

ARBETSFÖRMÅGA HOS LÅNGTIDSSJUKSKRIVNA- UTVÄRDERING AV TEAMBEDÖMNINGAR

Cecilia Heister Danielsson, företagsläkare, Bergslagens Arbetsmiljö, Filipstad

e-post: cecilia@bergslagensarbetsmiljo.se

Telefon:0590/61870

Handledare överläkare Anders Seldén

Arbets- och miljömedicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro

Projektarbete vid Företagsläkarkursen Väst 2010/2011,
Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Syfte	5
Undersökt grupp	6
Metod	7
Resultat	8
Diskussion	9
Litteraturreferenser	11
Tabell 3, 4	12 – 13

Sammanfattning

Inledning: I Sverige krävs att läkare bedömer samband mellan sjukdom och nedsatt arbetsförmåga för rätt till ersättning från den allmänna sjukförsäkringen. I många länder avgörs arbetsförmåga genom bedömningsinstrument som hanteras av försäkringstjänstemän. Arbetsförmågebedömningar vid komplicerade och långvariga sjukfall sker ofta inom företagshälsovård genom multiprofessionella team som arbetar enligt en biopsykosocial modell.

Syfte: Att utvärdera våra egna teamutredningar efter två år för att se om och hur vi lyckades förutsäga arbetsförmåga hos långtidssjukskrivna. Syftet var också att dra lärdomar inför framtida bedömningar.

Undersökt grupp, metod: 42 individer, elva män och 31 kvinnor som på våra mottagningar under våren och sommaren 2007 deltog i KOMBI-utredningar (kombinerade försäkringsmedicinska- och arbetslivsriktade utredningar) följdes upp med en enkät två år senare. Svaren jämfördes med journaler från utredningen avseende bland annat mätvariabler från självskattningsskalor som SCI-93. Bortfallet analyserades också.

Resultat: Tolv individer besvarade enkäten, tre män och nio kvinnor. Vi lyckades bedöma arbetsförmåga rätt för sju av dessa och delvis rätt för fyra. Prognosen stämde för dem som bedömts ha hel eller ingen arbetsförmåga, för alla män och för de flesta som hade sjukdomar i enbart rörelseapparaten. Prognosen stämde sämre för kvinnor och vid prognos om deltidsarbetsförmåga. Bortfallsgruppen hade fler individer med psykisk ohälsa än svarsgruppen. I båda grupperna var grad av autonom stress mätt genom självskattningsinstrumentet SCI- 93 högst vid prognos om halv arbetsförmåga.

Slutsatser: Det stora bortfallet omöjliggjorde en utvärdering av våra bedömningar om arbetsförmåga. Bedömningen kunde göras på den minoritet som svarade men några slutsatser kunde inte dras. Tendenser sågs trots låg svarsfrekvens. Till exempel verkar kvinnor oftare än män få prognos om arbetsförmåga på deltid och prognosen stämmer ofta sämre. Varför är värt att undersöka närmare. Man bör också undersöka hur SCI- 93 bäst används vid rehabilitering och arbetsförmågebedömningar inom företagshälsovård.

Inledning

Arbetsförmåga är ett viktigt begrepp i den allmänna sjukförsäkringen. För ersättning krävs medicinsk bedömning av läkare enligt DFA -kedjans tre led (1) för att påvisa samband mellan sjukdom (diagnos, D), nedsatt fysisk och psykisk funktionsförmåga (F) på grund av sjukdom och därav aktivitetsbegränsning (A), så att arbetsförmåga uppstår. Arbetsförmågan beror på ett samspel mellan funktionsförmåga och arbetets krav. Vid minskad funktion och ökade krav kan arbetsförmågan minska (2).

Arbetsförmåga är en mellanställning mellan arbetskapacitet, den yttersta gränsen för kroppslig förmåga och faktiskt beteende i en arbetsmiljö (3). Arbetsförmåga är inget medicinskt begrepp utan en social konstruktion utifrån arbetslivets och samhällets krav. Företagsläkare bedömer ofta arbetsförmåga hos en individ i förhållande till ett speciellt arbete. Arbetsförmåga till reguljär arbetsmarknad eller hela arbetsmarknaden beror på mycket mer än det medicinska; Vid vilken grad av funktions- och aktivitetsbegränsning man bedöms kunna försörja sig själv, när samhället skall ge stöd och när individen bör få varaktig sjukersättning bestäms av politiska beslut. I många sjukförsäkringssystem finns instrument som mäter arbetsförmåga. Arbetsförmågeutredningen lyckades inte finna sådana instrument anpassade för det svenska sjukförsäkringssystemet (1).

I den vetenskapliga litteraturen definieras arbetsförmåga enligt tre huvudlinjer (3):

1. Fysisk (biologisk) arbetsförmåga som kan mätas med bland annat konditionstest .
2. Psykisk arbetsförmåga mätt genom självskattningsskalor och tester.
3. Social arbetsförmåga innebärande att fungera med andra i ett arbetssammanhang.

Detta biopsykosociala synsätt är grunden för utredningar i multiprofessionella team och för ICF-klassifikationen som ger möjlighet att allsidigt beskriva hälsa, funktionsförmåga och funktionshinder på ett standardiserat, internationellt gångbart sätt (4). ICD-10 klassificerar bakomliggande sjukdomar och hälsoproblem på liknande sätt .

Arbetsförmåga används ibland likvärdigt med sjukfrånvaro (3). Sjukskrivningstalen i Sverige ökade på 1990-talet. Arbetsförmågan prövades inte mot anpassat arbete och mot reguljär arbetsmarknad. Sjukskrivningarna avslutades då inte och blev långa (2,5). I juli 2008 kom förändringar i sjukförsäkringen. En rehabiliteringskedja infördes med fasta tidsgränser för arbetsförmågebedömning mot ordinarie arbete, mot anpassat arbete hos arbetsgivaren och mot reguljär arbetsmarknad. Externa teamutredningar beställdes av Försäkringskassan för arbetsförmågebedömningar av långtidssjukskrivna.

På våra mottagningar gjordes KOMBI-utredningar med kartläggning av hinder och möjligheter samt delutredningar hos läkare, psykolog, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut och arbetsmarknadskonsult och sist arbetsprövning i tio arbetsdagar. Resultat från konditionstest redovisades från ett till fyra med tre som normal nivå. Mentala förmågor mättes med självskattningsskalorna HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) och MADRS (Mongomery Åsberg Depression Rating Scale). HAD med sina delskalor HAD-Å för ångest och HAD-D för depressivitet gav högst 21 poäng och MADRS högst 54 poäng. Över 15 respektive över 34 poäng var svårt tillstånd. Autonoma symptom tydande på fysiologisk stressreaktion, mättes via självskattningsskalor SCI-93 (Stress and Crisis Inventory-93) från noll till 140 poäng med upp till 25 poäng som normalt. 76-100 poäng var stor och över 100 poäng mycket stor begränsning i kroppslig anpassningsförmåga till stress. Läkarens sammanfattande bedömning innehöll uppgift om diagnoser enligt ICD-10 och funktions- och aktivitetsnedsättningar enligt ICF-klassifikationens b- och d-koder (4) . Samtliga diagnoser angavs, både de som var arbetsförmågenedsättande och övriga. Uppgift om aktuell arbetsförmåga, prognos för framtida arbetsförmåga, rehabiliteringsbehov och motivation för återgång i arbete ingick. Motivationen bedömdes genom kartläggningssamtal, psykologbedömning och arbetsprövning och angavs verbalt i journalen men tolkades till ett numeriskt värde från noll till fyra med tre som normalt.

Syfte

Att göra en två-års-uppföljning av KOMBI-utredningar genomförda på Bergslagens Arbetsmiljö under år 2007 för att utvärdera våra bedömningar om arbetsförmåga hos en undersökt grupp.

Kunde vi förutsäga arbetsförmåga?

Hur väl lyckades vi bedöma och göra prognoser?

Kan slutsatser från utvärderingen förbättra och vägleda vid framtida bedömningar?

Undersökt grupp

Samtliga 42 långtidssjukskrivna individer, 31 kvinnor och elva män 24-52 år, som

under fem månader våren och sommaren 2007 på tre mottagningar deltog i KOMBI - utredningar. Det fanns flera befattningshavare i varje utredande yrkesgrupp. Författaren var själv inte utredande läkare, men sammanställde information om studiegruppens bakgrund och utredningsresultat ur utredningsjournalerna (*tabell 1*).

Tabell 1 Bakgrundsvariabler för undersökningsgruppen. Variationsvidd inom parentes

	n=42 (m = 11 k = 31)
Ålder, år (medeltal)	40 (24- 52)
Utbildningsnivå (medelnivå)	2 (1- 4)
År i arbete , minst 50 % (medeltal)	16 (0-30)
År i sjukskrivning, minst 50 % (medeltal)	5,0 (1,5- 15)
Anställda 2007	ja = 19
Diagnoser mest M	16
Diagnoser mest F	14
Diagnoser M+F	12
Konditionsnivå (medelnivå)	2,0 (1- 4)
SCI-93, poäng (medelpoäng)	65 (9- 112)
HAD-Å, poäng (medelpoäng)	11 (0- 19)
HAD-D, poäng (medelpoäng)	8 (1- 21)
MADRS, poäng (medelpoäng)	18 (0- 36)
Motivationsnivå (medelnivå)	2,5 (0-4)

Individerna hade en genomsnittlig utbildningsnivå motsvarande tvåårigt gymnasium eller yrkesskola. De hade många år i både arbete och sjukskrivning bakom sig. Mindre än hälften hade anställning. Diagnoserna (de som gav funktions- och arbetsförmågenedsättning) var ganska jämnt fördelade mellan psykisk ohälsa (F-diagnos), sjukdomar i rörelseapparaten (M-diagnos) och kombinerad ohälsa, (M+F- diagnoser). Övriga diagnoser förekom tillsammans med M- eller F- diagnoser eller med båda.

På självskattningsskalorna var nivåerna på SCI-93 och i viss mån MADRS generellt högre än på HAD- skalorna. Konditionsnivåer och motivation för återgång i arbete var genomsnittligt under normal nivå.

Metod

En enkät med följebrev och frankerat svarskuvert skickades i december 2009, efter

kontroll av aktuella adresser, i december 2009 till de 42 individerna. Enkäten bestod av åtta enkla frågor om arbete och utbildning efter utredningen, alltså en period på drygt två år. Två frågor besvarades med ja eller nej, två enligt fyra fasta svarsalternativ och övriga med fritt formulerade svar. Det fanns också möjlighet till egna kommentarer. Svaren jämfördes med prognosen om arbetsförmåga och de svarande delades in i två huvudgrupper. Grupp **A** bestod av individer som hade återgått i arbete (eller studier) på hel- eller deltid och grupp **B** de som inte hade arbetat (eller studerat). En annan indelning som skar genom dessa båda grupper var i undergrupperna **I**, **II** och **III** efter hur utfallet om arbetsåtergång stämde med prognoserna om arbetsförmåga (*tabell 2*).

Tabell 2 Svargruppernas prognos /utfallsgrupper efter hur prognosen om arbetsförmåga stämde med arbetsåtergång (utfall)

UTFALL	PROGNOS STÄMMER I	PROGNOS STÄMMER DELVIS II	PROGNOS STÄMMER EJ III
ÅTER I ARBETE A	IA	IIA	IIIA
EJ ÅTER I ARBETE B	IB	IIB	IIIB

I grupp **I** fanns de som hade återgått i arbete eller inte återgått men där omfattningen av arbetsåtergång stämde med prognosen. Grupp **II** var en intermediär grupp med prognos som delvis stämde. Där var skillnaden 25 procentenheter mellan arbetsåtergång och prognos. I grupp **III** avvek prognosen mer än eller lika med 50 procentenheter och stämde alltså inte. Grupp **IA** , **IIA** och **IIIA** bestod av de individer i svargruppen som hade arbetat eller studerat i en omfattning som stämde helt, delvis eller inte alls med prognosen. Grupp **IB** , **IIB** och **IIIB** bestod av dem som inte hade återgått i arbete eller studier enligt prognos, delvis enligt prognos eller trots prognos om minst halv arbetsförmåga. Det gjordes även en analys av de kommentarer som lämnades. Bortfallsgruppen analyserades också. Den indelades efter enbart prognosen och ej efter utfallet (återgång i arbete), som ju var okänt. Undergrupperna kallades efter prognosen **P100 %**, **P75 %**, **P50 %**, **P25 %**, **P0 %** och **PX %** . **P100 %** betydde prognos om hel arbetsförmåga och **PX %** var svårbedömd prognos, där medicinska åtgärder krävdes

för att få arbetsförmåga. Undergrupperna i bortfallsgruppen och hela bortfallsgruppen jämfördes med varandra och med svarsgruppen och dess undergrupper.

Resultat

Tolv individer, tre män och nio kvinnor besvarade enkäten, elva inom angiven svarstid och en individ efter svarstiden. Samtliga tolv inkluderades i svarsgruppen och indelades i undergrupper efter hur prognoserna stämde med arbetsåtergång (*tabell 3*).

Fem var anställda vid utredningen. Åtta hade M-diagnoser, övriga psykisk ohälsa (F) eller kombinerad ohälsa (M+F). Motivationen för arbetsåtergång var hos åtta individer god, i övriga fall lägre. Sju individer fanns i grupp **IA** och **IB**. Tre hade arbetat och fyra individer som bedömts sakna arbetsförmåga hade inte arbetat (grupp **IB**). Alla tre män fanns i grupp **IA** och **IB**. I grupp **II** fanns fyra individer varav tre hade arbetat. Ingen individ fanns i grupp **IIIA**. Ingen hade arbetat i högre omfattning än enligt prognosen. Åtta av de tolv hade bedömts ha någon arbetsförmåga och sex av dem hade arbetat. Fyra av dem var anställda 2007. Två hade samma anställning som då och två hade nya anställningar. Två individer utan anställning var anställda 2009. Av sex som inte hade återgått i arbete saknade fem anställning 2007. De som arbetade hade gjort det i minst sex månader men de flesta i minst ett år. De arbetande var yngre men hade lika långa sjukskrivningstider som övriga.

Bortfallsgruppen, bestod av de 30 individer som inte besvarade enkäten (*tabell 4*).

Den avvek inte från svarsgruppen gällande ålder, kön, utbildning, år i arbetsliv eller år med sjukskrivning. Inga skillnader noterades på skattningsskalor, motivation eller anställningsförhållanden 2007. Konditionen var i bortfallsgruppen låg mot mycket låg i svarsgruppen. Sex hade inte konditionstestats. Uppgift saknades om MADRS-nivå på två individer. SCI-93, HAD-Å och HAD-D- nivåer skattades hos fyra individer till numeriskt mittvärde för den nivå som angavs verbalt i journaltexten.

Diagnoserna i bortfallsgruppen avvek från svarsgruppen. Elva individer hade F- diagnoser och lika många M+F- diagnos medan åtta av de trettio hade M- diagnos mot åtta av tolv i svarsgruppen. Sju individer hade bedömts ha hel arbetsförmåga och sex ingen arbetsförmåga alls. Av dessa tretton var sex män. De i bortfallsgruppen där prognosen var återgång i arbete på deltid eller osäker prognos var två män och femton

kvinnor. I svarsgruppen bedömdes sex av tolv individer ha deltidens arbetsförmåga. Alla var kvinnor. SCI -93 -nivåerna var högst hos de tio individer i både svarsgruppen och i bortfallsgruppen som bedömdes ha 50 %-ig arbetsförmåga. Av de tio var bara en man. Åtta individer i svarsgruppen, de som hade arbetat och ytterligare två, kommenterade enkäten. Av kommentarerna framgick att även om alla som svar på frågor neget utbildning så hade några individer fått internutbildning, rehabilitering med träning, arbetsprövning eller nystartsjobb. Olika anpassningsstrategier till rehabiliteringsprocessen framkom också. Det fanns både aktiva strategier och stark egen drivkraft med önskemål om fortsatt dialog med utredarna, osäkerhet och ambivalens med stort stödbehov, uppgivenhet och begränsningar, samt sjunkande motivation för återgång i arbete och tendens att lägga skuld på utredarna och på rehabiliteringsaktörer när det inte gick som önskat i rehabiliteringen trots god prognos och få begränsningar. Accepterande av ökande begränsningar var en annan strategi.

Diskussion

Det mest slående resultatet är det stora bortfallet. Mer än två tredjedelar besvarade inte enkäten och därför kunde inte frågan om vi kunde förutsäga arbetsförmåga besvaras. Det var ett medvetet ställningstagande att inte skicka påminnelse. Påminnelse hade nog ökat svarsfrekvensen, men kanske även stressnivån. Enkäten skickades ut i december vilket kan ha bidragit till låg svarsfrekvens. Det kan finnas samband mellan motivation för återgång i arbete och motivation att svara på enkäter. Den var under genomsnittet men är ej konstant och kan ha påverkats av hur det gick och vilket stöd man fick i rehabiliteringen. Detta visas av kommentarerna till enkäten och i litteraturen (6,7).

Vi kunde ganska väl förutsäga arbetsförmåga hos dem som faktiskt svarade. Av dessa förutspådde vi rätt arbetsförmåga hos sju av tolv och delvis rätt hos ytterligare fyra. Prognosen var bäst vid prognos om hel arbetsförmåga eller ingen arbetsförmåga alls, vid M-diagnoser och för männen. Prognosen stämde hos alla tre män och hos fyra av nio kvinnor samt delvis hos fyra . Prognosen var sämst vid prognostiserad halvtids-arbetsförmåga, F- diagnos och hög SCI-93-nivå.

Var det verkligen arbetsförmåga som bedömdes? Bedömningen gjordes utifrån det som

föreföll möjligt under gynnsamma omständigheter, alltså snarast arbetskapacitet, medan utfallet också påverkades av verklighetens förutsättningar för rehabilitering, och det man utvärderade var den faktiska arbetsåtergången, påvisad arbetsförmåga.

Man vet inte hur bortfallsgruppens prognoser stämde, men lärdomar kan ändå dras av de tendenser om prognoserna som sågs i båda grupperna. Män fick oftast prognos om hel eller ingen arbetsförmåga och prognos om deltidsåtergång gjordes nästan enbart på kvinnor. Litteraturen visar att män får mer yrkesinriktad rehabilitering som oftare ger återgång i arbete och kvinnor får fler arbetsprövningsåtgärder som mer sällan ger varaktigt arbete (6, 7).

Bortfallsgruppen hade större andel individer med psykisk ohälsa (F- diagnoser) eller kombinerad ohälsa (M+ F- diagnoser) än svarsgruppen. Svarsgruppens prognoser stämde mindre ofta vid dessa diagnoser, men slutsatser om bortfallsgruppens arbetsförmåga kunde inte dras. Litteraturen ger stöd för att multimodal rehabilitering vid diffus långvarig smärta ger ökade förutsättningar för återgång i arbete (8). Kunskap saknas om framgångsrik rehabilitering vid stressrelaterad ohälsa.

Mest sårbara synes individer med prognos om halv arbetsförmåga vara. Hos dem var SCI- 93 nivåerna högst. En studie från Riksförsäkringsverkets Sjukhus i Tranås visar hur läkare kan använda SCI- 93 för att bedöma arbetsförmåga och förutsättningar för rehabilitering när objektiva fynd och tydlig diagnos saknas trots uppenbar ohälsa (9). I litteraturen var det svårt att finna andra bra studier om hur man ökar träffsäkerheten vid arbetsförmågebedömningar av långtidssjukskrivna. Internationella jämförelser saknas då de flesta sjukförsäkringssystem inte tillåter fleråriga sjukskrivningar.

Sammanfattningsvis kunde frågeställningen om vi lyckades att förutsäga arbetsförmåga inte besvaras på grund av det stora bortfallet. Studien visar dock att bland dem som svarade var träffsäkerheten i prognosen ganska god. Metoden för utvärdering var användbar och två år en lämplig period för utvärdering. För mer generella slutsatser borde aktiva strategier för att minska bortfallet ha använts. Vissa slutsatser om vilka prognoser som är svårare och vad som bör undersökas vidare gjordes, bland annat

varför kvinnor oftare ges prognos om arbetsförmåga på halvtid eller deltid och varför prognosen mer sällan stämmer vid deltidsochbedömningar. Hur SCI-93 kan användas vid bedömningar och rehabilitering inom företagshälsovården, bör undersökas vidare.

Litteraturreferenser

1. SOU 2009:89. Gränlandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmågeutredningens slutbetänkande.
2. Astvik W, Mellner C, Aronsson G. På väg. En kvalitativ studie av långtidssjuk-skrivning och rörlighet. Arbete och Hälsa 2006: 3.
3. Ludvigsson M, Svensson T och Alexandersson K. Begreppet arbetsförmåga – en litteraturgenomgång. Arbete och Hälsa 2006: 8, Arbetslivsinstitutet.
4. ICF Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsen 2004 (WHO).
5. Gustafsson RÅ (red.), Lundberg I (red.). Arbetsliv och Hälsa 2004 s 173-191, 215- 232, 365-379 Malmö: Liber Idéförslag.
6. Gerner U. De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen- hinder och möjligheter. Rapport i socialt arbete 2005:113, Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan.
7. Bergendorff S. Rehabilitering – ett långt lidandes historia. Samtal om social försäkring 2006:10.
8. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1+2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2010.
9. Nyström C, Nyström O. Autonoma symptom- diagnosövergripande hälsostörning. Socialmedicinsk tidskrift 2009;1:82-91.

Tabell 3 . Bakgrundsvariabler för svarsgruppens prognos/utfallsgrupper enligt tabell 2

*anges inte för undergrupperna

	IA m=1 k=2	IB m=2 k=2	IIA m=0 k=3	IIB m=0 k=1	IIIB m=0 k=1	ALLA n=12
Ålder,år	*	*	*	*	*	40
Utbildning nivå	*	*	*	*	*	2,5
År i arbete minst 50%	14	21	11	15	21	16
År i sjukskr minst 50%	3,5	5,5	5,0	2,5	6,0	4,5
Anställda 2007	ja= 2	ja= 0	ja= 2	ja= 1	ja= 0	ja= 5
Diagnoser mest M	3	3	2	0	0	8
Diagnoser mest F	0	0	0	0	1	1
Diagnoser M+F	0	1	1	1	0	3
Kondition	1,0	1,0	1,0	3,0	ej testad	1,5
SCI-93	44	78	62	63	84	65
HAD-Å	7	14	9	10	13	11
HAD-D	4	11	6	16	11	8
MADRS	13	29	18	30	24	22
Motivation	3,0	2,0	3,0	1,0	3,0	2,5

Tabell 4 . Bakgrundsvariabler för bortfallsgruppen utifrån prognos om arbetsåtergång (arbetsåtergången är okänd)

	P100% m=3k=4	P75% m=1 k=4	P50% m=1 k=7	P25% m=0 k=2	P0% m=3 k=3	PX% m=0 k=2	ALLA n=30
Ålder,år	*	*	*	*	*	*	41
Utbildn.nivå	*	*	*	*	*	*	2,0
År i arbete minst 50 %	17	14	16	22	18	4	16
År i sjukskr.	4,0	5,5	4,0	3,0	5,0	12,0	5,0

minst 50 %

Anställda 2007	ja= 3	ja= 3	ja= 2	ja= 2	ja= 4	ja= 0	ja= 14
Diagnoser mest M	2	0	1	2	3	0	8
Diagnoser mest F	5	2	1	0	3	0	11
Diagnoser M+F	0	3	6	0	0	2	11
Kondition	2,0	3,0	2,5	2,5	2,0	3,0	2,5
SCI-93	47	54	84	48	63	86	64
HAD-Å	11	11	9	5	8	8	9
HAD-D	7	8	7	4	6	7	7
MADRS	18	17	20	7	14	18	17
Motivation	3,0	3,0	2,0	1,5	2,0	2,5	2,5

* anges inte för undergrupperna