

Bedömning av arbetsförmåga

En jämförande studie mellan olika rehabiliteringsaktörers
arbetslivsinriktade utredningar

Författare

Kristina Karlén
Arbetsförmedlingen rehabilitering
Box 36
541 21 Skövde

*Projektarbete vid kurs i ergonomi, rehabilitering, kvalitetssäkring och projektmetodik för
sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Arbetslivsinstitutet/Karolinska Institutet 2003/2004.*

Handledare:

Professor Jan Ekholm
Karolinska Institutet
Avd. för Rehabiliteringsmedicin, Norrbacka
171 76 Stockholm



KAROLINSKA INSTITUTET
Avdelningen för Rehabiliteringsmedicin
Institutionen för Folkhälsovetenskap

Förord

Föreliggande arbete har utförts som projektarbete vid Arbetslivsinstitutets och Karolinska Institutets kurs i ergonomi, rehabilitering, kvalitetssäkring och projektmetodik för sjukgymnaster och arbetsterapeuter 2003/2004. Ämnesansvariga kursledare var professor Jan Ekholm och docent Ewa Wigaeus Tornqvist. Arbetet har utförts vid Arbetsförmedlingen rehabilitering i Skövde.

Handledare: Jan Ekholm
Institutionen för Folkhälsovetenskap
Sektionen för Rehabiliteringsmedicin
Karolinska Institutet

Undertecknad står ensam ansvarig för innehållet i rapporten. Detta innebär att Arbetslivsinstitutet och Karolinska Institutet inte ansvarar för innehållet i rapporten.

Arbetsförmedlingen Rehabilitering
Skövde, mars 2005
Kristina Karlén
Leg. arbetsterapeut

Sammanfattning

Författare: Kristina Karlén

Titel: Bedömning av arbetsförmåga. En jämförande studie av olika rehabiliteringsaktörers arbetslivsinriktade utredningar

År: 2005

Antal sidor: 20

Arbetslivsinriktade utredningar som görs av olika rehabiliteringsaktörer används för att hitta ett lämpligt arbete för den sökande, samt ligger till grund för försäkringskassans beslut om eventuellt sjukbidrag eller pension. Det är således viktigt att dessa utredningar görs på ett så korrekt och objektivt sätt som möjligt. Tidigare studier visar att det skiljer mycket på de arbetsförmågebedömningar/arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar som görs idag.

Syftet med studien var att jämföra arbetslivsinriktade utredningar som utfördes av olika rehabiliteringsaktörer. Frågeställningarna var om det finns skillnader i utredningsprocessen och i teamkompetensen.

25 olika rehabiliteringsaktörer valdes slumpmässigt ut bland de aktörer som Försäkringskassan i Västra Götaland hade ramavtal med. Av dessa 25 var det 14 som ställde upp i undersökningen. För datainsamlingen användes strukturerad telefonintervju.

I resultatet kom det fram flera skillnader i både utredningsprocess och teamkompetens hos de olika rehabiliteringsaktörerna. Det fanns skillnader i vilka aspekter man belyste i bedömningarna, vilka metoder och instrument som används samt hur lång utredningstiden var. Det fanns även stora skillnader i personalsammansättningen i de olika utredningsteamerna. I vissa utredningar var det endast en yrkesgrupp som var representerad medan andra kunde ha upp till sex olika yrkesgrupper knutna till sina utredningar. Slutsatsen är att det finns betydande skillnader i såväl utredningsprocess som teamkompetens. De skillnader som har framkommit under studien diskuteras.

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	1
2.1	<i>Försäkringskassans roll</i>	1
2.2	<i>Arbetsförmåga</i>	2
2.3	<i>Arbetsförmågebedömning</i>	3
2.4	<i>Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning</i>	4
2.5	<i>A Model of Human Occupation (MoHO)</i>	5
3	Syfte	6
3.1	<i>Frågeställning</i>	6
4	Metod	6
4.1	<i>Urval</i>	6
4.2	<i>Datainsamling/bearbetning av data</i>	6
5	Resultat	7
5.1	<i>Vilka aspekter som belyses</i>	7
5.2	<i>Vilka metoder och bedömningar som används</i>	8
5.3	<i>Vilka instrument som används</i>	9
5.4	<i>Vilka teorier och modeller som angavs</i>	10
5.5	<i>Utredningstid och upplägg</i>	10
5.6	<i>Personalsammansättningen i de olika utredningsteam</i>	11
6	Diskussion	12
7	Slutsats	14
8	Referenslista	15

1 Inledning

Det ställs allt högre krav i arbetslivet idag vilket medför högre risker för ohälsa hos de anställda. De personer som företagen idag vill anställa ska vara fysiskt och psykiskt friska, ha goda kunskaper inom svenska språket och helst vara unga. Den demografiska utvecklingen i Sverige visar dock att andelen invånare i arbetsför ålder sjunker. Det diskuteras hur man ska lösa denna ”hotande” brist på arbetskraft och en lösning som har kommit på förslag är att höja pensionsåldern. Det är däremot inte säkert att människor orkar med fysiska eller stressiga jobb i ett helt arbetsliv, utan många drabbas av kroppsliga besvär och därmed nedsatt arbetsförmåga (1).

Det har under de senaste åren skett ett betydande flöde ut ur arbetslivet genom ökade långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar. Under perioden 2000-2003 motsvarade antalet ersatta dagar med sjukpenning och permanent sjukersättning omkring 14 procent av arbetskraften i åldrarna 20-64 år (2).

För att undvika långvarig sjukskrivning eller utslagning från arbetsmarknaden krävs ofta insatser med både medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Försäkringskassan har ansvar för att samordna de rehabiliteringsinsatser som behövs för att en sjukskriven ska kunna återfå sin arbetsförmåga. De har fått tilldelat sig särskilda medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Avsikten med dessa medel har varit att dels kunna köpa utredningar och dels för direkta åtgärder som syftar till att underlätta återgång till arbetet (3). För att kunna samordna rehabiliteringsverksamheten, bevaka den enskildes behov av rehabilitering och betala ut rätt ersättning behöver Försäkringskassan ha ett beslutsunderlag av god kvalitet och som präglas av en helhetssyn på den försäkrades situation (3, 4). Som det ser ut idag skiljer det mycket i kvalitet på de utredningar som görs (5), vilket ställer krav på beställarkompetens från handläggarna på försäkringskassan.

2 Bakgrund

2.1 Försäkringskassans roll

Under de senaste åren har sjukförsäkringen renodlats till rent medicinska villkor. Det har påverkat Försäkringskassornas arbetssätt och ställt större krav på beslutsunderlagen. Studier har visat att läkare och försäkringskassehandläggares rapporter att de har problem att bedöma och gradera arbetsförmågan (6). För att underlätta för handläggarna har det utformats en modell, den så kallade steg-för-steg modellen. Bedömningen av en persons arbetsförmåga görs stegvis enligt sju steg. I steg 1 – 4 relateras arbetsförmågan till det tidigare arbetet och därefter till ett annat arbete hos den nuvarande arbetsgivaren. I steg 5 och 6 provas arbetsförmågan mot arbetsmarknaden i övrigt. Slutligen provas i steg 7 rätten till förtidspension. Steg-för-steg bedömningen är tänkt att fungera som en arbetsinstruktion för hur handläggaren på Försäkringskassan skall bedöma arbetsförmågan, rehabiliteringsinsatser och rätt till sjukpenning (4). För att kunna göra en rättvis bedömning behöver Försäkringskassan ibland köpa utredningar av andra rehabiliteringsaktörer. Det finns tre olika typer av utredningar som är viktiga underlag för att Försäkringskassan ska kunna ta rätt beslut och klara ut behovet av rehabilitering för individen:

- Medicinsk utredning
- Försäkringsmedicinsk utredning
- Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning

Medicinsk utredning

Under denna utredning görs en medicinsk undersökning och utredning för att fastställa en eventuell medicinsk diagnos för att ge möjlighet till en adekvat behandling eller lindring av patientens besvär (4).

Försäkringsmedicinsk utredning

En försäkringsmedicinsk utredning görs för att till exempel bedöma om en individs nedsatta arbetsförmåga ger rätt till ersättning; sjukpenning, tidsbegränsad sjukersättning eller tills vidare sjukersättning (4).

Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning

Detta begrepp kommer jag att redogöra för senare i projektarbetet.

2.2 *Arbetsförmåga*

Arbetsförmåga är ett begrepp som, som ofta ger upphov till missförstånd på grund av att begreppet ges olika innebörd. Ett närliggande begrepp som det ofta kan blandas ihop med är funktionsförmåga. En funktionsnedsättning påverkar ofta men inte alltid arbetsförmågan (7).

Tekniska nomenklaturcentralen (TNC) tillsatte en arbetsgrupp som gjorde en sammanställning av begrepp som används inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Arbetsgruppen som utarbetade ordlistan bestod främst av företrädare från myndigheter med uppgifter inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen till exempel Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) och Riksförsäkringsverket (RFV). I denna ordlista har begreppet nedsatt arbetsförmåga definierats på följande sätt:

”Övergående eller bestående begränsningar eller oförmåga att förvärvsarbeta på grund av skada eller sjukdom” (8).

En annan rehabiliteringsaktör som sysslar med arbetslivsinriktad rehabilitering är Samhall Resurs. De definierar arbetsförmåga enligt följande:

”Begreppet arbetshandikapp handlar om effekterna av ett funktionshinder på den enskildes möjligheter att utföra visst arbete. Också detta är således ett relativt begrepp, som innebär att ett funktionshinder inte behöver innebära ett arbetshandikapp. Det kan också innebära att en förhållandevis liten funktionsnedsättning kan medföra stora svårigheter att utföra ett arbete, exempelvis i de fall arbetet ställer stora krav på den fysiska eller psykiska prestationsförmågan.” (9).

1997 kom det en ändring i lagen om allmän försäkring som innebär att det inte finns utrymme för att beakta andra faktorer än rent medicinska vid bedömning av sjukdom. Denna renodling av sjukförsäkringen kom att gälla också arbetsförmågebegreppet (10).

Om en person är arbetsoförmögen eller inte tolkas olika av olika myndigheter, vilket leder till att många individer kommer i kläm när det ska beslutas om vilken ersättning de ska ha. När Försäkringskassan bedömer en individs arbetsförmåga gör man det enbart utifrån faktorer som är rent medicinska. Arbetsförmedlingen i sin tur anser att deras insatser inte kan komma individen till del förrän individen blivit, vad Arbetsförmedlingen kallar, anställningsbar. I detta begrepp lägger arbetsförmedlingen in faktorer som av ekonomiska, sociala, arbetsmässiga eller liknande karaktär och det är just dessa faktorer som Försäkringskassan, enligt AFL, ska bortse ifrån (11).

Schult m.fl. (12) menar i sin artikel att man inte bara kan utgå ifrån den medicinska statusen och individens fysiska, psykiska och sociala förmåga. Faktorer som exempelvis livsvärderingar, familjesituation, motivation, arbetsmiljön kan också påverka individens förmåga att utföra ett arbete.

För att få en total uppfattning om en individs arbetsförmåga kan man inte endast bedöma hur effektivt och ändamålsenligt en individs utförande av en arbetsuppgift är, det vill säga individens objektiva arbetsförmåga. För att få en heltäckande bedömning bör även bedömningar utföras som ger svar på vilka objektiva krav den fysiska och psykosociala arbetsmiljön, samt arbetsmiljön för övrigt, ställer på individen. Även hur individen upplever sin arbetssituation och hur han/hon upplever sin arbetsförmåga bör beaktas (5, 12, 13, 14). Smärtan är en annan faktor som påverkar individens arbetsförmåga – hur hög smärtröskel individen har eller hur individen kan hantera smärta (14).

2.3 *Arbetsförmågebedömning*

Syftet med en arbetsförmågebedömning är att utvärdera individens arbetsförmåga (individens kapacitet) i förhållande till förutbestämda krav, till exempel i jämförelse med ett specifikt arbete (13). En individ kan ha tillräcklig arbetsförmåga i ett yrke men inte i ett annat (7). För att fastställa arbetets krav börjar man med att göra en arbetsplatsanalys och sedan jämföra detta med individens kapacitet. Ett flertal olika dokumentationsmetoder kan användas; till exempel intervju med arbetstagaren, observation av arbetet, videoinspelning av arbetet, biomekaniska beräkningar och olika frågeformulär (5, 13). Vid bedömning av individens kapacitet är det viktigt att tänka på att begreppet kapacitet har en bred betydelse. Därför bör bedömningen innefatta såväl individens fysiska kapacitet, som individens sociala, emotionella och intellektuella kapacitet (13).

Söderback och Jacobs (15) tar upp att det finns ett ökat behov av kvantitativa, validitets- och reliabilitetstestade mätmetoder inom arbetsförmågebedömning. Den fysiska kapaciteten kan bedömas med olika metoder. De mest kända metoderna för att urskilja en individs fysiska kapacitet är: Blankenship, Isernhagen, Polinsky, Key och VALPAR-metoderna (13, 14). VALPAR Component Work Samples är ett standardiserat system där simulerade arbetsuppgifter används för att urskilja individens förmågor.

Det finns även ett flertal mätinstrument som mäter intellektuella och sociala förmågor (13). För att få en uppfattning om hur individen uppfattar sig själv och sin situation kan man använda instrument, som till exempel Work Environment Impact Scale (WEIS) och Worker Role Interview (WRI). WEIS bygger på frågor som rör individens uppfattning av arbetsmiljön. Worker Role Interview (WRI) identifierar hur psykosociala och miljömässiga faktorer påverkar en persons möjligheter att återgå i arbete efter skada eller sjukdom.

Optimalt är om arbetsförmågebedömningen till en viss del sker ute på en reell arbetsplats för att kunna observera samspelet mellan arbetstagare, arbetsuppgifter och omgivningen (14).

I en artikel skriver Marie-Louise Schult (5) att om man gör en litteratursökning på begreppet "arbetsförmåga" i olika databaser hittar man flera begrepp som: work capacity evaluation, functional capacity evaluation, residual functional capacity evaluation, physical capacity evaluation, och vocational evaluation. Alla dessa begrepp skulle grovt kunna översättas med arbetsförmågebedömning respektive funktionsbedömning. Tyvärr går ofta definitioner och innehåll i varandra. När man ska göra en bedömning av en individ är det viktigt att veta vad som skiljer en arbetsförmågebedömning från en funktionsbedömning och vilken av dem man ska använda.

För att kunna särskilja begreppen åt har M-L Schult definierat begreppen enligt följande:

- "The *work capacity evaluation* is more specific to one job and simulates aspects of the actual job to determine if the person has the ability level to do that job"
- "The aim of the *functional capacity evaluation* is to determine the individual's physical abilities and limitations in a prescribed number of tests. The tests will be of the person, not of the work"(5).

2.4 *Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning*

Med det som benämns arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning tar man reda på vilken arbetsförmåga som finns eller kan frambringas, hur arbetsförmågan ska tillvaratas och hur man ska finna ett lämpligt åtgärdsprogram. Utredningen har inte till syfte att klarlägga individens rätt till ersättning, utan den ska leda fram till en bedömning av individens möjligheter att kunna använda sina resurser i någon form av förvärvsarbete. En försäkringsmedicinsk och en arbetslivsinriktad utredning innehåller likartade moment som kan var lämpliga att genomföra vid samma tillfälle för att försäkra sig om att individen bedöms i ett helhetsperspektiv (4).

De arbetsförmågebedömningar/arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar som görs idag skiljer sig mycket. Ibland utförs bedömningarna av en enskild person och ibland görs de av ett multidisciplinärt team. Ibland grundas bedömningarna på mätning av enskilda fysiska förmågor och ibland på en multidimensionell grund. Utredningstiden kan vara allt ifrån två timmars bedömning till ett par veckors utredning. För att det ska bli en god kvalitet på bedömningen rekommenderas att man har ett mångdimensionellt och systematiskt angreppssätt och att väl utprovade mätmetoder används (5).

Oftast görs det endast en utredning som är mycket tidsbegränsad och då är det endast en utvärdering av arbetsförmågan. En sådan utredning genomförs endast med formella tester. Det resultat som kommer fram i en sådan utredning visar endast vilken allmän förmåga och skicklighet personen har (5). Bedömning med hjälp av både simulerade arbetsuppgifter och observationer i en realistisk arbetssituation ger medelmåttig information om förhållanden i det verkliga arbetet. Den bästa uppfattningen om individens förmåga att utföra specifika arbetsuppgifter får man genom att göra systematiska observationer när individen utför arbetsuppgifter i en realistisk arbetsmiljö. Denna information kompletteras sedan med information om arbetskrav, de arbetskriterier som individen möter och med individens egen skattning av sin arbetsförmåga och sin arbetsmiljö (18).

2.5 *A Model of Human Occupation (MoHO)*

Att använda MoHO som en referensram när man gör arbetsförmågebedömningar kan bidra till att man får en mer komplett förståelse för de faktorer som kan påverka människor i arbetslivet (19).

MoHO fokuserar på (20):

- individens motivation till aktivitet
- organisering av aktivitetsbeteendet i rutiner och livsstil
- vad som kännetecknar utförandet
- miljöns inverkan på aktivitetsbeteendet

MoHO grundar sig på systemteori (20) – och beskriver människan som ett öppet system som lever i dynamiskt samspel med sin omgivning. När människor engagerar sig i arbete, lek och dagliga aktiviteter bibehåller, förstärker, formar samt ändrar de sin egen kapacitet, övertygelse och temperament. Människan är sammansatt av tre subsystem som står i interaktion med den omgivande miljön:

- Viljekraftsystemet – motivation, intressen och värderingar. Uppfattning om sig själv. ”Activity choices”, de kortsiktiga val som individer dagligen gör, ex. läsa en bok eller gå på en promenad. ”Occupational choices”, mer långsiktiga val som blir en långvarig eller permanent del av individens liv, ex. börja studera eller börja på ett nytt arbete.
- Vänjandesystemet – vanor, rutiner och roller som bygger upp ett mönster av aktivitetsbeteendet.
- Utförandesystemet – handlandet. Färdigheter i olika områden.
- Miljön – påverkar aktivitetsbeteendet både genom att erbjuda möjligheter för aktivitetsutförandet och genom att kräva ett särskilt beteende.

MoHO belyser speciellt hur individens kapacitet, motivation, livsstil och omgivning avgör hur individen klarar sig i arbetet. Det är viktigt att inte bara se till arbetstagarens fysiska kapacitet, utan även ta hänsyn till psykosociala faktorer (19).

3 **Syfte**

Syftet med studien var att jämföra arbetslivsinriktade utredningar som görs av olika rehabiliteringsaktörer som Försäkringskassan i Västra Götalands län har ramavtal med.

3.1 **Frågeställning**

- Finns det skillnader i utredningsprocessen?
- Finns det skillnader i teamkompetens?

4 **Metod**

Faktainsamlingen skedde i form av en strikt strukturerad telefonintervju, vilket innebär att intervjuaren från ett frågeformulär ställde förutbestämda frågor (se bilaga) och antecknade personernas svar.

4.1 **Urval**

En lista på de rehabiliteringsaktörer som Försäkringskassan i Västra Götalands län kan anlita (enligt ramavtal) togs fram via Internet. Av dessa 49 olika rehabaktörer valdes 25 stycken slumpmässigt ut. Varje aktör kontaktades och tillfrågades om de vill medverka i studien efter att de fått information om studien. 14 valde att medverka, 7 tackade nej och 4 avböjde för att de inte utförde några arbetslivsinriktade utredningar. Av de rehabaktörer som medverkade finns 5 i Västra Götalands län, 3 i Jönköpings län, 3 i Stockholms län och 1 i respektive Bohuslän, Hallans län och Gävleborgs län. De var endast 2 rehabaktörer som hade specialiserat sig på en viss målgrupp, - en inom neurologiska skador och en för Whiplashrelaterade skador.

4.2 **Datainsamling/bearbetning av data**

Ett frågeformulär med strukturerade frågor konstruerades av författaren (se bilaga). Frågorna skickades till de olika rehabaktörerna före intervjun så teamet kunde ta del av frågorna innan. Intervjuerna skrevs inte ned ordagrant utan utskriften var koncentrerade till sakinnehållet. Materialet sorterades efter olika teman såsom vilka aspekter som belyses i en utredning, vilka metoder, bedömningar och instrument som används, vilka modeller och teorier de stödjer sina bedömningar på och vilken utredningstid, upplägg och personalsammansättning de har.

5 Resultat

5.1 Vilka aspekter som belyses

Tabell 1 Aspekter som de olika rehabaktörerna (nr 1-14) bedömer/belyser under utredningen.

Aspekter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Fysiska	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Psykiska	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Sociala	X				X	X	X		X	X		X		X
Motivation	X	X	X	X	X					X				
Smärta		X		X			X					X	X	
Hinder/problem	X	X	X	X			X	X	X	X				
Resurser/Tillgångar	X	X	X	X			X	X	X	X				
Kognitiva faktorer					X		X							
Uthållighet					X					X	X			
Insiktsfullhet					X					X				X
Tidigare arbete och studier	X									X		X		
Intressen	X							X		X				X
Omgivningsfaktorer Hindrade/lättande			X	X							X			
P-ADL	X													
Medicinsk bedömning		X	X	X			X				X		X	
Roller, vanor och rutiner										X				X
Koncentration										X				
Ergonomiskt arbetssätt										X				
Organisations- och problemlösningsförmåga										X				X
Instruktionsförståelse							X			X				
Personfaktorer				X							X			

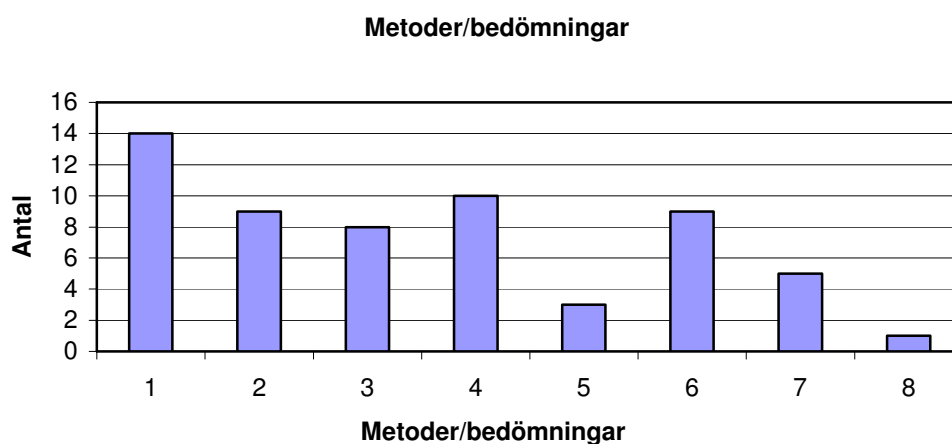
Under intervjun framkom att alla rehabproducenter ansåg sig göra bedömningar utifrån ett helhetsperspektiv. Alla utom nummer 10 bedömde individernas fysiska och psykiska funktioner. Individernas sociala funktioner var det 8 av 14 som bedömde. Åtta av dem som blev intervjuade nämnde att de strävade efter att belysa vad som hindrade individen i en arbetssituation och vilka resurser individen hade. Utöver detta varierade det väldigt mycket beträffande vilka aspekter som bedömdes eller belystes i de olika bedömningarna.

5.2 Vilka metoder och bedömningar som används

Tabell 2 Bedömningar och metoder som används i utredningarna

Metoder/bedömning	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Intervju/kartläggningssamtal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Medicinsk bedömning		X	X	X	X		X				X	X	X	
Funktionsbedömning		X	X		X		X	X			X	X	X	
Psykologbedömning		X	X	X	X		X	X	X Vid behov		X	X	X	
Observation i reell miljö		X							X					X
Observation i simulerade arbetsstationer				X	X	X	X	X Inte alltid		X	X	X	X	
Vägledning			X	X				X	X		X		X	
Videofilmning		X												

Intervju/samtal är den metod som alla rehabaktörer använde i sina utredningar. 12 kombinerade samtal/intervju med någon form av observation. Av dessa 12 var det 8 som även har någon form av funktionsbedömning i utredningen och 8 hade en medicinsk bedömning. I 10 av de olika utredningarna ingick en psykologbedömning. Rehabaktören nummer 1 använde endast samtal/intervju som metod i sina utredningar och två stycken av utredarna använde endast intervju och observation som metod för att göra bedömningen.



Figur 1 Metoder och bedömningar som används av olika rehabaktörer

1. Intervju/kartläggningssamtal
2. Medicinsk bedömning
3. Funktionsbedömning
4. Psykologbedömning
5. Observation i reell miljö
6. Observation med simulerade arbetsstationer
7. Vägledning
8. Videofilmning

5.3

Vilka instrument som används

Tabell 3. Kategorier av bedömningsinstrument samt exempel och antal

Kategori	<u>Instrument som mäter funktionell kapacitet</u> dvs. instrument som utvärderar eller bedömer individens fysiska arbetstolerans	<u>Observationsinstrument</u> dvs. instrument som bedömer individens förmågor i utförande av aktivitet genom observation	<u>Intervjuinstrument</u> dvs. instrument som genom intervju kartlägger individens egna uppfattning	<u>Självskattningsinstrument</u> dvs. instrument där individen själv skattar aktuell företeelse	<u>Psykologernas instrument</u> dvs.	<u>Övrigt</u> dvs. de angivna instrument som ej överensstämde med de övriga kategorierna
Exempel	David Back BPIM bmi EMG-feedback Posimeter Pulsmätare TIPPA Stations-bana	VCWS, BaFia, AMPS	WRI, OCAIRS WEIS, Dygns- snäckan HAS- förväntingar och framtidssyn	VAS-skala Hälsoprofil DRI-fysiska svårigheter i olika aktiviteter MAF- självskattnings- instrument om trötthet GSI – fysisk och psykisk hälsa Livstrappan Livstillfreds- ställelse Smärtritning- smärtintensitet PS-Adl DOA	SCI Neuropsyko- logisk test SCL 90 SF36 MBTI, May Briggs- personlighetstest SMC-stressprofil MPI- Psykologiska, sociala och beteendemässiga aspekter på långvarig smärta SKID-för DSM-IV diagnoser BDI, MADRS, Zung – depressivitet MSPQ – stressrelaterade somatiska symtom IES-tankar och känslor kring olyckan	Vägvisaren- vålednings- materiel Intressetest Aktivitets- loggan
Antal	5	4	3	6	8	3

Av de åtta rehabaktörer som sade att de utför någon form av funktionstest var det fem som nämnde att de använde sig av något eller några instrument som mäter individens fysiska funktion. Av de fem var det tre som använde TIPPA funktionstest. Tolv utförde någon form av observation och av dessa tolv var det fyra som använde något observationsinstrument för att göra bedömningen. Två nämnde att de använde Valpar Component Work Samples (VCWS) som är simulerade arbetsstationer och två sade att de använde observationsinstrumentet BaFia. En rehabaktör gjorde observationer med hjälp av AMPS. Intervju/samtal är den metod som alla rehabaktörer använde i sina utredningar men det var bara tre som nämnde att de hade någon form av standardiserade intervjuinstrument. Av dessa tre var det en rehabaktör som använde flera olika intervjuinstrument. Instrument som är konstruerade så att individen själv skattar sin förmåga var det sex aktörer som använde. Åtta nämnde att de använde standardiserade tester och frågeformulär som bedömdes och utvärderades av psykolog. Vägledningsmaterial och intressetest var andra instrument som användes i utredningen. Tre aktörer nämnde att de hade egenkonstruerade instrument.

5.4 Vilka teorier och modeller som angavs

De flesta som intervjuades hade svårt att redogöra för vilken/-a teorier och modeller de stödjer sin bedömning på. 4 svarade att de inte hade någon gemensam teori eller modell som de stödde sin bedömning på utan det var utifrån egen kunskap och erfarenhet som teammedlemmarna hade. Den enda teoretiska referensram som nämndes var MoHo och det var fem aktörer som nämnde denna teori. MoHo är en teori som ingår i arbetsterapeuternas grundutbildning och alla fem som nämnde denna teori var arbetsterapeuter. Flera av bedömningsinstrumenten som nämndes ovan (BaFia, WRI, OCAIRS, DOA, WEIS,) bygger på denna teori.

5.5 Utredningstid och upplägg

Tabell 4. Utredningstid och vilket upplägg utredningarna har

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Utrednings-tid (dagar)	2	15	10 *	10*	25	10	30	5-10	45-50	25-50	10-12	16	10-30	20
Sammanhängande (s) eller uppdelad (u) utrednings-tid	S	U	S	S	S	U	S	S	S	U	S	S	U	S
Arbetstid per dag	4 tim	2-4 tim	8.00-17.00 Är ej i aktivitet hela dagen	7.30-16.00 Är ej i aktivitet hela dagen	4 tim	3 tim		4 -5 tim	Startar på 2-4 tim, utökar sedan tiden	2-4 tim		6 tim 4 dagar/vecka	Varierar antal tim per gång	Individuellt Tiden kan utökas under tiden
Grupp (g) eller individuella (i) intag	I	Har både grupp och individuella intag	I	I	I	I	I	G	Har både grupp och individuella intag	I	G	G	I	I

* internatform

Av tabell 4 framgår det att utredningstidens längd varierade från två dagar (nr 1) upp till femtio dagar (nr 9). 10 av 14 rehabaktörer hade en sammanhängande utredningstid och i de flesta utredningarna var personen i gång c:a 4 tim./dag. Tre av rehabaktörerna hade gruppintag och två hade både grupp- och individuella intag, resten hade individuella intag.

5.6 Personalsammansättningen i de olika utredningsteam

Tabell 5. Olika personalkategorier som ingår i de olika arbetslivsinriktade utredningarna

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Team	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Läkare		X	X	X	X		X				X	X	X	
Psykolog		X	X	X	X		X	X	X vid behov		X	X	X	
Psykiatriker		X												
Kurator				X	X vid behov						X			
Sjukgymnast		X	X	X	X		X	X			X	X	X	
Arbetsterapeut	X*		X	X	X	X	X			X		X	X	X
Sjuksköterska			X	X					X vid behov			X		
Socionom							X		X vid behov					
Arbetskonsulent/ Vägledare		X			X			X						
Logoped					X vid behov									
Rehabpedagog									X					
Ergonom/ Friskvårdspedagog											X			
Karriärscoach													X	

(*) Kan också vara en sjuksköterska, socionom, sjukgymnast eller liknande.

Av tabell 5 framgår att producenterna hade olika personalbemanningar inom sina rehabiliteringsinriktade utredningar. 8 rehabaktörer hade team som hade 5 eller fler yrkeskompetenser i sina team. Rehabaktör nummer 1, 6, 10 och 14 hade inget team som var knutet till utredningen utan det var endast en yrkesgrupp som utförde utredningen och i dessa fall var de arbetsterapeuter. De yrkesgrupper som var mest representerade i teamen var arbetsterapeuter och psykologer. Sjukgymnaster var också en yrkesgrupp som var väl representerad.

Syftet med mitt projektarbete var att jämföra olika rehabiliteringsaktörers arbetslivsinriktade utredningar. Min intention var att utifrån telefonintervjuer få fram om det fanns skillnader i utredningsprocessen och i teamkompetensen.

Undersökningen visar att betydande skillnader finns både i utredningsprocessen och i teamkompetensen. Det faktum att studien grundar sig på ett tämligen litet undersökningsunderlag gör att det dock inte kan dras några generella slutsatser utifrån resultatet. Resultaten beträffande skillnader är dock troligen i sina huvuddrag relevanta för enheter som anlitas av Försäkringskassan i Västra Götaland för det här ändamålet men hur situationen ser ut i resten av landet är inte möjligt att bedöma utifrån den aktuella studien.

Av resultatet framgår det att alla rehabiliteringsaktörer säger sig göra bedömningar utifrån ett helhetsperspektiv, men i resultatet finns det ingen aspekt som nämndes av alla 14 rehabaktörer. Alla utom en bedömde individernas fysiska och psykiska kapacitet. Individernas sociala kapacitet var det 8 av 14 som bedömde. Möjligen är inte skillnaderna så stora som resultatet visar utan en tänkbar tolkning är att de som intervjuades hade svårt att redogöra för vilka aspekter de observerade i sina bedömningar. Till viss del kan de olika svaren bero på att frågan var oklart ställd. Ett exempel är den sociala aspekten som kan tolkas på två olika sätt; antingen som individens sociala förmågor eller utifrån individens sociala förhållanden. Sex av dem som intervjuades nämnde att de inte belyste den sociala aspekten eftersom de anser att bedömningen ska vila på medicinska grunder.

Vilka aspekter som ska tas hänsyn till debatteras det mycket om. I dagsläget ska, enligt Lagen om allmän försäkring (AFL) (11), bedömningen av arbetsförmågan vila på medicinska grunder. Vid denna bedömning ska man bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Detta tillägg har gjorts för att man har velat göra ett förtydligande av sjukdomsbegreppet. Sjuk- och arbetsskadekommittén konstaterar dock att tillägget kan medföra tolkningsproblem. De menar att formuleringen kan syfta både på sjukdom och på arbetsförmåga. Kommitténs mål är att kunna lagfästa att helhetssyn ska råda vid arbetsförmågebedömningar (10). Westerhäll Wahlne (10) menar dock att det är omöjligt så länge man samtidigt förespråkar en åtstramning i sjukdoms- och arbetsförmågebegreppet. En personlig åsikt är att det därför är bra om det sker en vidare forskning i hur arbetsförmågebegreppet ska tolkas. Det är viktigt att klargöra på vilka grunder arbetsförmågebedömningar ska göras. En ytterligare åsikt är att det är viktigt att inte bortse ifrån helhetssynen när man gör en arbetsförmågebedömning.

Resultatet visade att det finns skillnader i vilka metoder som används för att utreda individens arbetsförmåga. Gard och Schult (5, 13) menar att man måste använda sig av flera olika bedömningsmetoder för att få en helhetsbild av individen. Resultatet visade att de flesta rehabiliteringsaktörerna använder flera olika bedömningsmetoder. Nio av fjorton använder sig av mer än fem olika bedömningar/metoder för att få en helhetsbild av individen. Däremot fanns det vissa rehabiliteringsaktörer som bara använde någon eller några få metoder för att göra en bedömning.

Intervju/samtal var den datainsamlingsmetoden som alla rehabiliteringsaktörer använder sig av. Det beror troligen på att det är den metod som är enklast att använda och man kan snabbt inhämta mycket information men det ger inte tillräckligt underlag för att göra en helhetbedömning. Vissa av rehabiliteringsaktörerna använder flera intervju- och

självskattningsformulär medan andra inte använde något intervju- och självskattningsformulär alls. Att använda olika självskattningsformulär är viktigt för att belysa hur individen själv ser på sin arbetsförmåga och arbetssituation (5,13, 12,14). För att öka tillförlitligheten i datainsamlingen är det enligt min åsikt viktigt att använda de standardiserade bedömningsinstrument som finns, till exempel WEIS (16) och Worker Role Interview (17).

De flesta av rehabiliteringsaktörerna använde sig av någon form av observation i sina bedömningar men de flesta gör det i en fingerad miljö, i så kallade arbetsstationer. Endast tre aktörer utförde observation i en reell miljö. Studier kring bedömningar i fingerad respektive reell miljö visar att bedömningar ger säkrare resultat i reell miljö (14, 18). Att man inte gör observationer i reell miljö kan bero på att kostnaderna för en sådan bedömning blir högre än om man gör den med hjälp av simulerade arbetsstationer (18).

Tidigare studier (12) tar upp att det finns ett ökat behov av kvantitativa, validitets- och reliabilitetstestade mätmetoder inom arbetsförmågebedömning. Tidigare gjordes vissa bedömningar utan några instrument alls eller med hjälp av instrument som var egenkonstruerade.

Resultatet visar att ett flertal rehabiliteringsaktörer gör vissa bedömningar idag utan någon form av instrument. I resultatet kom det även fram att det var tre aktörer som använde någon form av egenkonstruerade instrument. Det är svårt att utifrån detta resultat dra någon slutsats om det är så att bedömningarna görs utan bedömningsinstrument, eftersom tre av dem som intervjuades nämnde att de inte kunde redogöra för vilka instrument som de andra yrkeskategorierna använde sig av. Det som med säkerhet kom fram i undersökningen är att av de tolv som använder sig av observation i sina utredningar är det fyra som använder sig av någon typ av observationsinstrument. VCWS och BaFia är de instrument som nämndes i undersökningen. Valpar CWS är, som nämnts tidigare, standardiserade arbetssituationer som är utvecklade för att man på ett objektivt sätt ska kunna mäta individens förmågor inom olika områden (14). BaFia är ett observationsinstrument som används när man gör observationer i en reell arbetsmiljö eller med hjälp av simulerade arbetsstationer. Instrumentet BaFia håller idag på att validitetstestas. Detta är det enda instrument av det här slaget som jag känner till och anser därför att det är bra om det sker en vidare forskning när det gäller utvecklingen av observationsinstrument.

Psykologerna var den yrkesgrupp som använde sig mest av standardiserade bedömningsinstrument.

Hur pass validitet – och reliabilitetstestade instrumenten är som togs upp under intervjuerna och vilka teorier man grundar sina bedömningar på hade de som intervjuades svårt att redogöra för. Den enda teoretiska referensram som nämndes var MoHo och vissa av bedömningsinstrumenten som nämndes i resultatet (BaFia, WRI, OCAIRS, DOA, WEIS,) bygger på denna teori (16, 17).

Det fanns även stora skillnader i hur lång tid en utredning tar och hur den är upplagd. Vissa rehabiliteringsaktörer gör sin utredning på sammanlagt två dagar medan andra har upp till femtio dagars utredningstid. Enligt Schult (5) är det viktigt att se individen under en längre tidsperiod annars blir det endast en utvärdering av arbetsförmågan som man gör.

I resultatet kom det även fram att det fanns stora skillnader i personalsammansättningen i de olika utredningsteamerna. Fyra av rehabiliteringsaktörerna hade inget team alls knutet till sin

utredning utan det var endast en yrkesgrupp som utförde bedömningen, medan åtta aktörer hade 5 eller mer yrkeskategorier med i sina team. Enligt min personliga erfarenhet av arbetsförmågebedömning är det lättare att få en rättvis bild av individen om bedömningen görs av flera yrkeskategorier med olika kompetens. Denna tankegång styrks av både Schult och Gard (5, 13) som tar upp detta ämne i sina artiklar. De menar att resultatet blir bättre när bedömningen görs utifrån ett multidisciplinärt team, där man kan dra nytta av de olika kompetenserna, i syfte att få en reliabel och valid bedömning av arbetsförmågan.

7 **Slutsats**

Studien tyder på att det bland rehabiliteringsaktörer som kan anlitas av Försäkringskassan i Västra Götaland finns betydande skillnader i hur utredningarna går till vid arbetsförmågebedömning. Det finns skillnader i vilka aspekter de uppger sig bedöma och vilka metoder som används för att belysa dessa aspekter. De flesta rehabiliteringsaktörerna använder sig av flera olika metoder för att utföra bedömningen medan andra använder endast någon eller några få metoder. I vissa bedömningar används väletablerade mätsäkra metoder och i andra bedömningar används det inga mätinstrument alls. Arbetsförmågebedömningarna kan vara baserade på allt från två timmars bedömning till flera veckors utredning. Studien tyder på att det är väsentliga skillnader i teamens kompetens i samband med bedömningarna. Vissa bedömningarna kan utföras av en enskild person och andra av ett multidisciplinärt team.

Resultaten av min studie visar att det finns klara skillnader mellan hur utredningarna går till och vilken teamkompetens som finns hos de olika rehabiliteringsaktörerna. Det som inte kom fram är om det finns kvalitetsskillnader mellan olika former av utredningar. Det skulle vara intressant med en studie om huruvida försäkringskassan upplever att de får den produkt de beställer och betalar för och om försäkringskassans handläggare har de kunskaper som krävs för att kunna jämföra och välja mellan olika rehabiliteringsaktörer.

Tack

Jag vill rikta ett stort tack till Jan Ekholm för god handledning och uppmuntran. Jag vill även rikta ett tack till dem som har ställt upp och välvilligt svarat på mina frågor och givit underlag till detta projekt.

1. Arbets & Miljömedicins hemsida. <http://www.occmmed.uu.se>
2. Uppgifter från Statens folkhälsoinstitut hemsida. Sammanfattning av Rapporten ”den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Rapportnummer: R 2004:15 ISBN 91-7257-273-6. Utgiven april 2004. <http://www.fhi.se>
3. SOU 2000:78 Rehabilitering till arbete. Stockholm: Socialdepartementet, 2000.
4. Krafft S.O., redaktör. Försäkringsmedicinsk utredning, bedömning och dokumentation.FKF-debatt 1998;3 Stockholm: Försäkringskassaförbundet 1998.
5. Schult M-L. Arbetsförmågebedömning – vad nedsätter arbetsförmågan och hur mäter vi detta? Svensk rehabilitering 2000; 4: 48-49.
6. Hensing G. Bedömning av arbetsförmåga – ett dilemma för rehabiliteringsaktörerna. Socialmedicinsk tidskrift 1998; 5: 248-251.
7. Järvholm B, Netz P. Arbetsförmåga. I: Järvholm B & Olofsson C (red): Försäkringsmedicin. Studentlitteratur, 2002: sid. 36-40.
8. Tekniska nomenklaturcentralen. Ordlista för arbetslivsinriktad rehabilitering. Solna: Tekniska nomenklaturcentralen (TNC), 1995.
9. SOU 1997:64 Samhall – en arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Stockholm: Socialdepartementet, 1997.
10. Westerhäll Vahlne L Renodlingen inom sjukförsäkringen ur rättssäkerhetssynvinkel Social tidskrift 2003; 2:141-153.
11. Andersson R, Om arbetsförmågebegreppet Svensk rehabilitering 2000; 4: 28-29.
12. Schult M-L, Söderback I, Jacobs K. Multidimensional aspects of work capability. Work 2000; 15:41-53).
13. Gard G. Balans mellan arbetets krav och individens kapacitet – en utgångspunkt vid bedömning av arbetsförmåga. Arbete Människa Miljö & Nordisk Ergonomi 1998; 1: 29-34.
14. Innes E & Straker L. Workplace assessments and functional capacity evaluations: current practices of therapists in Australia. Work 2002; 18:51-66.
15. Söderback I, Schult M-L. ”Utredning av arbetsförmåga – en vanlig frågeställning i remisser för medicinsk rehabilitering. Svensk rehabilitering 2000; 1: 23-25.
16. Ekblad, E. & Hedlund, M. (1997). *WEIS-S, -översättning och bearbetning av The Work Environment Impact Scale*, 1996 (Moore R, Kielhofner G, Lin F) Linköping: Hälsouniversitetet. Institutionen för nervsystem och rörelseorgan. (Distributör: Lena Haglund).

17. Karlsson, G. & Haglund, L. (1996). *Bedömning av arbetsroll – bearbetning och översättning av "Worker Role Interview"*, WRI, 9th version. (Velzo C, Kielhofner G, Fisher G) Linköping: Hälsouniversitetet. Institutionen för nervsystemet och rörelseorgan. (Distributör: Lena Haglund).
18. Söderback, I. Klarar du jobbet? Svensk rehabilitering 2001; 3: 23-25.
19. Kielhofner, G., Braveman, B., Baron, K., Fisher, G., Hammel, J. & Littleton M. (1999). The model of human occupation: understanding the worker who is injured or disabled. *Work nr.12*, sid 3-11.
20. Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupational. Therory and Application*. Third edition. Baltimore: Williams & Wilkins.