

**ARBETSFÖRMÅGEBEDÖMNING INOM  
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD**

av

Dr Göran Häss

Novatus Medical AB

Trädgårdsvägen 15, 187 50 Täby

goran.hass@novatus.se

Handledare

Docent Lena Hillert, MD, PhD

Karolinska Institutet

Stockholm i maj 2011

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

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|  |    |
|--|----|
| Sammanfattning .....                       | 2  |
| Bakgrund.....                              | 3  |
| Arbetsförmåga .....                        | 3  |
| Att bedöma arbetsförmåga .....             | 5  |
| Instrument för arbetsförmågebedömning..... | 6  |
| Problemställning. ....                     | 7  |
| Syfte .....                                | 8  |
| Frågeställningar. ....                     | 8  |
| Metod .....                                | 8  |
| Undersökt grupp. ....                      | 8  |
| Resultat.....                              | 8  |
| Diskussion.....                            | 11 |
| Slutsats .....                             | 12 |
| Referenser .....                           | 13 |

### **Förord**

Föreliggande arbete har utförts som projektarbete vid Företagsläkarutbildning Väst 2010/2011, Arbets- och Miljömedicin, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Ansvarig kursledare var Docent Lars Gerhardsson.

Ett stort tack till alla stimulerande och kunniga personer som utarbetat, genomfört och deltagit i Företagsläkarkursen Väst, ansvariga och deltagare i kursen för Arbetsförmågebedömning inom FHV på Karolinska Institutet samt min handledare för det utomordentliga stöd och kunskapsutbyte som givits.

Undertecknad står ensam ansvarig för innehållet i rapporten.

## SAMMANFATTNING

### TITEL

Arbetsförmågebedömning inom företagshälsovård (FHV).

### BAKGRUND

Det finns ett flertal metoder och instrument som bedömer individens funktionsprofil samt förmåga i relation till arbetskrav. Det är därför möjligt att det finns skillnader mellan olika FHV gällande hur dessa används och hur det påverkar en rättssäker och lika bedömning av arbetsförmåga. Detta finns idag ingen kunskap om.

### SYFTE

Syftet med detta projektarbete är att hos en selekterad grupp inom FHV inventera och analysera vilka metoder och instrument som idag används för att mäta funktion och arbetskrav vid arbetsförmågebedömningar.

### FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur sker arbetsförmågebedömningar idag inom FHV?
- Vilka instrument används inom FHV för att mäta funktion och arbetskrav i samband med arbetsförmågebedömning?
- Vilka svårigheter föreligger och vilka möjligheter till förbättringar upplever FHV vid bedömningar av arbetsförmåga?

### METOD

Studien har genomförts som en riktad enkät och analys av data inhämtat från en selekterad grupp av 22 personer från skilda FHV enheter. Femton svar erhöles.

### RESULTAT

Vid bedömningarna sker vanligtvis en läkarundersökning samt v.b provtagning riktad mot missbruk. Arbetsplatsbesök sker oftast av sjukgymnast/ergonom i kombination med funktionstest på mottagningen. Självskattningsskalor riktade mot nedstämdhet, ångest, stress och missbruk fylldes ibland i av patienten för att sedan utgöra underlag eller kompletteras med andra instrument i samband med bedömning av psykolog eller beteendevetare. Vid bedömningar av arbetsförmågan rapporterades främst svårigheter i form av orealistiska förväntningar från uppdragsgivare och att finna enkla, tydliga och validerade vetenskapliga metoder för att mäta arbetsförmåga. Möjligheter till förbättringar i arbetet inom FHV beskrevs bl.a i termer av att tydliggöra tjänsten mot uppdragsgivare och få ökad acceptans för att använda sig av och beställa teambedömningar.

### SLUTSATSER

Undersökningen ger en indikation om att arbetsförmågebedömningar idag inom FHV sker på ett heterogent sätt och tjänar flera syften. Det skulle behövas en närmare och större kartläggning gällande arbetsförmågebedömningar inom FHV för att erhålla förbättrade rekommendationer och mer likformigt användande av väl anpassad instrument i dessa bedömningar.

## BAKGRUND

Arbetsförmågebedömningar avser oftast att bedöma individens funktionsprofil samt förmåga i relation till arbetskrav ur ett flerdimensionellt perspektiv.

Dessa bedömningar kan beaktas utifrån en rad skilda områden såsom etik, national-ekonomi, statsvetenskap, företagsekonomi, sociologi, genusteori, socialt arbete, juridik, rehabiliteringsmedicin, arbetsmedicin, neurolingvistik, kognitionsvetenskap, teologi och litteraturvetenskap. [1]

Bedömningar av arbetsförmåga spelar en betydande roll inom försäkringsmedicin men utgör även ett viktigt redskap för vårdgivare och arbetsgivare inom olika rehabiliteringsinsatser. Ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv så beaktas dock huvudsakligen funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar orsakade av sjukdom i relation till de arbetskrav som ställs på den försäkrade i olika situationer.

En betydande del av dessa bedömningar sker idag inom Företagshälsovården (FHV) där höga krav måste ställas på metoder och instrument i detta arbete. Detta för att säkerställa rättssäkerheten för den enskilde individen genom hög och intra- och interindividuell samstämmighet i underlag och bedömningar.

Det är därmed av stor betydelse att få en inblick av hur detta arbete bedrivs och uppfattas, av de ca 4'500 medarbetare på 450 mottagningar och som idag finns i Sverige [2], samt de svårigheter och möjligheter som föreligger.

## ARBETSFÖRMÅGA

Det saknas en entydig definition av begreppet arbetsförmåga. Förmågan att arbeta beror inte enbart på individens kapacitet i olika avseenden. Arbetsförmågan är även resultatet av samspelet mellan denna kapacitet, arbetets krav på individen och den miljö som individen befinner sig i [3]. Arbetsförmåga är alltid relaterad till kända aktivitetskrav som skall utföras i en känd miljö. Om aktivitetskraven och miljön inte är kända kan man inte bedöma någons arbetsförmåga. Man får då göra en bedömning av individens förutsättningar för arbete. I sjukförsäkringen kommer det att enbart gälla individens medicinska förutsättningar för arbete.

Arbetsförmågan är därför ett begrepp bör ses ur ett multidimensionellt begrepp och inkludera även individ och omgivningsfaktorer. Det är inget individen bär med sig utan uppstår först i mötet mellan person och omgivning.

Arbetsförmågan förändras genom livet, saknar fasta gränser och beror på hur väl personfaktorer och omgivningsfaktorer stämmer överens i en given situation.

Arbetsförmågeutredningens slutbetänkande, *Gränslandet mellan sjukdom och arbete* [4], från 2009 ger dock idag riktlinjer för hur arbetsförmåga kan förstås och bedömas.

Där framgår att en försäkringsmedicinsk bedömning av arbetsförmåga på grund av sjukdom bör bygga på hela kedjan **Diagnos-Funktionsnedsättning-Aktivitetsbegränsning** (DFA-kedjan) och den slutliga bedömningen på redovisade aktivitetsbegränsningar i förhållande till de krav som ställs i en befintligt eller möjligt arbetssituation. En individ

kan ha god arbetsförmåga i förhållande till vissa arbetskrav och sämre arbetsförmåga mot andra arbetskrav.

Diagnos skall vara tydlig, väl underbyggd och angiven enligt ICD-10 [5] eller DSM-IV [6].

Funktionsnedsättning definieras såsom en betydande avvikelse eller förlust av kroppsfunction eller kroppsstruktur hos en person. (T.ex svullnad och nedsatt rörlighet i knäled.) En funktionsnedsättning påverkar ofta men inte alltid arbetsförmågan.

Aktivitetsbegränsning är svårigheter, till följd av funktionsnedsättning, som en person har vid utförande av en aktivitet. (T.ex att inte kunna böja sig för att lyfta föremål eller att gå i trappor.) Ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv blir fokus på vad patienten inte kan utföra till skillnad från ett terapeutiskt perspektiv som även kan inkludera vad patienten inte bör utföra av medicinska skäl. Försäkringsmedicinskt görs även en bedömning av vad individen inte skall göra då det kan innebära en medicinsk risk att göra det.

Medicinska underlag för bedömning av förmågan att arbeta vid sjukdom skall enligt Socialstyrelsens och Försäkringskassans slutrapport, *Utformning av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess* [7], utfärdas av läkare och vara grundad på egna, kollegors och andra kvalificerade yrkesgruppers observationer och bedömningar av aktivitetsbegränsningar. Som en del i denna vidare kvalitetssäkring fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan 2005 i uppdrag av regeringen att utforma ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd [8]. Detta levererades 2007 och består av två delar. Den ena delen handlar om övergripande princip vid sjukskrivning. Den andra delen handlar om vägledning och rekommendationer vid bedömning av arbetsförmåga och lämpliga sjukskrivningstider för olika diagnoser.

Vid svårbedömda ärenden har tidigare Försäkringskassan främst köpt utlåtanden och utredningar av privata aktörer. Enligt överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2009 så åligger det landstingen att ta över ansvar för teambaserade fördjupade medicinska utredningar (TFMU) sedan 2010. Teamen skall bestå av läkare, psykolog, sjukgymnast och arbetsterapeut med kunskap, kompetens och rättighet att göra de utredningar och använda sig av de testinstrument som behövs för att beskriva funktionstillstånd. Eftersom läkaren är den som har rätt att utfärda intyg i sjukförsäkringen så står denne därför för de slutliga bedömningarna och utfärdandet. Utföraren skall använda de utredningsmetoder som behövs för att kunna bedöma hur sjukdomen påverkar aktivitetsförmågan och kompletteras med reliabla och valida tester.

För att stödja landstingen i detta arbete har bindande riktlinjer samt nya blanketter tagits fram av Försäkringskassan tillsammans med rekommendationer utarbetade av SKL [9].

Särskilda läkarutlåtanden (SLU) [10] utfärdas fortsättningsvis av ett begränsat antal läkare med fördjupad och fortlöpande försäkringsmedicinsk utbildning.

Varken i TFMU eller SLU ingår att bedöma arbetsförmåga utan fokus ligger på beskrivning av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar pga sjukdom hos patienten.

En enhetlig nomenklatur för att beskriva patienters funktionstillstånd är viktigt och börjar allt mer användas även vid arbetsförmågebedömningar. ICF, *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa* [11], ger grunder för en enhetlig nomenklatur och syftar till att närmare definiera en persons hälsotillstånd genom beskrivning av och interaktioner mellan begrepp som kroppsfunktioner, strukturer, aktivitet, delaktighet, omgivningsfaktorer och personliga faktorer. Den kan ses som en syntes mellan en medicinsk och social modell för användning främst inom klinisk verksamhet, forskning, statistik, socialpolitik och utbildning. För att underlätta arbete vid vissa kroniska tillstånd, t.ex ländryggssmärta, har även specifika s.k ”core-sets” inom ICF tagits fram.

Slutlig försäkringsmedicinsk bedömning görs endast av Försäkringskassans handläggare. Inom ramen för sjukförsäkringen bedöms arbets(o)förmåga pga sjukdom i reguljärt arbete eller för arbetslös i ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden (dag 15-90), annat arbete hos arbetsgivare (dag 91-180), medicinska förutsättningar för arbete/ bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden (dag 181-360) och vid bedömning av rätt till sjukersättning arbetsförmåga eller försörjningsförmåga på hela arbetsmarknaden (dag 361-915).

#### **ATT BEDÖMA ARBETSFÖRMÅGA**

Bedömning av arbetsförmåga är svårt. Det behövs en bedömning av såväl individens funktionstillstånd som omgivningens krav. Det är väl känt att motivation och tron på den egna förmågan är den viktigaste prediktorn för återgång i arbete. Andra betydelsefulla faktorer, för återgång i arbete, utgörs av tid borta från arbetsplats, tidiga rehabiliteringsåtgärder, arbetsstatus och social situation.

För att bättre kunna samla in och värdera information krävs hjälpmedel i form av beprövade och teoretiskt förankrade bedömningsinstrument. Därmed kan potentiella felkällor reduceras, utredningar struktureras samt effektiviseras och en gemensam begreppsapparat på vetenskaplig grund erbjudas. I försäkringsmedicinska situationer så behöver dock bedömningen oftast vara specifikt grundad på aktivitetsbegränsningar orsakade av sjukdom mot generella arbetskrav. Andra situationer, som t.ex i samband med rehabiliteringsinsatser, kan behöva mer fokus på individ och omgivningsfaktorer.

Lagstiftningen förutsätter i många situationer bedömningar som kan vara svåra att utföra, som t.ex graden av nedsättning av arbetsförmågan, nedsättningens varaktighet och vad arbetsförmågan ska bedömas i relation till. I försäkringsmedicinska sammanhang är det ofta arbetsförmågan i individens eget arbete eller arbetsförmågan på den reguljära eller hela arbetsmarknaden som blir aktuell. När det gäller bedömning i relation till arbetsmarknaden anses detta mycket svårt. Arbetsförmågeutredningen har därför föreslagit att Försäkringskassan utvecklar ett särskilt bedömningsinstrument som ska användas när individens förmåga att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden ska bedömas.

Ett sådant regeringsuppdrag gavs i juni 2011 [12] och kommer att slutrapporteras under januari 2013. Regeringen ger i detta Försäkringskassan i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen och i samråd med Arbetsförmedlingen vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen.

#### **INSTRUMENT FÖR ARBETSFÖRMÅGEBEDÖMNING**

Det finns ett stort antal olika instrument som används eller kan tänkas användas i samband med bedömning av arbetsförmåga [13]. Dessa utgörs av såväl bedömnings- som självskattningsinstrument och beskriver oftast antingen individens funktionstillstånd eller arbetets utformning och krav. Vissa instrument beaktar till viss utsträckning även individ och omgivningsfaktorer. De allra flesta instrument används dock huvudsakligen inom forskning och endast i begränsad utsträckning kliniskt.

En förklaring till detta kan vara att många instrument är relativt komplicerade, behäftade med kostnader och betydande tidsåtgång. Det är även svårt att på ett lätt och konsekvent sätt tolka arbetsförmåga i förhållande till resultat.

De egenskaper som främst eftersöks är en god reliabilitet, validitet och användbarhet. Man kan t.ex dela upp olika instrument i vilken personalkategori som är mest lämpad för att tolka det som instrumentet belyser samt om det genomförs som en enkät eller via observation. Vidare kan instrument vara inriktade på olika typer av fysisk eller psykisk funktionsbedömning eller arbetskrav. Bedömningsinstrument kan även ibland beakta sociala- och individfaktorer samt i olika grad vara validerade.

För att instrument som används vid bedömning av arbetsförmåga ska vara lättare för användare att värdera och använda resultat bör de vara baserade i en teoretisk grund som tar hänsyn till faktorer som påverkar arbetsförmågan. Det är en fördel om den teoretiska grunden är känd men i många fall är detta oklart.

Ett exempel på en teoretisk referensram är Model of Human Occupation (MOHO) [14-17]. Den syftar till att förklara hur motivation, livsstil, kapacitet samt den sociala och fysiska miljön påverkar människans möjlighet till aktivitet och delaktighet. Denna modell utgör en gemensam teoretisk referensram t.ex för bedömningsinstrumenten AWC och AWP samt skattningsinstrumenten Worker Role Interview (WEIS) och Work Environment Impact Scale (WRI).

Det finns även ett stort antal andra instrument som idag används, kan användas eller är föreslagna till olika situationer och yrkesgrupper under en arbetsförmågeutredning.

**Tabell 1.** Sammanställning av SKL:s förslag till möjliga instrument att kunna användas av olika yrkeskategorier vid TFMU [9].

| INSTRUMENT    | KATEGORI   | OBSERV./<br>ENKÄT | FUNKT.FÖRM./<br>ARBETSKRAV | INDIVID-<br>FAKTORER |
|---------------|------------|-------------------|----------------------------|----------------------|
| WEIS [18-21]  | Psykolog   | Enk.              | Funkt. förm.               | ✓                    |
| SRI [22]      | Psykolog   | Enk.              | Funkt. förm.               |                      |
| Djupintervju  | Psykolog   | Obs.              | Funkt. förm.               | ✓                    |
| WRI [23-34]   | Arb.terap. | Enk.              | Funkt. förm.               | ✓                    |
| AWP [35-41]   | Arb.terap. | Obs.              | Arb. krav                  |                      |
| DOA [42]      | Arb.terap. | Enk./Obs.         | Funkt. förm.               | ✓                    |
| AMPS [43]     | Arb.terap. | Obs.              | Funkt. förm.               |                      |
| ACIS [44]     | Arb.terap. | Obs.              | Funkt. förm.               | ✓                    |
| ESI [45]      | Arb.terap. | Obs.              | Funkt. förm.               | ✓                    |
| Kartl. aktiv. | Arb.terap. | Enk.              | Funkt. förm.               |                      |
| Aktiv. blogg  | Arb.terap. | Enk.              | Funkt. förm.               |                      |
| TIPPA [46]    | Sjukgymn.  | Obs.              | Funkt. förm.               |                      |

## PROBLEMSTÄLLNING

I litteraturen förefaller det råda samstämmighet om att en arbetsförmågebedömning ska bedöma individens förmåga i relation till arbetskrav ur ett flerdimensionellt perspektiv. Då ett bedömningsinstrument normalt har ett specifikt fokus och användningsområde, räcker det i allmänhet inte med att använda sig av ett enskilt instrument vid bedömning av arbetsförmåga.

Idag sker ett stort antal arbetsförmågebedömningar årligen inom FHV som är en av de viktigaste aktörerna inom detta område genom sin närhet till arbetsgivare, kunskap om arbetsmiljöns krav och förutsättningar samt sitt flerdimensionella arbetssätt.

Eftersom ett flertal yrkesgrupper samarbetar i bedömning av arbetsförmåga inom FHV och skilda enheter har olika arbetssätt så kan det antas att olika metoder och instrument används vilket skapar skillnader i bedömningar. Sannolikt finns behov av att inom FHV i första hand använda instrument som på ett enkelt, adekvat och konsekvent sätt kan beskriva patienters funktions- och arbets(o)förmåga.

Genom detta kan rättssäkra och samstämmiga bedömningar, med fast förankring ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv, genomföras på ett enklare och mer effektivt sätt.

I detta arbete behövs ytterligare kunskap om hur arbetsförmågebedömningar idag sker inom FHV och vilka svårigheter och möjligheter som finns.



## **SYFTE**

Syftet med detta projektarbete är att hos en selekterad grupp inom FHV inventera och analysera vilka metoder och instrument som idag används för att mäta funktion och arbetskrav vid arbetsförmågebedömningar.

## **FRÅGESTÄLLNINGAR**

- Hur sker arbetsförmågebedömningar idag inom FHV?
- Vilka instrument används inom FHV för att mäta funktion och arbetskrav i samband med arbetsförmågebedömning?
- Vilka svårigheter föreligger och vilka möjligheter till förbättringar upplever FHV vid bedömningar av arbetsförmåga?

## **METOD**

Studien har genomförts som en riktad enkät och analys av data inhämtad från en selekterad grupp av personer med olika professionell bakgrund och från olika enheter inom FHV. Enkäten bestod av nitton frågor för att belysa hur man idag arbetar med arbetsförmågebedömningar samt vad man upplever för svårigheter och möjligheter. Enkäten sändes elektroniskt innan kursstart till gruppen och samtliga ombads att fylla i dessa hemma i lugn och ro samt lämna in svar till kurssekreteraren vid nästföljande samling. Personer som arbetade vid samma enhet kunde själva välja ut en representant och redovisa ett gemensamt svar. Svaren har sedan sammanställts och redovisats deskriptivt utan statistisk bearbetning.

## **UNDERSÖKT GRUPP**

Urvalet bestod i att samtliga personer (22st) tillfrågades som deltog i en nationellt riktad kurs för FHV. Kursen var ”Arbetsförmågebedömning inom FHV”, anordnad av Karolinska Institutet hösten 2010 på Danderyds sjukhus i Stockholm. Gruppen bestod av deltagare som representerade olika yrkeskategorier hos geografiskt skilda mindre och medelstora externa samt interna FHV i privat eller offentlig regi. Inga personer representerade stora nationella FHV som t.ex Feelgood och Previa och samtliga enheter var legalt oberoende från varandra. Av de utdelade enkäterna erhöles endast ett svar från varje FHV, totalt 15 st.

## **RESULTAT**

I enkätstudien tillfrågades 22 personer från femton olika FHV enheter. Totalt 15 svar erhöles (svarsfrekvens 68 %). Dessa representerade tretton externa och två interna enheter vilka var geografiskt spridda över Sverige. I genomsnitt så arbetade 13,5 (3-28) heltidsmedarbetare på varje FHV. Av dessa var 2 (0,5-7) läkare.

Enkäten besvarades av en representant, med varierande personalbakgrund, på varje enhet. Sjukgymnaster/ergonomer hade den största representationen (5) följt av läkare (4),

företagsledning (3) och psykolog (2). Även en rehabiliteringskoordinator deltog i enkätstudien. Elva FHV arbetade regelbundet med arbetsförmågebedömningar och i snitt genomförde dessa fyra stycken (0,5-10) per månad. Av dessa skedde mer än 85 % av bedömningar mot arbete på patientens aktuella arbetsplats. Hos 14 av FHV var arbetsgivaren den huvudsakliga uppdragsgivaren. Endast hos en FHV utgjorde FK den största uppdragsgivaren (90 %) p.g.a ett riktat engagemang gällande särskilda läkarutlåtanden (SLU). Enstaka uppdrag hos enheterna kom även från Arbetsförmedlingen och PA-konsulter.

I sitt arbete med arbetsförmågebedömningar uppgav samtliga FHV att de alltid arbetade strukturerat i team bestående av olika personalkategorier. I något fall skedde dock alltid en initial bedömning av läkare innan lämpligt team v.b utsågs. Normalt ingick fyra (2-5) personer i ett team. Läkare ingick alltid, oftast i kombination med psykolog/ beteendevetare och sjukgymnast/ergonom. Även arbetsterapeuter, sköterska eller rehabkoordinator kunde ingå. Genomsnittlig tidsåtgång för varje bedömning uppgick till 9,5 (4-23,5) timmar varav 3 (1-5) timmar läkartid. Huvudsakliga diagnosområden utgjordes av rörelseorganen (48 %), psykiska sjukdomar (40 %) samt missbruk (8 %).

Vid bedömningarna genomfördes läkarundersökning med anamnesupptagning och statusundersökning samt v.b provtagning riktat mot missbruk. Arbetsplatsbesök sker oftast av sjukgymnast/ergonom i kombination med funktionstest på mottagningen. Självskattningsskalor riktade mot nedstämdhet, ångest, stress och missbruk fylldes ibland i av patienten för att sedan utgöra underlag eller kompletteras med andra instrument i samband med bedömning av psykolog eller beteendevetare. Vissa FHV avslutade med internt möte inför skriftlig rapport till beställare.

De instrument som oftast användes av respektive bedömare och hur de såg på dessa:

- Läkare använde sällan instrument men ibland förekom Mini-mental test och Maastricht Vitality Index Questionnaire som diagnostisk hjälp samt vid önskemål från arbetsgivare Audit/Dudit.
- Sjukgymnaster använde sig huvudsakligen av TIPPA vid funktionsbedömning eftersom denna ansågs validerad, enkel att använda samt gav mycket information. Till instrumentets svagheter ansågs att den inte speglar den reella arbetsituationen, ej mäter uthållighet och är svår att ”översätta” i samband med andra nivågraderingar i intyg från t.ex FK.
- Psykologer använde en större vidd av instrument såsom t.ex HAD, MADRS, WEIS, WAI och SCI-93. Ett flertal av dessa valdes då de ansågs validerade, lätta att administrera och gav mycket information. En påtalad svaghet ansågs föreligga i det faktum att ett flertal av instrumenten är självskattningsskalor.
- I den mån en företagssköterska ingick i team användes i ibland SASSAM för att erhålla en vidare kartläggning av patientens hela livssituation samt kvarvarande styrkor och förmågor.

**Tabell 2:** Rapporterat använda instrument inom FHV. (Kategorier: sjukgymnast(S), läkare(L), administration(A), psykolog(P) och rehabkordinator(R))

| Enhet                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
| Kategori                      | S | S | S | S | S | L | L | L | L | A  | A  | A  | P  | P  | R  |
| <b>WEIS</b>                   | x | x |   |   |   |   |   |   |   |    |    | x  |    |    |    |
| <b>SRI</b>                    | x |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>Djupintervju</b>           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | x  |    |    |    |
| <b>WRI</b>                    |   | x |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>AWP</b>                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>DOA</b>                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>AMPS</b>                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>ACIS</b>                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>ESI</b>                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>ESI</b>                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>Kartläggning aktivitet</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>Aktivitetslogg</b>         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>TIPPA</b>                  | x | x | x | x |   | x | x | x | x |    | x  |    | x  |    |    |
| <b>SASSAM</b>                 |   | x |   |   |   | x |   |   |   |    |    |    |    |    | x  |
| <b>HAD</b>                    |   |   |   |   |   | x |   |   | x |    |    |    | x  |    | x  |
| <b>MADRS</b>                  |   |   |   |   |   | x |   |   | x |    |    |    | x  |    |    |
| <b>WAI</b>                    |   |   |   |   |   |   |   | x |   |    |    |    | x  |    | x  |
| <b>Vitality index</b>         |   |   |   |   |   |   |   |   | x |    |    |    |    |    |    |
| <b>Mini mental</b>            |   |   |   |   |   |   |   |   | x |    |    |    |    |    |    |
| <b>Audit/Dudit</b>            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | x  |    |    |    | x  |
| <b>SCI-93</b>                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | x  |    |    |
| <b>DRI</b>                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | x  |
| <b>Claeson-Pahls test</b>     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | x  |

Svårigheter som rapporterades vid bedömningar av arbetsförmåga:

- Brister i förfrågan från arbetsgivare samt orealistiska förväntningar på strukturerade resultat med tydliga slutsatser och konkreta förslag till åtgärder. Arbetsgivare kan ofta se nedsatt arbetsförmåga så som ingen förmåga alls eftersom man oftast inte anser sig kunna anpassa arbetssituation eller acceptera lägre prestation.
- Svårighet att finna enkla, tydliga och validerade vetenskapliga metoder för att mäta arbetsförmåga. Speciellt gäller detta neuropsykiatriska och neuropsykologiska avvikelser samt vad patienten kan klara av.
- Gränsdragning mot icke medicinska faktorer och gällande försäkringsmedicinskt regelverk.
- Prognostiska bedömningar

Förslag till hur förbättringar i arbetet inom FHV skulle kunna ske beskrivs i termer av att:

- Tydliggöra tjänsten mot uppdragsgivare och få ökad acceptans för att använda sig av och beställa teambedömningar.
- Ha ett strukturerat och enhetligt arbetssätt ev. baserat på nationella riktlinjer.
- Öka praktisk användbarhet i metoder och instrument för att korta ned utredningstider, erhålla mer enhetliga bedömningar samt tydliggöra resultat.

Slutligen framgick att man i de flesta bedömningar väger in individfaktorer, som motivation, i den sammanvägda bedömningen.

## DISKUSSION

Sammanfattningsvis visar resultatet i denna studie på att arbetsförmågebedömningar är idag en viktig och betydande uppgift för FHV. Arbetet med olika typer av bedömningar utförs idag inom FHV främst i multimodala team och på ett mycket heterogent sätt. Arbetssätt, användning av instrument och resurser skiljer sig mycket åt mellan olika enheter. Inom FHV så sker den största delen arbetsförmågebedömningar på uppdrag av arbetsgivaren där rehabiliteringsmöjligheter och arbetsanpassningar utgör ett viktigt fokus. Bedömningar sker således av olika orsaker, såväl med försäkrings- som rehabiliteringsmedicinskt fokus. Det visar sig inom FHV finnas en specifik problematik och specifik utmaning att skilja på dessa olika uppdrag för att på bästa sätt anpassa metoder, instrument och bedömningar till olika frågeställningar.

I det begränsade materialet som enkätundersökningen utgör redovisas denna dubbla roll i arbetet med arbetsförmågebedömningar inom FHV. Då den största uppdragsgivaren är arbetsgivaren och fokus är riktat på oförmåga att utgöra en viss arbetsuppgift och förslag på åtgärder för att förbättra situationen så behöver man här arbeta med hela spektret av såväl kroppsliga som psykiska begränsningar men även omgivnings och individfaktorer. En annan viktig aspekt är att även kunna titta på och beskriva arbetskrav så att dessa på lämpligt sätt kan matchas mot befintligt arbete eller leda till lämpliga anpassningar. Inom FHV finns ofta tillgång till patientens arbetsplats på ett okomplicerat sätt och detta ger givetvis en fördelaktig situation jämfört med andra miljöer där det kanske skulle vara rätt tidskrävande och möjligtvis svårare att praktiskt genomföra denna typ av bedömningar. Samtidigt kan man i underlaget notera att instrument för att mäta arbetets karakteristika är mycket begränsade och används i väldigt liten utsträckning.

En automatisk koppling mellan patientens funktionstillstånd och aktivitetsnedsättningar kopplas oftast till en global skattning av arbetssituationen av bedömaren.

Vidare kan utläsas att en mycket liten samstämmighet i användande av instrument föreligger mellan olika FHV och vissa FHV använder inga instrument alls vid sina bedömningar. Ej heller används huvudsakligen de instrument vilka rekommenderats och föreslagits av SKL utan en variation av andra instrument och diagnostiska skattningsskalor för specifika sjukdomstillstånd används regelmässigt vid arbetsförmågebedömningar. Detta kanske inte är lämpligt då dessa inte är utformade för detta eller beskriver aktivitetsbegränsningar på det sätt som krävs. Den mest använda instrumentet hos de enheter som ingick i studien är TIPPA vilket ingår i SKL:s rekommendationer men främst är ett instrument specifikt för bedömning av rehabiliteringspotential och fysisk

förmåga hos patienter med muskuloskeletal värk. Tyvärr kan studien inte bringa klarhet i om det är just för denna patientkategori som TIPPA används.

Studien har även andra svagheter i sin utformning och redovisning av resultat. Det är en mycket liten och selekterad grupp som tillfrågats varför resultat inte automatiskt kan tolkas som representativ för FHV. Kanske var denna grupp mer intresserad av arbetsförmågebedömningar än andra enheter eller möjligen en grupp som känt avsaknad av arbetssätt och instrument vid arbetsförmågebedömningar. Resultaten kanske ej heller är representativa då gruppen saknade företrädare för större nationella aktörer inom FHV som helhet och de tillfrågade kanske främst hade kunskaper om arbetssätt inom den egna professionen. Då stort utrymme gavs i enkäten för deskriptiv data så fanns det en stor variation i hur enheter svarade på olika frågor. Därmed upplevdes svaren som väldigt olika i kvalitet men detta kan givetvis också spegla helt olika tillgång av information. En del av dessa svårigheter skulle ev. ha kunnat belysas bättre genom vidare djupintervjuer med enheterna.

Samtidigt är en styrka i studien att fått viss dokumentation om vad FHV upplever för svårigheter och möjligheter inom detta viktiga område då annan litteratur på området som belyser dessa frågeställningar har inte kunnat identifieras och de resultat som redovisas stämmer väl med egna erfarenheter inom området.

## SLUTSATS

Möjligheten att dra några slutsatser från studien är starkt begränsade utan får främst beaktas som en mindre inblick i FHV arbete med arbetsförmågebedömningar. Företagshälsovården har en unik och mångfasetterad roll inom arbetsförmågebedömningar och det är av vikt att få fram data gällande hur detta arbete bedrivs samt utvecklingsmöjligheter inom området. Undersökningen ger dock en indikation om att arbetsförmågebedömningar idag inom FHV sker på ett heterogent sätt och tjänar flera syften. Trots att man huvudsakligen har ett teambaserat arbetssätt så skiljer sig detta betydligt mellan olika enheter. Det saknas ett enhetligt och konsekvent användande av olika instrument. Användandet synes inte, i tillräcklig grad, styras av uppdragens målsättning och behov vilket lätt kan resultera i olika och ej tillräckligt fokuserade utredningar och bedömningar. De svårigheter som FHV möter ligger främst inom att anpassa och strukturera sitt arbetssätt samt urval av metoder och instrument för att kunna möta de olika förutsättningar som finns. En möjlighet till förbättringar ligger i att, tillsammans med övriga intressenter, som FK, SKL, AF och arbetsgivare, bidra till väl förankrade nationella riktlinjer inom detta område. På så sätt finns förutsättning för ett mer rättssäkert resultat och effektivt arbetssätt. FHV kan därmed, genom sin specifika ställning, kompetens och multifunktionella arbetssätt, sannolikt stärka sin framtida roll som ett naturligt förstahandsval inom olika typer av arbetsförmågebedömningar. Det skulle behövas en närmare och större kartläggning gällande arbetsförmågebedömningar inom FHV. Detta skulle sannolikt kunna leda till förbättrade rekommendationer och mer likformigt användande av väl anpassad instrument för att säkerställa effektiva, enhetliga och rättssäkra bedömningar med ett ökat värde för uppdragsgivare och patient.

## REFERENSER

- [1] Vahlne Westerhäll L, (red.). Arbets(o)förmåga – ur ett mångdisciplinärt perspektiv. Stockholm: Santérus förlag, (2:a upplagan) 2010.
- [2] Svenska företagsläkarföreningen. <http://www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Yrkesforening/Svenska-Foretagslakarforeningen-SFLF>.
- [3] Statens offentliga utredningar (SOU 2008:66). Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Stockholm: Socialdepartementet. 2009.
- [4] Statens offentliga utredningar (SOU2009:89). Gränlandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga. Socialdepartementet. 2009.
- [5] ICD-10. International statistical classification of disease and related health problems. Geneva: WHO. 1992-1994.
- [6] DSM-IV (4<sup>th</sup> Ed.) Washington: The American Psychiatric Association. 1994.
- [7] Socialstyrelsen (2006-107-24). Utformning av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
- [8] Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>. 2007.
- [9] Sveriges Kommuner och Landsting – SKL. Rekommendationer för teambaserade fördjupade medicinska utredningar (TFMU). [www.lul.se/upload/26619/101201%20SKL's%20rekommendationer%20f%C3%B6r%20fordjupade%20utredningar.pdf](http://www.lul.se/upload/26619/101201%20SKL's%20rekommendationer%20f%C3%B6r%20fordjupade%20utredningar.pdf). 2010.
- [10] Försäkringskassan. [http://www.forsakringskassan.se/vardgivare/sjukvarden/forsakringsmedicinsk\\_utbildning/resurser\\_trots\\_sjukdom](http://www.forsakringskassan.se/vardgivare/sjukvarden/forsakringsmedicinsk_utbildning/resurser_trots_sjukdom). 2011.
- [11] Socialstyrelsen (2003-4-1). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa-ICF. Stockholm: Socialstyrelsen. 2003.
- [12] Regeringsbeslut (S201/5364/SF). <http://www.regeringen.se/content/1/c6/14/98/32/9b4d703d.pdf>. Stockholm: Socialdepartementet.
- [13] Salomonsson J, Lundqvist M. Instrument för bedömning av arbetsförmåga: En systematisk litteraturstudie. Linköpings universitet, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, 2009.
- [14] Kielhofner G. A Model of Human Occupation, 3rd edition, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- [15] Kielhofner G. Conceptual foundations of occupational therapy, 3rd ed. FA Davis Company, Philadelphia, 2004.
- [16] Kielhofner G. A model of human occupation: theory and application. 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- [17] Kartläggning av aktivitet, svensk översättning från A Model of Human Occupation Kielhofner G. [www.fsa.akademikerhuset.se](http://www.fsa.akademikerhuset.se). 2001
- [18] Corner RA, Kielhofner G, Lin FL. Construct validity of a work environment impact scale, Work. 1997; 9; 21-34.
- [19] Ekbladh E, Haglund L. WEIS-S version 2. Linköpings universitet, Hälsouniversitetet. Institutionen för nervsystem och rörelseorgan, Linköping, 2000.
- [20] Kielhofner G, Lai JS, Olson L, Haglund L, Ekbladh E, Hedlund M. Psychometric properties of the work environment impact scale: a cross-cultural study. Work. 1999b, 12; 71-77.
- [21] Moore-Corner RA, Kielhofner G, Olson L. A user's guide to Work Environment Impact Scale. University of Illinois at Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Chicago, 1998.
- [22] Nyström C, Nyström O. Stress and Crisis Inventory –SCI – 93. A process-oriented personality exploration starting from a crisis-theoretical frame of reference. Partille 1995
- [23] Velozo C, Kielhofner G, Fisher G. A User's manual for the Worker Role Interview. University of Illinois at Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Chicago, 1998.
- [24] Braveman B, Robson M, Velozo C, Kielhofner G, Fisher G, Forsyth K, Kerschbaum J. A user's guide to Worker Role Interview, version 10.0. The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago, 2005.

- [25] Velozo C.A, Kielhofner G, Gern A, Lin F.L, Ahzar F, Lai J. S, Fisher G. (1999). Worker Role Interview: Toward Validation of a Psychosocial Work-related Measure. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 1999; 9: 153-168.
- [26] Fisher G. Administration and application of the Worker Role Interview: looking beyond functional capacity. *Work*. 1999; 12(1): 13-24.
- [27] Haglund L, Karlsson G, Kielhofner G, Lai JS. Validity of the Swedish version of the Worker Role Interview. *Scan J Occup Ther*. 1997; 4; 23-29.
- [28] Forsyth K, Braveman B, Ekbladh E, Kielhofner G, Haglund L, Fenger K, Keller J. Psychometric properties of the Worker Role Interview. *Work*, 2006; 27; 313-318.
- [29] Biernacki SD. Reliability of the Worker Role Interview. *American Journal of Occupational Therapy*. 1993; 47; 797-803.
- [30] Asmunddottir EE. The Worker Role Interview: a powerful tool in Icelandic work rehabilitation. *Work*. 2004; 22(1): 21-6.
- [31] Fenger K, Kramer J M. Worker Role Interview: Testing the psychometric properties of the Icelandic version. *Scan J Occup Ther*. 2007; 14; 160-172.
- [32] Ekbladh E, Haglund L, Thorell LH. The Worker Role Interview – Preliminary data on the predictive validity of return to work of clients after an insurance medicine investigation. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2004; 2; 131-141.
- [33] Ekbladh E, Thorell LH, Haglund L. Return to work – the predictive value of the Worker role Interview (WRI) over two years. *Work*. 2010;35(2):163-72.
- [34] Ekbladh E, Haglund L. The Worker Role Interview (WRI). Linköpings Universitet. Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, 2007.
- [35] Sandqvist J. Manual för BaFiA version 1.1. Avdelningen för arbetsterapi, Institutionen för nervsystem och rörelseorgan, Hälsouniversitetet, Linköpings universitet, 2001.
- [36] Sandqvist JL et al. Assessment of Work Performance (AWP) – development of an instrument. *Work*. 2006; 26(4): 379-87.
- [37] Sandqvist J. Development and Evaluation of Validity and Utility of the Instrument Assessment of Work Performance (AWP). [Thesis]. Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier; 2007. Linköping University Medical Dissertations, 1009.
- [38] Sandqvist J. Assessment of Work Performance (AWP) version 2.0. Linköpings Universitet. Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, 2008.
- [39] Sandqvist J, Gullberg M, Henriksson C, Gerdle B. Content Validity and Utility of the Assessment of Work Performance (AWP). *Work*. 2008; 30(4): 441-50.
- [40] Sandqvist J, Björk M, Gullberg M, Henriksson C, Gerdle B. Construct Validity of the Assessment of Work Performance (AWP). *Work*. 2009; 32(2): 211-8.
- [41] Norrby E, Linddahl I. Dialog om arbetsförmåga, DOA Version 3. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. 2006.
- [42] Linddahl I. Validity and reliability of the instrument DOA; A dialogue about working ability. [In Swedish] Hälsöhögskolans avhandlingsserie, Jönköping, 2007.
- [43] Fisher A.G. Assessment of Motor and Process Skills. Three Star PressInc. Fort Collins, Colorado, USA. 2006; 1-2.
- [44] Haglund L, Kjellberg A. Bedömning av kommunikations- och interaktionsfärdigheter. Linköpings Universitet. Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, 2004.
- [45] Fisher A.G, Griswold L.A. Evaluation of social interaction. Three Star PressInc. Fort Collins, Colorado, USA. 2009.
- [46] Missaghi-Wedefalk M, Lindh M, Nordholm L, Schön-Ohlsson C. Test Instrument for Profile of Physical Ability = TIPPA. *Nordisk Fysioterapi*. 2004; 8: 74-83.