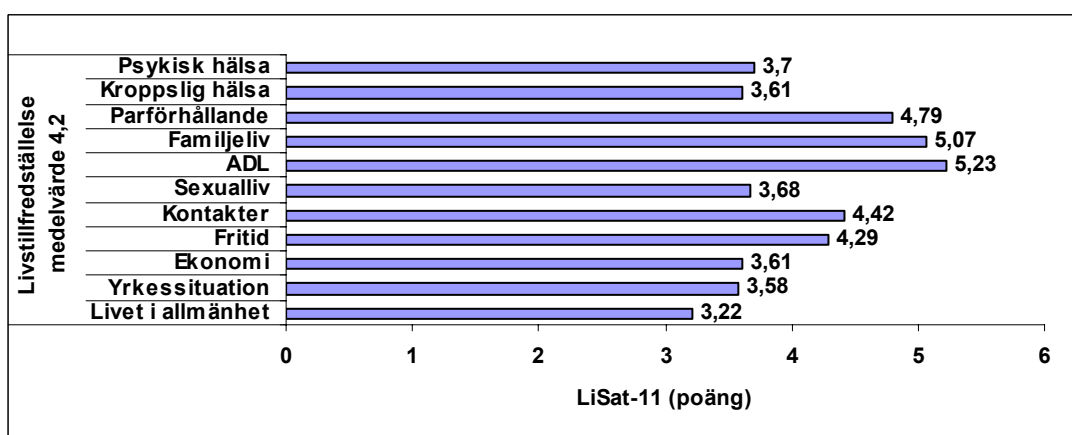
Majoriteten av patienterna hade ett dåligt välbefinnande och WHO-5 som medelvärde i gruppen var 37,9 %. Bara 9 patienter hade WHO-5 över 50 % och deras medel WHO-5 var 74,2 %. WHO-5 medelvärde hos resterande 22 patienter var 23,1 %.

Gruppens genomsnittliga poäng i WHO-5 delområden visade att patienterna bara ibland eller mindre än halva tiden kände sig på gott humör, lugna, aktiva, pigga och sysselsatta med det som intresserar dem, figur 6.



Figur 6: Välbefinnandets delområden i grupp 1 enligt WHO-5. Svartalternativ "hela tiden" ger 5 poäng, "mestadels" 4 poäng, "mer än halva tiden" 3 poäng, "mindre än halva tiden" 2 poäng, "ibland" 1 poäng och "aldrig" 0 poäng

Patienternas genomsnittliga tillfredsställelse var mycket bra avseende ADL förmåga och familjeliv medan livet i allmänhet, yrkessituation, ekonomi, kroppslig hälsa, psykisk hälsa och sexualliv var ganska otillfredsställande, figur 7.

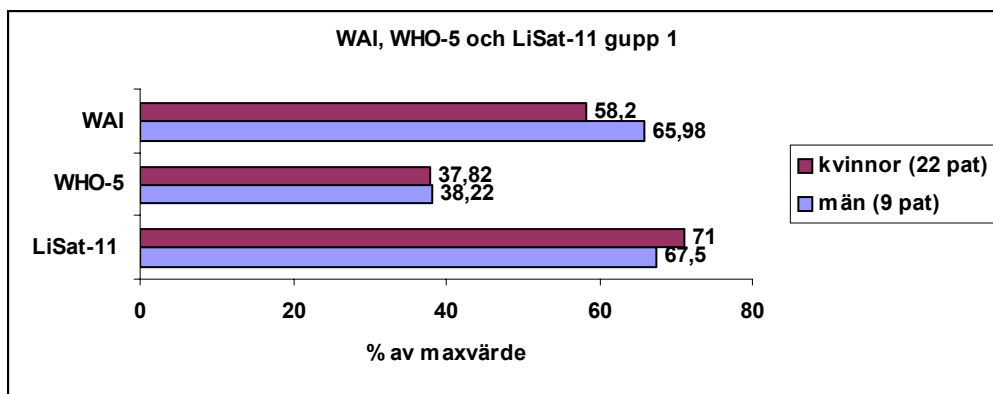


Figur 7: Livstillfredsställelsens olika aspekter enligt LiSat-11 i grupp 1

Den genomsnittliga livstillfredsställelsen var 4,2 poäng (ganska bra) vilket är 70 % av maxvärdet. Det kan jämföras med övriga; den genomsnittliga arbetsförmågan som var 60,5 % av maxvärdet (29,6 poäng, mindre god) och välbefinnandet var 37,9 % (dåligt).

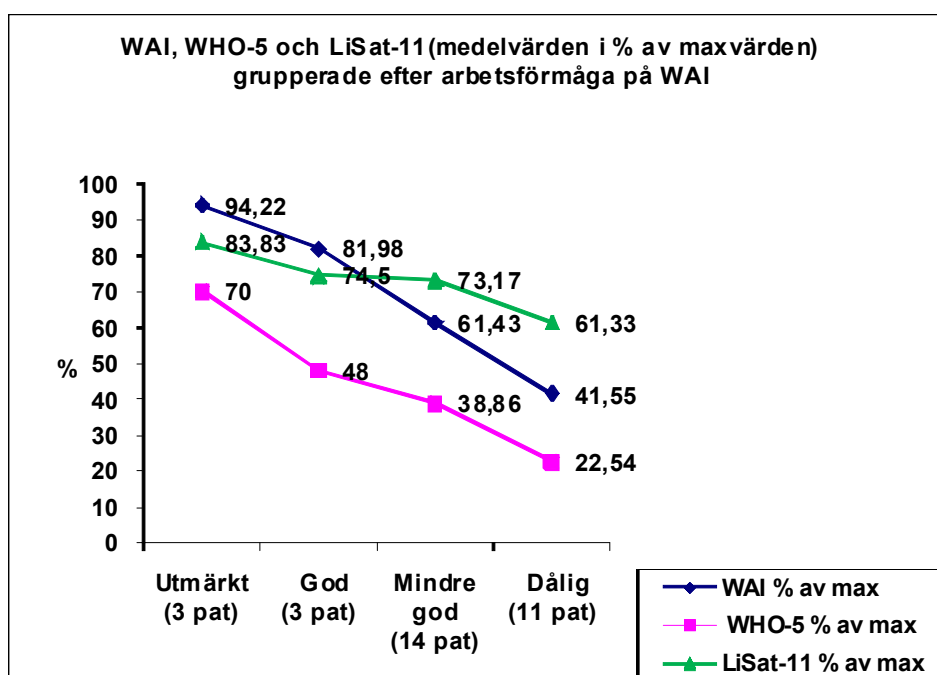
Kvinnornas genomsnittliga arbetsförmåga tycktes vara något lägre samtidigt som deras livstillfredsställelse tycktes vara något högre än männens men skillnaderna var små.

WAI, WHO-5 och LiSat-11 hos kvinnor och män beräknade i medelvärden som procent av maxvärdena presenteras i figur 8.



Figur 8: WAI, WHO-5 och LiSat-11 hos kvinnor och män i grupp1 (medelvärden som % av teoretiskt maxvärde)

Patienter med bättre arbetsförmåga hade generellt bättre livstillfredsställelse och välbefinnande medan patienter med sämre arbetsförmåga hade sämre livstillfredsställelse och välbefinnande även om det fanns individuella variationer. Sambandet mellan WAI, WHO-5 och LiSat-11 visas i figur 9 där medelvärdena presenteras som % av maxvärdet.



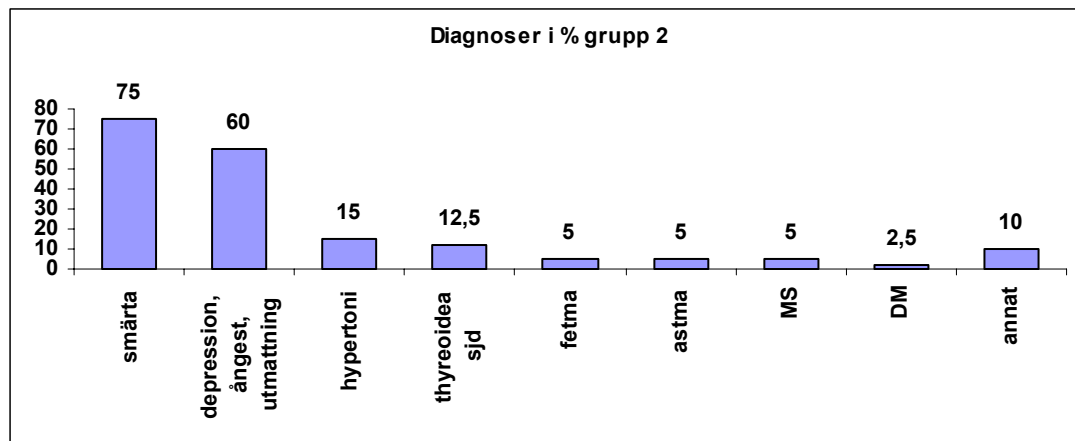
Figur 9: WAI, WHO-5 och LiSat-11 i grupp 1 grupperade efter utmärkt, god, mindre god och dålig arbetsförmåga enligt WAI (värden i % av maxvärde)

Tjugonio patienter d v s 93,5 % upplevde testformulären som ”ok” medan två patienter inte tyckte det. En ansåg att formulären är för omfattande och en annan tyckte att det fanns ”känsliga frågor”.

Drygt 74 % av patienterna lämnade även skriftliga synpunkter om orsaken till deras ohälsa och förslag för att förbättra den. De flesta av dem (39 %) önskade förbättring i sin arbetssituation, 18 % ansåg att de behöver motionera mer, 11 % önskade att kunna vila och medicinera. Lika många (7 %) önskade sanering av arbetsmiljön eller ansåg att rökstopp, mindre stress respektive ”hitta felet” till hälsoproblemet var det viktigaste för deras hälsa medan 4 % tyckte att de behövde ändra sin kost.

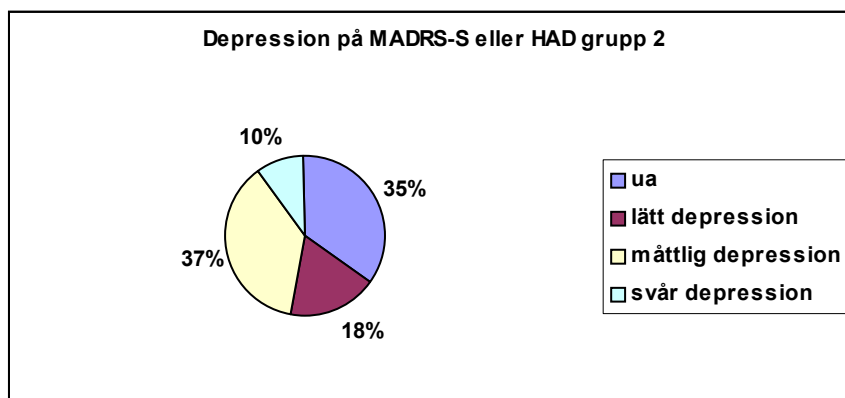
Grupp 2

Majoriteten av patienterna (85 %) var långtidssjukskrivna. Smärta i rörelseorgan, depression, ångest och/eller utmattningsproblematik var dominerande diagnoser och flera patienter hade flera diagnoser, figur 10.



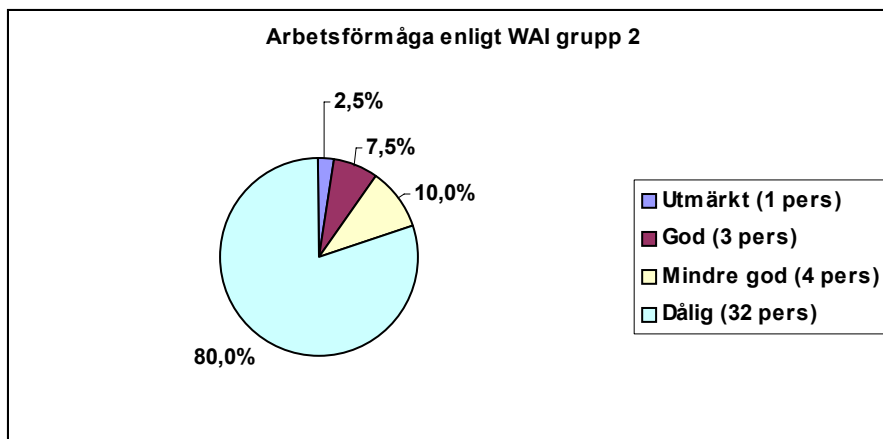
Figur 10: Diagnoser i grupp 2 (värden i %). En patient kan ha flera diagnoser. MS (Multipel skleros), DM (Diabetes), annat (svår somatisk sjukdom eller social problematik)

Tjugoåtta patienter testades med MADRS-S och 12 patienter testades med HAD frågeformulär. Bara 35 % av patienterna hade normala poängresultat medan 65 % hade depression i olika svårighetsgrader, figur 11.



Figur 11: Depression på MADRS-S eller HAD i grupp 2

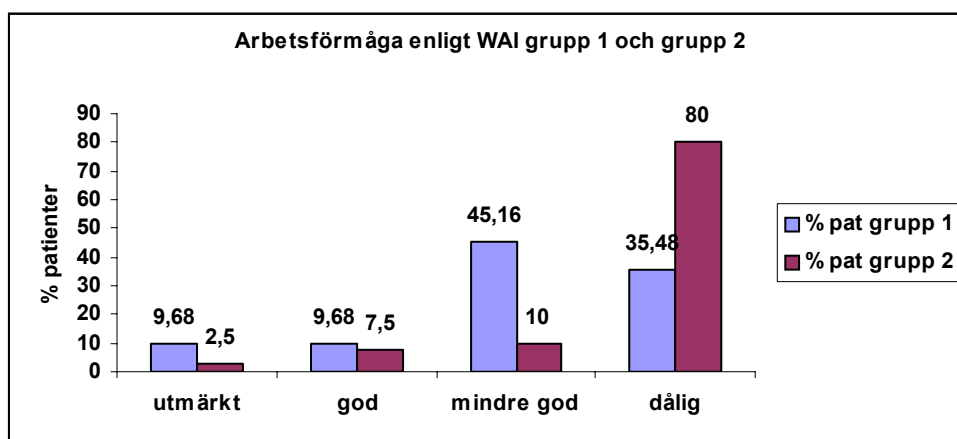
Det genomsnittliga värdet på WAI i grupp 2 låg på 21 poäng (dålig arbetsförmåga) och visade inte någon skillnad mellan kvinnor och män. Dålig eller mindre god arbetsförmåga hade 90 % av patienterna och enbart 10 % hade en god eller utmärkt arbetsförmåga, figur 12.



Figur 12: Arbetsförmåga enligt WAI i grupp 2

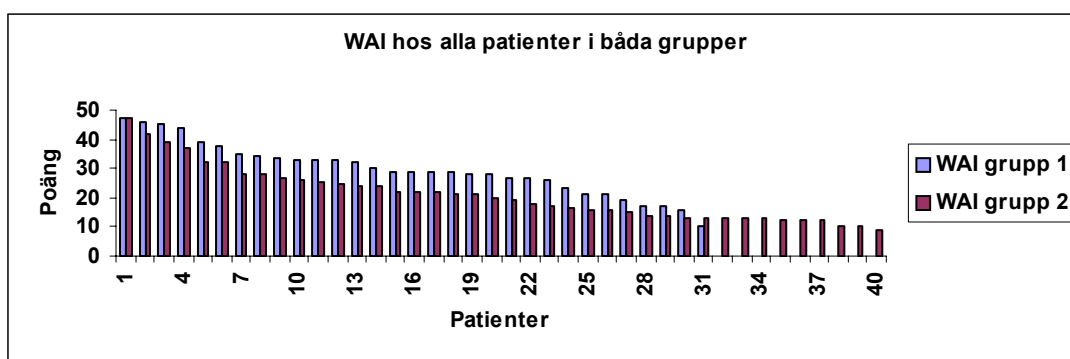
Jämförelse mellan grupp 1 och grupp 2

De flesta av patienterna i grupp 1 hade mindre god arbetsförmåga medan majoriteten av patienterna i grupp 2 hade dålig arbetsförmåga. Generellt hade grupp 2 ett sämre WAI. Inom grupp 1 fanns det procentuellt fler patienter med god eller utmärkt arbetsförmåga än i grupp 2, figur 13.



Figur 13: Arbetsförmåga enligt WAI i grupp 1 och grupp 2

Ett genomgående lägre WAI värde hos patienterna i grupp 2 fanns även vid jämförelse mellan alla individuella WAI i båda grupper, figur 14.



Figur 14: Jämförelse mellan samtliga individuella WAI i grupp 1 och grupp 2

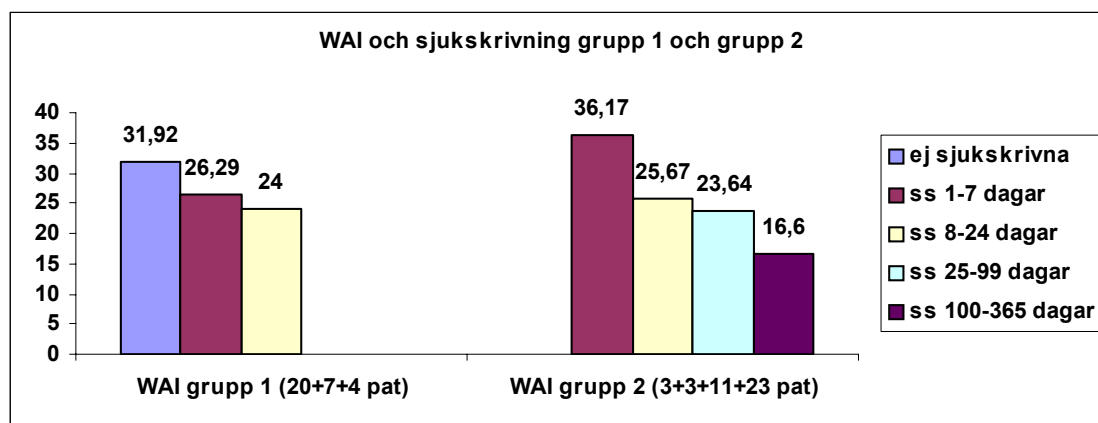
De yngre männen i grupp 1 hade högst WAI (35) medan de yngre kvinnorna inom grupp 2 hade lägst WAI (16,4). Könsfördelningen var ojämn och det saknades yngre män i grupp 2, tabell 1.

Tabell 1: Antal, medelålder och WAI i köns- och åldersstrata i grupp 1 och grupp 2

Grupp 1	Antal	Ålder	WAI	Grupp 2	Antal	Ålder	WAI
Kvinnor<45 år	12	38,8	31,0	Kvinnor<45 år	8	41,6	16,4
Kvinnor>45 år	10	53,8	25,6	Kvinnor>45 år	27	53,0	21,7
Män<45 år	3	39,7	35,0	Män<45 år	0		
Män>45 år	6	49,8	31,0	Män>45 år	5	50,0	21,9

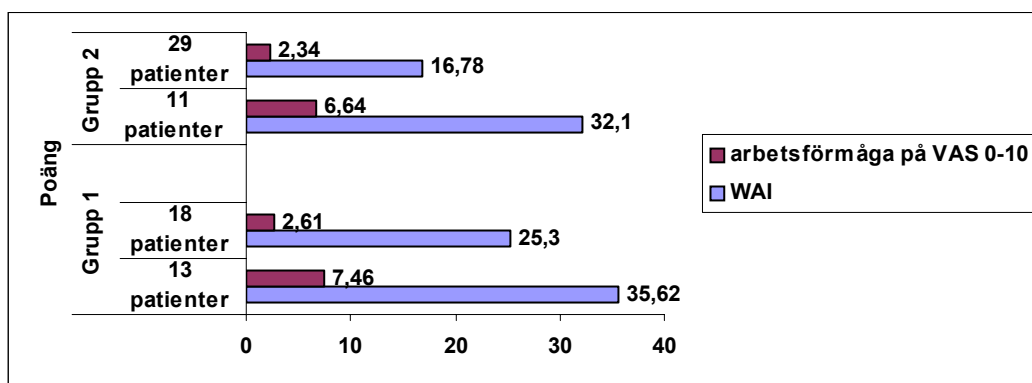
Vid analys av genomsnittligt WAI och sjukskrivningstid noterades att icke- sjukskrivna och patienter sjukskrivna upp till en vecka hade ett högre WAI.

I takt med sjukskrivningslängden minskade WAI och hade lägst värde hos sjukskrivna mellan 100-365 dagar under de senaste 12-månaderna, figur 15.



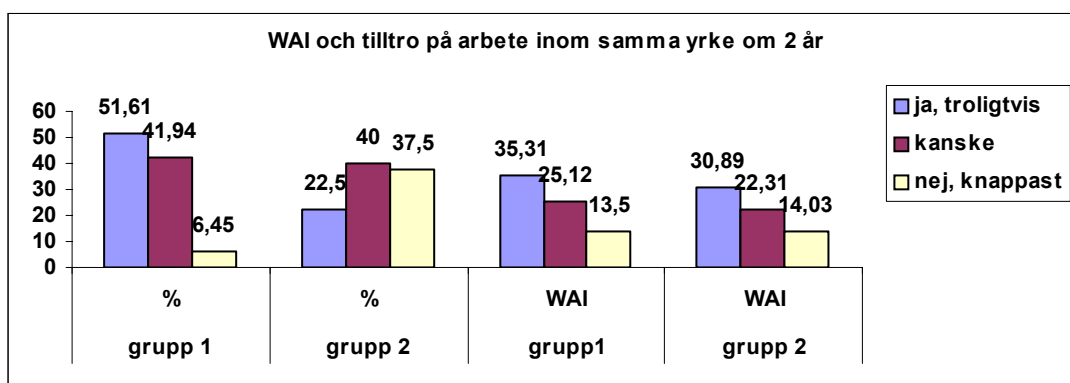
Figur 15: Samband mellan WAI (medelvärde) och sjukskrivning i grupp 1 och grupp 2

Patienternas uppfattning om deras nuvarande arbetsförmåga på en 10-gradig VAS jämförd med när den var som bäst korrelerade väl med WAI, figur 16.



Figur 16: Samband mellan WAI och arbetsförmåga i grupp 1 och 2 fördelade på två strata med VAS 0-5 respektive 6-10

Drygt hälften av patienterna i grupp 1 trodde att de kommer att arbeta inom nuvarande yrke om 2 år medan majoriteten av patienterna i grupp 2 var tveksamma eller trodde inte på detta. Högre WAI värde korrelerade med större optimism och tvärtom, figur 17.



Figur 17: Patienternas tilltro på fortsatt arbete inom samma yrke om 2 år anges först i procent i grupp 1 och 2, sedan anges genomsnittligt WAI värde för dessa svarsalternativ.

DISKUSSION

En kartläggning av arbetsförmåga, livstillfredsställelse och välbefinnande med hjälp av WAI, LiSat-11 och WHO-5 frågeformulär presenteras i aktuell rapport. Vi konstaterade att det fanns samband mellan patienternas upplevelse av arbetsförmåga, deras psykiska välbefinnande och tillfredsställelse med livet samt att långtidssjukskrivna hade lägst arbetsförmågenivå. Tidigare studier med denna testkombination hittades inte i Pub Med.

För att kunna studera sjukskrivningens betydelse för arbetsförmågan jämfördes WAI i grupp 1 med WAI i en annan grupp. Patienterna i grupp 2 ingick i ett annat projekt och undersöktes inte med hela testbatteriet vilket är en brist.

En majoritet av patienterna i grupp 1 hade andra orsaker än det som var anmält som anledning till läkarbesöket. Flertalet patienter var inte sjukskrivna och hade mindre god eller dålig arbetsförmåga, nedsatt välbefinnande och kände sig inte tillfredställda med olika aspekter i livet. Minst nöjda var patienterna med livet i allmänhet och med sin yrkessituation. Deras genomsnittliga tillfredsställelse var mycket bra enbart vad det gäller ADL-förmåga och familjeliv. Trots en i genomsnitt lägre arbetsförmåga och lika dåligt välbefinnande var kvinnornas genomsnittliga livstillfredsställelse något bättre än männens fast skillnaderna är små och könsfördelningen ojämn, det går inte att dra några säkra slutsatser. Denna tendens stämmer överens med resultaten i tidigare studier som visade att kvinnornas livstillfredsställelse överstiger männens (16). Andra författare anser att livstillfredsställelse är könsneutral och den förbättras med åldern inom domänen familjeliv, yrke och ekonomi hos båda könen (12). Hos kvinnor ökar tillfredsställelse även avseende fritiden medan hos männen minskar den inom ADL-förmåga och kroppslig hälsa. Vi hittade att yngre patienter och framförallt yngre män i grupp 1 hade högre WAI medan yngre kvinnor i grupp 2 hade lägst WAI värde. Antalet är dock för få och slutsatser kan inte dras. Enligt tidigare forskning minskar WAI i takt med åldern (7,17) medan kön inte har något signifikant samband med arbetsförmågan (17).

Flertalet patienter i grupp 2 var långtidssjukskrivna och en majoritet av dem hade dålig arbetsförmåga. Vid jämförelse mellan grupperna konstaterades som väntat att sämre arbetsförmåga korrelerade med längre sjukskrivningstid. WAI korrelerade väl med arbetsförmågeupplevelsen på en 10-gradig VAS-skala samt med patienternas tilltro på fortsatt arbete inom två år.

Majoriteten av patienterna upplevde testbatteriet positivt. En nackdel var att formulärgenomgång, databearbetning och dokumentation tog extra mycket läkartid i anspråk men fördelarna i det långa perspektivet tycks vara flera.

Formulärkombinationen gav möjlighet till en heltäckande probleminventering och var en bra bas för ett strukturerat samtal som ökade möjligheten till en adekvat planering och mätbar framtidsuppföljning. Frågeformulären tycks öka självinsikten och underlättar diskussionen om viktiga områden som kanske inte känns naturliga samtalsämnen utifrån besökets anledning. En god medverkan och ärlighet från

patientens sida är naturligtvis en förutsättning för en adekvat bedömning. Diskrepans mellan delar av formulären som innehållsmässigt överlappar med varandra kan också ge värdefull information och behöver analyseras. En läkarbedömning skall alltid grunda sig på mycket mer än de absoluta siffrorna i frågeformulären.

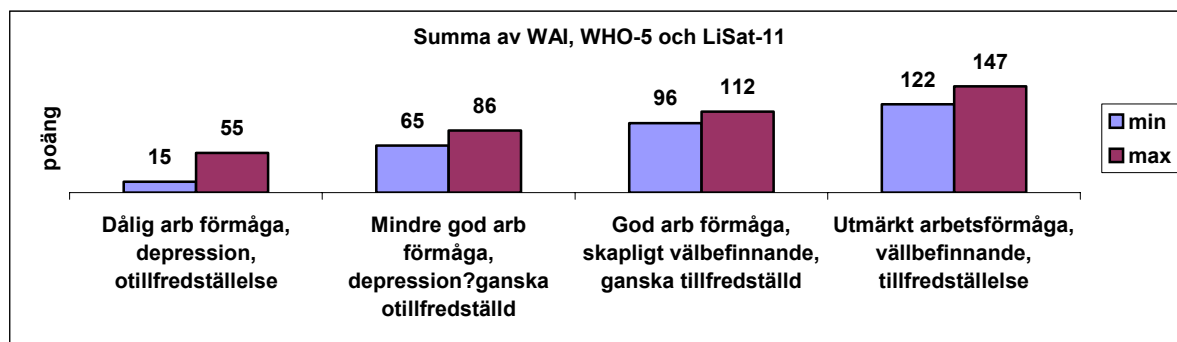
Testbatteriet kan vara mycket värdefullt redan vid en första läkarkontakt särskilt om orsakerna till besöket är multipla, diffusa eller oklara. Vid enklare åkommor eller tidsbrist borde man kunna få en snabb orientering genom att använda sig av två viktiga delfrågor i WAI formuläret: patientens VAS - skattning av nuvarande arbetsförmåga och deras uppfattning om hur hälsan tillåter arbete inom samma yrke om två år.

Förslag

Arbetsförmågans VAS kan även användas för bedömning av patienternas motivation respektive hinder för arbete om man ställer två följdfrågor:

1. Vad gör att du inte skattar med en lägre siffra? (motivation)
2. Vad gör att du inte skattar med en högre siffra? (hinder)

Eftersom samtliga testinstrument samvarierar positivt med varandra kan man vid en summering av WAI, WHO-5 och LiSat-11 teoretiskt lägsta, näst lägsta, näst högsta respektive högsta värden få fyra poängområden. Vid en omräkning som gör att alla testinstrument väger lika mycket får man fyra kombinerade delområden, figur 18.



Figur 18: Fyra kombinerade delområden som inkluderar arbetsförmåga, välbefinnande och livstillfredsställelse

Framtida uppföljningsstudier avseende arbetsförmåga efter omplacering planeras.

LITTERATURREFERENSER

1. Hedborg A. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av Arbetsförmågeutredningen. SOU 2008;66:106.
2. Sjöblom P. Svårt klä begreppet arbetsförmåga i medicinska termer. Läkartidningen. 2011;108:156-157.

3. Ledin C. Bedöma arbetsförmåga inte lätt men ska göras av läkare. *Läkartidningen*. 2011;108:157.
4. Eskelinen L, Kohvakka A, Merisalo T, Hurri H, Wägar G. Relationship between the self-assessment and clinical assessment of health status and work ability. *Scand J Work Environ Health*. 1991;17 Suppl 1:40-7.
5. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. AFM indexet: en metod att bedöma och uppfölja arbetsförmågan. Helsingfors: Institutet för Arbetshygien, 1998.
6. Van den Berg TIJ, Elders LAM, de Zwart BCH, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occup Environ Med* 2009;66:211-220.
7. Makowiec-Dabrowska T, Koszoda-Wlodarczyk W, Bortkiewicz A, Gadzicka E, Siedlecka J, Józwiak Z, Pokorski J. Occupational and non-occupational determinants of work ability. *Med Pr*. 2008;59(1):9-24.
8. Pranjić N, Males-Bilić L, Beganlić A, Mustajbegović J. Mobbing, stress and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: survey study. *Croat Med J*. 2006;47(5):750-8.
9. Von Bonsdorff MB, Seitsamo J, Ilmarinen J, Nygård CH, Von Bonsdorff ME, Rantanen T. Work ability in midlife as a predictor of mortality and disability in later life: a 28-year prospective follow-up study. *CMAJ*. 2011;31:1-8.
10. de Zwart BCH, Frings-Dresen MHW, van Duivenbooden JC. Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occup Med*. 2002;5(4):177-181.
11. Fugl-Meyer AR, Bränholm I-B, Fugl-Meyer KS. Om tillfredsställelse, lycka och rehabilitering. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1992;1:33-41.
12. Fugl-Meyer AR, Melin R, Fugl-Meyer KS. Life satisfaction in 18- to 64-year-old swedes: in relation to gender, age, partner and immigrant status. *J Rehabil Med*. 2002;34:239-246.
13. Melin R, Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR. Life satisfaction in 18- to 64-year-old swedes: in relation to education, employment situation, health and physical activity. *J Rehabil Med*. 2003;35:84-90.
14. Bech P, Staehr-Johansen K, Gudex C. The WHO (ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom*. 1996;66(4):183-190.
15. Bonsignore M, Barkow K, Jessen F, Heun R. Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251:Suppl.2,II/27-II/31.
16. Seitsamo J, Ilmarinen J. Life-style, aging and work ability among active Finnish workers in 1981-1992. *Scand J Work Environ Health*. 1997;23 Suppl 1:20-6.
17. Sjögren-Rönkä T, Ojanen MT, Leskinen EK, Mustalampi ST, Mälkiä EA. Physical and psychosocial prerequisites of functioning in relation to work ability and general subjective well-being among office workers. *Scand J Work Environ Health*. 2002;28(3):184-190.
18. Lindfors PM, Meretoja OA, Töyry SM, Luukkonen RA, Elovainio MJ, Leino TJ. Job satisfaction, work ability and life satisfaction among Finnish anaesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2007;51(7):815-22.