

Rapport fra ekspertkonferanse om funksjonsvurdering

27-28 januar 2003

Forfattere: Marijke Engbers, Bo Veiersted, prosjektgruppen for ”ekspertkonferansen”

Prosjektleder: Bo Veiersted, MD, PhD

Dato: 11. juni 2003

Serie: STAMI-rapport Årg. 4, nr. 4 (2003) ISSN:1502-0932

Sammendrag:

Formålet med denne rapport er å bidra til klargjøring av behov for bruk av funksjonsvurdering til forskjellige formål, vurdere eksisterende metoder for funksjonsvurdering og foreslå anbefalinger om bruk av disse ved arbeidsrettede tiltak, rehabilitering og trygdevurderinger samt peke på eventuelle behov for videre forskning. Rapporten beskriver et utvalg av forskjellige metoder for funksjonsvurdering, redegjør for diskusjoner om funksjonsvurdering generelt, og utvalgte metoder spesielt, som ble gjort på en ”Ekspertkonferanse om funksjonsvurdering”, begrunner og fremsetter anbefalinger til bruk av disse metoder samt eventuelt forskningsbehov.

Funksjonsvurdering kan ses på som hjelpemiddel ved tilrettelegging på arbeidsplassen og tilbakeføring til arbeid men også som hjelpemiddel ved rettferdig tildeling av midler i ytelsessammenheng. Deltakerne på konferansen fikk som oppgave å diskutere funksjonsvurdering på forskjellige tidspunkter og med forskjellige aktører i fraværprosessen og vinklet det stort sett mot funksjonsvurdering i forbindelse med arbeidsplassen. Flere grupper nevnte at kravene til funksjonsvurdering tidlig i prosessen skulle være mindre omfattende enn senere i prosessen.

De fleste gruppene så på funksjonsvurdering som et middel for å forbedre dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Meningen om behov for metoder for funksjonsvurdering varierte fra gruppe til gruppe. Generelt kom det frem behov for enkle huskelister, skjemaer og intervjuguide, med utgangspunkt i International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF – funksjonsklassifiseringssystem utarbeidet i WHO regi). Det ble også nevnt modulbasert metoder hvor man kunne trekke fram det ”instrument” som var tilpasset den aktuelle situasjonen. Medarbeidersamtalen ble av flere grupper nevnt som en mulighet for å ta opp arbeidskrav og funksjonsevne. Det ble ytret bekymring for at eksterne eksperter skulle overta styringen i samtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker og bruk av omfattende instrumenter ble sett på som risiko i den forstand.

Av konkrete metoder ble det norske egenvurderingsskjema sett på som nyttig i noen sammenhenger, men med utvidelse av funksjon i forhold til arbeid. Det var usikkerhet rundt når og hvor skjemaet skulle brukes og hvordan det skulle arkiveres. Arbeidsevneindeksen ble betraktet som interessant som screeningsverktøy. Modellen som blir brukt i samarbeid mellom bedrifter og bedriftshelsetjeneste i Mo i Rana blir betraktet som enkel og brukbart og bør kunne utvides. ”Worker Role Interview” (WRI) og ”Work Environment Impact Scale” (WEIS) ble sett på som nyttige metoder, men foreløpig forholdsvise omfattende.

Ekspertkonferansen viste at forsknings- og utviklingsbehovet på funksjonsvurderinger er betydelig. Den teoretiske basen for funksjonsvurderinger bør utvikles og arbeidet bør knyttes opp til ICF. Forskningen bør rette seg mot utvikling av enkle, eksisterende hjelpemidler. Utvikling av nye metoder er viktig, spesielt for å kvalitetssikre dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Det er behov for å samle erfaring med bruk av forskjellige metoder, effekter av funksjonsvurdering og kost-/nytteanalyser.

Anbefalingene er oppsummert av prosjektgruppen i rapporten

Stikkord:

Funksjonsvurdering
Arbeidsevne
Forebygging
Metoder
Forskning
Anbefaling

Key terms:

Functional assessment
Work ability
Prevention
Methods
Research
Recommendations

Innhold

1. Innledning	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Mål	4
1.3 Prosjektgruppe.....	4
1.4 Omtale av begreper	4
2. Sammendrag og anbefalinger.....	6
3. Gjennomgang av utvalgte funksjonsvurderingsmetoder	8
4. Ekspertkonferanse om funksjonsvurdering 27.-28. januar 2003.....	13
4.1 Gjennomføring.....	13
4.2 Oppsummering av foredrag og gruppearbeid	13
4.2.1 Klargjøring av behov.....	13
4.2.2 Vurdering av eksisterende metoder	14
4.2.3 Konferansedeltakernes anbefalinger om bruk av funksjonsvurdering.....	16
4.2.4 Konferansedeltakernes anbefalinger om forskningsbehov.....	16
4.2.5 Samlet inntrykk av gruppearbeidet	17
5. Prosjektgruppens overveielser og anbefalinger	19
5.1 Tilnærming og prinsipper	19
5.2 Forebyggende tilnærming viktig!	21
5.3 Tidlig fase (før 12 uker).....	22
5.4 Mellomfase (ca 12-26 uker).....	22
5.5 Sen fase (ca 6-12 måneder).....	23
5.6 Behov for forskning	24
6. Litteratur	25
7. Vedlegg.....	27

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Gjennom de siste 8-10 år har det vært en økning i sykefravær og antallet nye uføretrygdede. Sandmannutvalget fremlegger i NOU 2000: 27 (Sykefravær og uførepensjonering 2000) en rekke tiltak for å redusere sykefraværet og blant disse tiltakene blir også nevnt funksjonsvurdering. Intensjonsavtalen fra oktober 2001 mellom regjering og arbeidsmarkedets parter om et inkluderende arbeidsliv inneholder et ønske om å legge større vekt på funksjonsevne. Med denne bakgrunn, og parallelt med utarbeidelse av intensjonsavtalen, utlyste Sosialdepartementet høsten 2001 midler (gjennom Norges Forskningsråd) som var øremerket problemstillinger omkring funksjonsvurdering. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) mente at dette var et utilstrekkelig definert begrep med mangelfull forståelse for mål og metoder, og søkte derfor midler for å gjennomføre en konferanse for klargjøring av disse forhold. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin (IASAM) søkte midler samme sted for et seminar som skulle innlede et større forskningsprosjekt. Rett før sommeren 2002 ble STAMI og IASAM innkalt til departementet og det ble avtalt at det i første omgang skulle gjennomføres en slik ”klargjørende” konferanse. Det ble besluttet at STAMI skulle lede planleggingen av en slik konferanse og at den skulle gjennomføres snarest mulig.

1.2 Mål

Konferansen hadde som mål å bidra til klargjøring av behov for bruk av funksjonsvurdering til forskjellige formål, vurdere eksisterende metoder for funksjonsvurdering og foreslå anbefalinger om bruk av disse ved arbeidsrettede tiltak, rehabilitering og trygdevurderinger samt peke på eventuelle behov for videre forskning. Prosjektgruppen bak konferansen ville så bruke disse innspill for utforming av anbefalinger.

1.3 Prosjektgruppe

Marijke Engbers, spesialist i arbeidsmedisin, fysioterapeut, Modum Felles BHT.

Odd Bjørnstad, siv.ing, fysioterapeut, Fagsekretariatet for bedriftshelsetjenesten, STAMI.

Bo Veiersted, overlege, dr. med, spesialist i arbeidsmedisin, arbeidsmedisinsk seksjon, STAMI.

Dag Bruusgaard, professor dr. med. Gunnar Tellnes, professor dr. med. Bjørgulf Clausen, førsteamanuensis dr. med. Alle fra seksjon for arbeids- og trygdemedisin, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin.

Søren Brage, overlege, dr. med., Rikstrygdeverket.

Per Frivik, sjef psykolog, Aetat.

Solrun Nygård, ergoterapeut, hovedfagstudent, Ergoterapihøgskolen.

Marijke Engbers har gjort hovedparten av arbeidet med å samle inn dokumentasjon før konferansen, sørget for de fleste kontakter med foredragsholdere, forberedelse til og praktisk gjennomføring av konferansen. Prosjektgruppen har hatt 5 møter i perioden juli 2002 til februar 2003, som har vært ledet av Bo Veiersted.

1.4 Omtale av begreper

”Funksjonsvurdering” er et begrep som sjelden defineres presist. Sandmannutvalget beskriver hva man ønsker å oppnå med en funksjonsvurdering, nemlig: en funksjonsvurdering skal angi funksjonsevne/funksjonssvikt i forhold til arbeid og hva som skal til for at den sykemeldte skal komme tilbake til jobb. Det blir ikke nærmere definert hva en funksjonsvurdering er og hvordan den bør gjennomføres. Funksjonsevne blir beskrevet som en persons psykiske, fysiske og sosiale ressurser i forhold til de oppgaver vedkommende skal utføre i arbeid, fritid og i forhold til personlige gjøremål. Begrepet funksjon knytter seg til egenskaper hos en individ, men må sees i relasjon til de behov som funksjonen skal dekke. Dvs den er knyttet til en hensikt og må oppfattes kontekstuell. Dette gjelder selvfølgelig alle menneskets behov, som det gjenspeiles i International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der det i tillegg til kroppsfunksjoner klassifiseres aktivitetsbegrensninger, problem med deltakelse sosialt og omgivelsenes interaksjon med individet. I ICF gjøres også

oppmerksom på to forskjellige tilnærminger til denne type vurderinger. Skal man vurdere funksjonsnivå i forhold til aktuelle krav til individet, hva vedkommende gjør (performance), eller skal man relatere til mulig funksjon uansett aktuelle krav, hva vedkommende *kan* gjøre (capacity). Det blir ikke utdypet videre i denne rapport, men stort sett så vil arbeidsplassrettede tiltak bygge på reelle arbeidsoppgaver og hva vedkommende *gjør* og trygdemessige vurderinger ofte være mer rettet mot hva vedkommende *kan gjøre*.

Ekspertkonferansen har tatt utgangspunkt i disse generelle behov, men fokuserer på hvilken betydning de har i arbeidslivet. De bruksområder vi ser for denne type vurderinger er særlig i relasjon til funksjon på arbeidsplassen, og omtales videre som arbeidsevne. Dette dreier seg om forebyggende tiltak på arbeidsplassen, attføringstiltak, sykemelding så vel som trygdeavgjørelser. For å komme frem til best mulig tiltak bør man vurdere *både* individets helhetssituasjon *og* spesifikke krav som arbeidsoppgaver stiller til den enkeltes funksjon.

Av grunner gjennomgått ovenfor har vi formulert følgende definisjon på funksjonsvurdering:

Funksjonsvurdering er en metode for evaluering av et individs fysiske, psykiske og sosiale evner i relasjon til bestemte situasjoner (f.eks daglige sysler, arbeidsliv, arbeidsplass).

Oslo, april 2003

Marijke Engbers
Bo Veiersted

2. Sammendrag og anbefalinger

Generelt og referat fra ekspertkonferansen.

Formålet med denne rapport er å bidra til klargjøring av behov for bruk av funksjonsvurdering til forskjellige formål, vurdere eksisterende metoder for funksjonsvurdering og foreslå anbefalinger om bruk av disse ved arbeidsrettede tiltak, rehabilitering og trygdevurderinger samt peke på eventuelle behov for videre forskning. Rapporten beskriver et utvalg av forskjellige metoder for funksjonsvurdering, redegjør for diskusjoner om funksjonsvurdering generelt, og utvalgte metoder spesielt, som ble gjort på en ”Ekspertkonferanse om funksjonsvurdering”, begrunner og fremsetter anbefalinger til bruk av disse metoder samt eventuelt forskningsbehov.

Funksjonsvurdering kan ses på som hjelpemiddel ved tilrettelegging på arbeidsplassen og tilbakeføring til arbeid men også som hjelpemiddel ved rettferdig tildeling av midler i ytelsessammenheng. Deltakerne på konferansen fikk som oppgave å diskutere funksjonsvurdering på forskjellige tidspunkter og med forskjellige aktører i fraværprosessen og vinklet det stort sett mot funksjonsvurdering i forbindelse med arbeidsplassen. Flere grupper nevnte at kravene til funksjonsvurdering tidlig i prosessen skulle være mindre omfattende enn senere i prosessen.

De fleste gruppene så på funksjonsvurdering som et middel for å forbedre dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Meningen om behov for metoder for funksjonsvurdering varierte fra gruppe til gruppe. Generelt kom det frem behov for enkle huskelister, skjemaer og intervjuguide, med utgangspunkt i International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF – funksjonsklassifiseringssystem utarbeidet i WHO regi). Det ble også nevnt modulbasert metoder hvor man kunne trekke fram det ”instrument” som var tilpasset den aktuelle situasjonen. Medarbeidersamtalen ble av flere grupper nevnt som en mulighet for å ta opp arbeidskrav og funksjonsevne. Det ble ytret bekymring for at eksterne eksperter skulle overta styringen i samtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker og bruk av omfattende instrumenter ble sett på som risiko i den forstand.

Av konkrete metoder ble det norske egenrederingsskjema sett på som nyttig i noen sammenhenger, men med utvidelse av funksjon i forhold til arbeid. Det var usikkerhet rundt når og hvor skjemaet skulle brukes og hvordan det skulle arkiveres. Arbeidsevneindeksen ble betraktet som interessant som screeningsverktøy. Modellen som blir brukt i samarbeid mellom bedrifter og bedriftshelsetjeneste i Mo i Rana blir betraktet som enkel og brukbart og bør kunne utvides. ”Worker Role Interview” (WRI) og ”Work Environment Impact Scale” (WEIS) ble sett på som nyttige metoder, men foreløpig forholdsvis omfattende.

Ekspertkonferansen viste at forsknings- og utviklingsbehovet på funksjonsvurderinger er betydelig. Den teoretiske basen for funksjonsvurderinger bør utvikles og arbeidet bør knyttes opp til ICF. Forskingen bør rette seg mot utvikling av enkle, eksisterende hjelpemidler. Utvikling av nye metoder er viktig, spesielt for å kvalitetssikre dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Det er behov for å samle erfaring med bruk av forskjellige metoder, effekter av funksjonsvurdering og kost/nytte-analyser.

Anbefalinger:

Forebyggende

- Det bør utarbeides arbeidsplass- og/eller stillingsbeskrivelser som skal være fleksible, dvs ikke statiske i forhold til ”gårsdagens” arbeidsplass, og skal derfor også kunne brukes fortløpende også i det helsefremmende og forebyggende arbeid
- Den anførte beskrivelse skal være utgangspunkt for å vurdere arbeidsevne både i de tilfeller arbeidstakeren står i fare for å bli syk eller er ”syk på jobb”
- Her er det viktig å komme inn tidlig for å forebygge sykemelding *uten* at man vanskeliggjør en hurtig, enkel, fleksibel men samtidig helhetlig vurdering

- Det bør utarbeides meget enkle screeningsmetoder til å avsløre ”gule og røde flagg”, dvs indikasjoner på at det skal gjøres en økt innsats for å opprettholde arbeidstakerens arbeidsevne
- Vi mener at det bør utarbeides retningslinjer for medarbeidersamtaler så de tar med funksjonsvurdering i forhold til arbeidsevne utifra ICF’s helhetlige syn på funksjon og helse.
- Arbeidsevneindeks er interessant fordi den er fleksibel, rask, og har vært utprøvd over lang tid. Man bør vurdere å utvikle underindekser til skjemaet. Indeksen kan brukes som kartleggingsmetode i større grupper, men den bør først prøves ut som screeningsmetode med hensikt å forebygge eller redusere utstøtning (eventuelt sammen med andre funksjonsvurderingsmetoder), før man foreslår å bruke den for individuelle vurderinger.

Tidlig fase (før 12 uker)

- Vi mener at tidlig sykefraværsoppfølging er meget viktig for å oppnå en gunstig kontakt mellom bedrift og ansatt. Vi mener ikke at det er nødvendig med presise metoder på dette tidspunkt. En noe revidert ”Mo i Rana-modell” kan tilpasses tidligere i sykefraværsoppfølgingen. Den bør utvides med spørsmål om psykososiale forhold, enten som få enkle spørsmål, eller fra Generelt spørreskjema for Psykologiske og Sosiale Faktorer i Arbeidet (QPS_{Nordic}) eller så kan WEIS utprøves.
- Vi mener at man i den forenklete funksjonsvurdering har et tilstrekkelig verktøy for den sykemeldende lege tidlig i forløpet. Vi foreslår at det utarbeides utdypede retningslinjer for utfyllingen av bla dette punkt.

Mellomfase (ca 12-26 uker)

- Vi mener ikke at noen av de tidligere nevnte funksjonsvurderingene kan tas i bruk i sin nåværende form i dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og derfor er videre utprøving og tilrettelegging av metodene er nødvendig
- Funksjonsvurdering gjort av behandlere kan være nødvendig i denne fasen. Denne må tilpasses de spesifikke problemstillinger og inkludere en vurdering av arbeidskrav
- Selvvurdering av funksjon kan være en støtte for behandlere. Norsk funksjonsskjema tilfredsstiller flere av ønskete krav til selvvurdering i forbindelse med trygdevurderinger, den kan dog utdypes med arbeidsrelaterte faktorer

Sen fase (ca 6-12 måneder)

- Utarbeide retningslinjer for tverrfaglig vurdering av funksjon.
- Videreutvikle standardisering av funksjonsvurdering ved søknad om uførepensjon

Behov for forskning

- Det bør etableres et fast samarbeid mellom forskningsinstitusjoner, Sosialdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet om ICF som felles språk, nomenklatur og standard for funksjonsvurderinger
- Støtte utviklingsarbeidet for nye metoder for dialog og samtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Som et ledd i dette arbeidet kan det avholdes en konferanse om innholdet i dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker snarest, f. eks. høsten 2003
- Støtte utarbeidelse av dialogguide til bruk mellom arbeidsgiver og arbeidstaker for å kvalitetssikre dialogen, f. eks. ved medarbeidersamtale
- Utvikle instrument som kan brukes i vurdering av arbeidsevne og funksjon i forhold til psykososial arbeidsmiljø
- Støtte utarbeidelse av sjekklister til bruk ved funksjonsvurdering når legen fyller ut sykmelding og legeerklæring ved arbeidsuførhet
- Støtte utviklingen av instrument til bruk ved vurdering av trygdesaker og tildeling av ytelser
- Støtte utarbeidelse av modulbaserte instrumenter til bruk for ulike profesjoner, for eksempel lege, ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog.
- Disse anbefalingene forutsetter at det etterstreses en bred forankring i forsknings- og praktikermiljøer.

3. Gjennomgang av utvalgte funksjonsvurderingsmetoder

Man kan inndele funksjonsvurderingsmetoder på flere forskjellige måter. Man kan dele dem inn etter hva de er ment å beskrive; fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjoner, eller etter om de er generelle eller spesifikke for kroppsregioner. Hvis man inndeles etter formål kan det gjøres i forhold til tilrettelegging på arbeidsplassen eller trygdemessig vurdering. Man kan også dele inn etter om det er selvvurdering, ekspertvurdering eller direkte testing av kapasitet/evner. Med ekspertvurdering menes her at tredjeperson, dvs. bedriftshelsetjeneste, lege, annen terapeut eller ev. andre. Prosjektgruppen mener det er vanskelig å lage en konsekvent inndeling av metoder som tilgodeser alle de nevnte tilnæringsmåter, men har bestrebet seg på å samle metodene nedenfor i forhold til tidspunkt for antatt bruk i sykefraværprosessen.

Gjennomgangen i dette avsnitt bygger på metoder som ble presentert i konferansemateriell og på konferansen. Utvalget pretenderer ikke å være dekkende for området, men er eksempler valgt ut av prosjektgruppen på forskjellige tilnæringer til bruk av funksjonsvurdering. Hver metode vil bli omtalt med følgende punkter hvis bakgrunnsdokumentasjonen tillater det:

- 1) Formål
- 2) Beskrivelse
- 3) Angivelse av type metode; selvvurdering, ”ekspertvurdering” eller direkte test
- 4) Vurdering av a) individets funksjon, fysisk, psykisk og sosialt
 - b) funksjon relatert til arbeidskrav
 - c) arbeidskrav uavhengig av individ
- 5) Evaluering av metoden.

Arbeidsevneindeks (Work Ability Index =WAI) er et metode som er blitt utviklet i Finland gjennom de siste 20 år, og som brukes i en del europeiske land til å fange opp arbeidstakere som er i ferd med å falle ut av arbeidslivet. Formålet er at bedriftshelsetjenesten skal bruke den som et metode til å følge arbeidstakeres funksjonsevne i sin vanlige jobb. Det består av spørsmål om nåværende arbeidsevne i forhold til når den var best, arbeidsevne i forhold til fysiske og psykiske krav i nåværende jobb, antall nåværende sykdommer diagnostisert av lege, den ev. sykdommens innvirkning på arbeidsevnen, sykefravær, egen oppfatning av om man kan klare nåværende jobb om 2 år og om psykiske ressurser. Det kan skåres fra 7 til 49 med fire inndelinger fra svak til utmerket arbeidsevne.

WAI er et selvvurderingsskjema som kan brukes i intervjusituasjon. Det vurderer individets funksjon mye utifra somatiske plager (noe psykosomatikk) og hvilken relasjon de har til arbeidskrav. Begrenset antall spørsmål om psykiske eller psykososiale faktorer. Det vil si at individets funksjonsnivå eller arbeidskrav ikke blir vurdert isolert. Verktøyet har en god prediktiv verdi i forhold til uførhet og har vist akseptabel reliabilitet. Det er foreslått at det kan fungere som screeningsverktøy for å fange opp ansatte med begynnende funksjonssvikt (Tuomi 1998, Arbeidsevneindeks 2002, de Zwart 2002).

WONCA skjemaet blir i Sandmannutvalgets innstilling nevnt som et mulig hjelpemiddel. Formålet har vært å utvikle et verktøy som vurderer helse generelt og er enkelt å utfylle. Her skal det krysses av for fysisk form, følelsesmessige problemer, begrensninger i daglige aktiviteter og sosiale aktiviteter, om helsetilstanden sammenlignet med for 2 uker siden og om den samlede helsetilstand. Det består av 6 generelle spørsmål med 5 svaralternativer hver.

WONCA skjemaet er et selvvurderingsskjema. Det berører ikke arbeidsmessige forhold, men gir en vurdering av funksjonsnivået vedrørende fysisk og psykisk helse. Både den engelske og den norske utgave av skjemaet er delvis validert og reliabilitetstestet med angivelig tilfredstillende effekt. Det er svært enkelt å bruke og man har tidligere brukt det i allmenn praksis, og mener den er egnet til intervensjons- og epidemiologisk forskning (Bentsen 1997).

Forenklet funksjonsvurdering skal i dag gjøres på sykemeldingen innen 4 uker etter første sykemeldingsdato. Formålet er formulert i folketrygdloven § 8-7; ”Vurdering av arbeidsuførhet skal ta utgangspunkt i en funksjonsvurdering”. Her skal sykemeldende lege opplyse om personen kan gjenoppta nåværende arbeid eller om det er behov for tilrettelagt eller annet arbeid. Herutover skal det anføres hva

pasienten ikke må utsettes for, evt hjelpemidler og om forholdene skal diskuteres med arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste.

Dette skjema er på en måte en ”ekspertvurdering”, men fastlegen er normalt ikke spesialist på funksjon i forhold til de aktuelle arbeidskrav. Vurderingen angir funksjon relatert til arbeidskrav, og minimalt med opplysninger om individets funksjon fysisk, psykisk eller sosialt og ingen om arbeidskrav isolert. Den er ikke validert eller reliabilitetstestet.

NORFUNK, Norsk funksjonsskjema er et spørreskjema utviklet av RTV for oppfølging av sykmeldte. Formålet er å bruke det i arbeidet med sykemeldte for tilrettelegging av tiltak etter ca 6 ukers sykemelding. Det består av 36 spørsmål som bygger på WHO’s klassifisering av funksjonsevne, uførhet og helse (ICF). Den sykmeldte skal besvare spørsmål om gåing, løfting/bæring, ståing/sitting, bruk av hender, mestring/konsentrasjon, samhandling/kommunikasjon, syn/hørsel, sykmeldingsdiagnose, graden av arbeidsnedsettelse p.g.a. sykdom, den ansattes oppfatning av sykmeldingens lengde og den ansattes vurdering av behov for tilrettelegging av arbeidet.

NORFUNK er et selv vurderingsskjema som prøver å karakterisere funksjon generelt uten større relasjon til arbeidskrav, verken generelt eller (bortsett fra et spørsmål) spesifikt til egen arbeidssituasjon. Man angir allikevel at en ekspertgruppe vurderte spørsmålene som relevante for arbeidslivet. Spørsmålene beskriver etter vår mening dagligdags aktiviteter som bare delvis er relevante for vurdering av arbeidsevne. Skjemaet ser følgelig slett ikke på arbeidskrav isolert. RTV har selv vurdert spørreskjemaet gjennom et par prosjekter til å være valid, pålitelig og nyttig for saksbehandlere for bla å vurdere innkalling til avklaringssamtale, til støtte i samtalen og for vurdering av tiltak. (Brage 2001)

SF-36 (36 item short-form) er utviklet i USA. Bakgrunnen for navnet – ”Short Form-36”, er at de fleste av dimensjonene er hentet fra et tidligere og mer omfattende skjema - Medical Outcomes Study. Formålet er å måle helserelatert livskvalitet. Det inneholder 36 spørsmål, fordelt på åtte dimensjoner. De sistnevnte er; fysiske begrensninger pga helseplager, sosiale begrensninger pga fysiske eller følelsesmessige problem, begrensninger i vanlig aktiviteter pga fysiske problem, begrensninger i vanlige aktiviteter pga følelsesmessige problem, kroppssmerter, generell mental helse, ”vitalitet” og generell forståelse av egen helse.

SF-36 kan brukes både som selv vurderingsskjema og for intervjuer. Det fokuserer på individets funksjon med bare enkelte spørsmål som relaterer til ”vanlig arbeid”, dvs ingen isolert vurdering av arbeidskrav. Det er utbrett brukt i epidemiologisk og klinisk forskning, samt i forsikringssammenheng. Skjema er internasjonalt anerkjent og godt validert. Det finnes i enda kortere utgaver, med bl. a. 12 spørsmål. Funksjonssvikt og livskvalitet er nær koblet, og målinger av livskvalitet vil ofte ha elementer av funksjon i seg, tilsvarende vil en ved spørsmål om egenrapportert helse ofte berøre funksjon (Loge 1998, Gummesson 2003).

Personal Capability Assessment (tidligere All Work Test) er en metode utviklet i Storbritannia i trygde-ytelsessammenheng. Formålet var å finne en ”test” som kunne gi en enkel og klar definisjon av funksjonssvikt for å vurdere om krav til trygdeutbetaling er innfridd. Den skal bare fokusere på effekten av forskjellige medisinske tilstander. Her vurderes funksjonen på 18 punkter med 5-7 svaralternativer. 14 spørsmål omhandler fysiske forhold (evne til å gå, gå i trapper, stå, reise seg fra stol, bøye seg, håndfunksjon, løfte/bære og strekke seg, hørsel, syn, inkontinens, problemer med bevisstløshet), og 4 psykiske forhold (konsentrasjonsevne, motivasjon, stresstoleranse og evne til sosial omgang). Den sykmeldte skal selv fylle skjemaet ut etter 28 ukers sykmelding og svarene skal sammen med uttalelse fra pasientens egen lege sendes inn til ”trygden”. Stort sett alle saker sendes så videre til en ”godkjent” lege, dvs en som er spesialutdannet til å gjøre disse vurderinger. Vedkommende kan gjøre en enkel generell vurdering etter en samtale med pasienten, der man oppsummerer vurderingen fra et 4 siders skjema med spørsmål om yrkesanamnese, klinisk status, fysiske og mentale funksjoner, arbeidsevne og muligheter for tiltak på arbeidsplassen samt prognose. Eventuelt kan den funksjonssvikt som omtales testes for dokumentasjonens skyld.

Personal Capability Assessment er selv vurderingsskjema og en ekspertvurdering av en ”godkjent” lege. Det inneholder opplysninger om funksjon av daglige sysler, og har en del spørsmål om arbeidsevne relatert til aktuell jobb, men ikke beskrivelse av arbeidskrav generelt. Det er lite kjent om reliabilitet og validitet (A guide to Incapacity benefit. 2002).

World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS II har utgangspunkt i ICF og skal brukes med det formål å bedre forstå de problem mennesker har på grunn av redusert helse. Skjemaet består av 38 spørsmål innenfor 6 områder; forståelse og kommunikasjon, mestring, selvpleie, samvær med andre, daglige sysler og sosial deltakelse. Den er validert og reliabilitetstestet men utelukkende for bruk i psykiatrien (Janca 1996, Kessler 2003).

Inventory of Functional Abilities er et skjema som blir brukt i Nederland i prosessen av vurdering av arbeidsevne og uføregrad. Formålet er å kvantifisere funksjonsgrad i forbindelse med trygdeytelser. Det omfatter 6 kategorier:

- personal functioning
- social functioning
- adjusting to physical environment
- dynamic movement
- static positions
- working hours

Det er en spesiell ”forsikringslege” som fyller ut skjemaet, etter samtale med og/eller undersøkelse av en pasient og eventuell innhenting av tilleggs informasjon. Skjemaet er en standardisert gjengivelse av legenes vurdering, ikke en selvutvärdering for pasienten. Forsikringslegen skriver i tillegg til dette skjemaet en rapport hvor vurderingen argumenteres nærmere. Når forsikringslegen vurderer at pasienten har restarbeidsevne, blir pasienten henvist videre til en arbeidsekspert. Arbeidseksperter bruker et datasystem med 4000 yrker for å bestemme hva slags yrkesmuligheter som finnes for vedkommende. På bakgrunn av restarbeidsevne, arbeidsanamnese og utdanning, finner arbeidseksperter de 3 eksemplene på yrker med høyest lønn, som pasienten burde være i stand til å utføre. Midterste lønnen av disse 3 eksemplene bestemmer uføregrad. Eksempel: en idrettslærer tjener €12,50 i timen når han skader kneet. Han er ikke lenger i stand til å utføre sitt yrke, men arbeidseksperter finner 3 yrker han kan utføre til tross for hans begrensninger. Selger med basis på kontoret €11,00 i timen, kontormedarbeider €10,00 i timen og arbeid på sentralbordet i alarmsentral €9,50 i timen. €10 er 80% av tidligere lønn og det betyr at idrettslæreren er 20% ufør.

Inventory of functional abilities er en ”ekspertvurdering” der man tar høyde for en del prinsipper i ICF. Den har en del generelle spørsmål som også vil beskrive forhold på arbeidsplassen, men spesielt den aktuelle individs relasjon til disse forhold. Det gjøres ingen beskrivelse av arbeidsforhold isolert. Det forefinnes ikke informasjon om validitet og reliabilitet (Demeter).

Worker Role Interview, WRI, er utviklet i USA. Formålet har vært å utarbeide en kartleggingsmetode for arbeidsrelaterte psykososiale forhold innflytelse på arbeidsevne. WRI bygger på Model of Human Occupation, MoHO, som er en konseptuell modell innen ergoterapi og som beskriver forholdet mellom menneske, virksomhet og omgivelser. Modellen gir en teoretisk struktur for fagforståelse og klinisk praksis. WRI er et semistrukturert intervju med fokus på hvordan personen selv opplever at psykososiale og miljømessige faktorer fremmer eller hemmer arbeidsevnen og dermed muligheten til å fungere i arbeid/ komme tilbake i arbeid. Intervjuet innhenter informasjon om hvordan personen opplever seg selv i rollen som arbeider, verdien av å være i arbeid, tro på egne ferdigheter/evner og hvordan omgivelsene virker inn på denne opplevelsen og enten fremmer eller hemmer muligheten til å fungere i arbeid eller komme tilbake i arbeid. WRI er oppbygd med 17 variabler, inndelt i 6 områder som omhandler personens oppfatning av mestring, verdier, interesser, roller, vaner og omgivelser i forbindelse med arbeid. For hver variabel er det utarbeidet en intervjuguide med forslag til aktuelle spørsmål og et skåringsskjema for oppsummering av informasjonen.

WRI er en form for ”ekspertvurdering” der man i intervjusituasjonen kvantifiserer og utdyper vurderinger. Verktøyet vurderer hovedsakelig psykologiske forhold, innstilling til arbeidet og vurderer i liten grad psykososiale forhold i perspektiv av arbeidskrav. Den har stort sett blitt vurdert å ha tilfredstillende reliabilitet og innholdsvaliditet, bortsett fra faktorene omkring arbeidsplassrelaterte påvirkninger (Kielhofner 2002, Velozo 1999).

Work Environment Impact Scale, WEIS. I likhet med WRI er WEIS utviklet i USA og bygger på Model of Human Occupation, MoHO. WEIS er en kartleggingsmetode som gjennom et semistrukturert

intervju innhenter informasjon om hvordan personer med fysiske eller psykiske plager oppfatter sitt psykososiale og fysiske arbeidsmiljø. Fokus for intervjuet er hvordan arbeidsmiljøet påvirker personens utførelse, tilfredshet og velvære, hva som fremmer og hva som hemmer arbeidsevnen. Miljøvariablene WEIS bygger på er fysisk arbeidsmiljø, sosialt arbeidsmiljø, objekter som anvendes og arbeidsformål/ arbeidsoppgaver. For hver variabel er det utarbeidet en intervjuguide med forslag til spørsmål. Intervjuet oppsummeres i en 4-punkts vurderingsprofil.

WEIS er mer enn WRI en selvvurderingsskjema, der man dog i samarbeid med ”ekspert” i intervjusituasjonen kvantifiserer og utdyper vurderinger. Metoden er testet for innholdsvaliditet og reliabilitet, hvilket har ført til en del endringer av opprinnelige spørsmål (Kielhofner 2002, Corner 1997).

Valpar Component Work Samples, VCWS er et system for evaluering av arbeidsevne som omfatter mer enn 20 arbeidssimulerings-stasjoner som kan brukes enkeltvis eller i ulike kombinasjoner. Kriteriene i de ulike testene overlapper slik at i praksis vil man som oftest anskaffe og anvende et utvalg av 4-6 ”work samples”. VCWS ble utviklet med referanse til kriteriene som danner grunnlaget for det amerikanske arbeidsdepartementets jobb-klassifiseringssystem; Dictionary of Occupational Titles (DOT). Testene er standardiserte og ”criterion-referenced” som innebærer at det ikke er de enkelte funksjoner hos individet som vurderes men heller hvordan personen møter kravene som stilles i testene. Eksempler på tester er ”små bokser” med hvilken evne til presise håndbevegelser vurderes og ”lagerarbeid” der man på en standardisert måte løfter kasser og går i stige. Resultatene fra testene kan sammenlignes med kravene som stilles til ulike jobber som er spesifisert i DOT. VCWS er tester som altså ikke er selv- eller ekspertvurdering. De måler direkte individets fysiske kapasitet til å gjennomføre spesifikke arbeidsrelevante tester. De brukes både som standardiserte tester, som observasjon og i arbeidstrening (work hardening). VCWS er tatt i bruk i mange land, blant annet av institusjoner i Sverige som utreder personers arbeidskapasitet på oppdrag fra det svenske trygdeverket. Det er gjennomført vurdering av validitet og reliabilitet med noe usikre konklusjoner (Kielhofner 2002, <http://www.valparint.com>).

Functional Capacity Evaluation, FCE, omfatter metoder som tester personens muligheter for å utføre fysiske oppgaver i relasjon til arbeid. Alle metoder legger opp til at aktivitetene blir testet på en standardisert måte, men utstyret som blir brukt er forskjellig. De fleste systemene er kommersielle, utviklet i USA og dyre. ERGOS-worksimulator er nærmest helt datastyrt og resultater fra testene blir automatisk sammenlignet med kravene som stilles til arbeidsoppgaver og som er hentet fra DOT (dictionary of occupational titles, USA). Ergo-kit bruker også et datastyrt system, men er ikke så omfattende. Isernhagen bruker et enkelt utstyr, men gjennomføring av testene er standardisert og de som får lov å teste er autorisert av Isernhagen Work Systems etter å ha gjennomgått kurs. FCE inneholder tester som altså ikke er selv- eller ekspertvurdering. Disse måler også direkte individets fysiske kapasitet til å gjennomføre spesifikke arbeidsrelevante tester (Fishbain 1999).

Sykdom – eller organspesifikke skjemaer. Mesteparten av disse er effektmål, dvs at man med bruk av funksjonsvurderingen i en før/etter situasjon kan vurdere effekter av kirurgisk behandling eller annen type intervensjon. Disse forekommer eksempelvis for å måle funksjonstap ved ryggsykdommer (for eksempel Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire, Roland-Morris Disability Scale, Back Pain Functional Scale, Quebec Pain Disability Scale). DASH, (disabilities of the arm, shoulder and hand) er et skjema som kan brukes ved plager i øvre ekstremitet. Mange av skjemaene synes å ha tilfredsstillende reliabilitet og validitet til bruk klinisk og i forskningssammenheng. De kan ikke brukes ved andre sykdommer eller ved funksjonstap som ikke har sammenheng med de lidelsene de er laget til (Reneman 2002, Grotle 2002, Stock 1996, Upper extremity... 1996).

Kartlegging av arbeidskrav og funksjonsevne for sykmeldte arbeidstakere (Mo i Rana-modellen). Formålet med denne metode er å finne en enkel fremgangsmåte for å følge opp (og forebygge) sykefravær. I utgangspunktet er den tenkt å taes i bruk når sykefraværet ”har vært av en viss varighet eller hyppighet” (Sund 2002). Selve kartleggingsverktøyet lister opp de arbeidsoppgaver som er aktuelle spesielt ut i fra sykemeldingdiagnosen eller de plager vedkommende har. For hver oppgave skal praktiske muligheter for tilrettelegging vurderes, endelige tiltak besluttes og sannsynligheten for at man mener

disse tiltak lykkes. Punktene utdypes i en samlet vurdering. Hvert tilfelle følges så systematisk opp men avhengig av behov. Skjemaet finnes i elektronisk form.

Mo i Rana-modellen bygger på interaksjon mellom bedrift og sykemeldt med assistanse fra bedriftshelsetjenesten. Det er altså kombinert selv- og ”ekspert”vurdering. Den bruker en kort beskrivelse av de arbeidskrav som er relatert til årsaken til sykefravær og foreslår tiltak, men er spesielt fokusert på fysiske arbeidsforhold. Det ville sannsynligvis ikke være større problem å utvide med psykiske/psykososiale arbeidsforhold . Metoden er brukt og vurdert av andre bedrifter og trygdekontor som nyttig. Øvrig evaluering er ikke gjort. (Sund 2002).

4. Ekspertkonferanse om funksjonsvurdering 27.-28. januar 2003

4.1 Gjennomføring

Deltakere til konferansen var ”håndplukket” (vedlegg 5). Relevante institusjoner, organisasjoner og yrkesgrupper var bedt om å sende en representant. Alle instanser som har søkt Sosialdepartementet om midler i forbindelse med prosjekter angående funksjonsvurdering var invitert. Enkeltpersoner som var kjent hos prosjektgruppen for å være eksperter på områder relevant for funksjonsvurdering ble invitert. Konferansen var lagt opp slik at deltakere kunne bidra mest mulig med sin kompetanse i diskusjon og gruppearbeid. Antall deltakere, inkludert foredragsholdere og prosjektgruppen ble begrenset til ca. 90 personer. Reise og opphold ble dekket av prosjektet.

I desember 2002 fikk alle deltakere tilsendt en perm med bakgrunnsinformasjon til konferansen. Informasjonen besto av introduksjon og eksempler på funksjonsvurderingsmetoder som kunne være aktuelle å bruke. Deltakere ble oppfordret å gå gjennom informasjon i permen i forkant av konferansen. I tillegg ble det sendt ut et spørreskjema (vedlegg 1) med noen spørsmål for å få inntrykk av ståsted og meninger blant deltakere og til bruk ved gruppesammensetning.

I spørreskjemaet ble deltakere bedt om å ta stilling til hvor mye de mente at bruk av funksjonsvurdering kunne bidra til å redusere sykefravær. Resultatene viste at oppfatninger rundt ev. effekt av funksjonsvurdering var vidt forskjellige blant deltakere.

Noen deltakere kom med ytterlige forslag til informasjon om metoder og disse forslag ble formidlet videre til deltakere ved hjelp av e-post. De fire utenlandske foredragsholderne fikk tilsendt informasjonspermen på forhånd med innledning oversatt til engelsk.

Konferansen ble gjennomført 27 og 28 januar 2003 på Gardermoen. I programmet (vedlegg 2) ble det lagt opp til foredrag om grunnleggende begreper i funksjonsvurdering og foredrag om viktige eksempler på metoder til bruk i funksjonsvurdering. Internasjonale erfaringer i bruk av funksjonsvurdering ble inkludert. Det ble lagt inn flere timer til diskusjon i grupper. Deltakere var delt inn i åtte grupper på forhånd og en av medlemmene i prosjektgruppen var leder for hver gruppe. Alle deltakere hadde på konferansen fått delt ut et skriftlig forslag til framgangsmåte til gruppediskusjon og spørsmålene som skulle besvares (vedlegg 3).

4.2 Oppsummering av foredrag og gruppearbeid

Prosjektgruppen hadde i sin målsetting definert fire mål med ekspertkonferansen:

- I. å *klargjøre behov* for bruk av funksjonsvurdering til forskjellige formål
- II. å *vurdere eksisterende metoder* for funksjonsvurdering
- III. å *gi anbefalinger om bruk* av disse ved arbeidsrettede tiltak, rehabilitering og trygdevurderinger
- IV. å *peke på eventuelle behov for videre forskning*

Disse målene ble drøftet i foredragene og i gruppearbeidene. For en kort gjennomgang av de forskjellige metoder som ble presentert henvises til avsnitt 3 og for referat fra de enkelte grupper henvises til vedlegg 4.

4.2.1 Klargjøring av behov

Foredrag

I sitt innledningsforedrag berørte *Askevold* behovene for funksjonsvurderinger og pekte på at intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) definerer en setting med IA-bedrifter og arbeidslivssentre som har behov for funksjonsvurderinger til dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Han pekte videre på at trygdeetaten trenger funksjonsvurderinger for de deler av arbeidslivet

som ikke inngår IA-avtaler, eller der det normale samarbeidet ikke fører frem. Han viste til behovet for funksjonsvurdering ved spørsmål om varige trygdeytelser, fremst uførepensjon. Dette behovet ble lite diskutert under resten av konferansen.

Opdalshei tok opp den forenklete funksjonsvurderingen som nå er innført på sykmeldingsattesten og som skal fylles ut i løpet av de første fire ukene. Denne vurderingen møter behovet for en tidlig tilbakemelding til arbeidsgiver/arbeidstaker-aksen om begrensninger i funksjon.

Westin viste til utviklingen av sykefravær og uførepensjon mellom 1982 og 1990. Det er viktig å beskrive den enkeltes funksjonsevne og arbeidskrav separat. Det har stor konsekvens for tiltak og vurderinger for øvrig om funksjonsevnen er redusert pga sykdom hos individet og derfor ikke når opp til arbeidskravene, eller om arbeidskravene er høynet og overstiger det man kan forvente av normal funksjonsevne.

Gruppearbeid

I gruppene ble det vist til mange og ulike behov for funksjonsvurderinger, fremst i forhold til arbeidet med å begrense sykefraværet og for å gi økt støtte til prosessene på arbeidsplassene. I sine diskusjoner fokuserte gruppene på arbeidstaker/ arbeidsgiversituasjonen ved sykefravær, men kom også inn på behov for funksjonsvurderinger ved det sykefraværsforebyggende arbeidet. Gruppene viste til følgende behov:

1. Øke kunnskapsgrunnlaget hos aktørene i prosessen. Dette inkluderte behov for å:
 - kartlegge begrensninger i funksjonsevne hos den sykmeldte
 - nå en felles forståelse av ressurser og svikt og årsaker til disse
 - identifisere individets arbeidsmuligheter
 - synliggjøre kravene på arbeidsplassen
 - gi et grunnlag for opptrening
2. Bedre grunnlag for dialog mellom aktørene. Dette inkluderte:
 - som støtte i samtaler mellom behandler og pasient
 - som støtte i samtaler mellom arbeidstaker og arbeidsgiver
 - til bruk i medarbeidersamtaler på bedriftene, ev. koblet til en ICF-struktur
 - for å øke aktiviteten i prosesser som går tregt
 - som en situasjonsbeskrivelse for å ansvarliggjøre arbeidstaker og arbeidsgiver
 - som en mulighet for bedriftshelsetjeneste å gi råd om tiltak i bedriftene
3. Bedre instrument for planlegging av tiltak og behandling og for å legge tilrette arbeidsplassene
4. Bedre seleksjonsverktøy. Det er behov for instrumenter for:
 - utvelgelse til oppfølging, eventuelt som screening
 - identifisering av problemområder, også ved attføring
 - bedre sortering av ytelser

4.2.2 Vurdering av eksisterende metoder

En vesentlig del av foredragene presenterte eksisterende metoder for funksjonsvurdering som er tatt i bruk eller prøves nasjonalt og internasjonalt. Dette er metoder valgt ut av prosjektgruppen og er ikke på noen måte dekkende for eksisterende metoder, men tatt med for å eksemplifisere forskjellige metodiske tilnærminger. I avsnitt 2 gjennomgås de metoder som er blitt tatt frem av prosjektgruppen og som til stor del ble beskrevet på konferansen.

Foredrag

Reiso tok i sitt foredrag opp spørsmålet om en enkel arbeidsevnevurdering som kan gjøres ved sykefravær i tidlig fase, og viste at denne er et viktig supplement til diagnoser.

Brage presenterte ICF, og viste til begrensninger og fordeler ved bruk av denne metode. Selve klassifikasjonen er enda ikke ferdig utviklet, men som språk og felles forståelsesplattform er ICF uunngåelig ved bruk i Norge. Han ga eksempel på et ICF-basert metode, som er prøvd i trygden - Norsk Funksjonsskjema.

Aylward ga en presentasjon av Personal Capability Assessment fra Storbritannia, som var utviklet for å motvirke en sterk økning i sykefravær/pensjonsytelser i begynnelsen av 1990-årene. Testen brukes av trygdeleger etter 26 ukers fravær, og er skårebasert. Testen er akseptert til bruk i England, selv om resultatene i form av redusert fravær ikke var imponerende. *Aylward* angir selv at ”praktisk erfaring med bruk, sammen med mer formell evaluering, har vist metodens validitet og reliabilitet”.

Mulder presenterte det nederlandske systemet "Inventory of Functional Abilities" som brukes i vurderingen av uførepensjon. Systemet er databasert og gir grunnlag for diskusjon om hvilke kriterier forsikringsleger legger til grunn for vurdering av uførhet. Fra 1999 til 2002 har antallet personer i Nederland med 100% uførepensjon gått ned.

Ilmarinen presenterte Arbeidsevneindeks (Work Ability Index), et instrument opprinnelig utviklet i Finland for å gi et grunnlag for å følge arbeidsevnen i en aldrende industriarbeiderbefolkning. Det er lang erfaring med indeksen, som synes godt som verktøy for å kartlegge individer og grupper med risiko for utstøtning av arbeidslivet.

Plat presenterte et eksempel på testing av "Functional Capacity Evaluation", som brukes for å måle fysisk restarbeidsevne. Funksjonstester foregår i standardisert miljø.

Ellingham presenterte utviklingen av to større instrumenter Worker Role Interview (WRI) og Work Environment Impact Scale (WEIS) som evaluerer funksjon i relasjon til arbeidsmiljøet. Begge systemene er utviklet i USA, bygger på Model of Human Occupation, og innhenter informasjon gjennom et semistrukturert intervju. Systemene er under oversettelse til norsk. I tillegg presenterte *Ellingham* Valpar Component Work Samples (VCWS), som er et system for testing av arbeidsevne.

Zobel og *Sund* presenterte ”Mo i Rana-modellen”, en funksjonskartlegging basert på en aktiv arbeidstaker/arbeidsgiverdialog, tidlig i sykefraværet og lokalisert i bedriften. Erfaringene fra prøveprosjekt i Mo i Rana-området var gode. En mer vitenskapelig evaluering manglet i prosjektet.

Gruppearbeid

I gruppearbeidene ble eksisterende metoder for funksjonsvurderinger diskutert. Først ble det drøftet hvilke krav som bør stilles til metodene, deretter hvordan den nødvendige informasjonen kan innhentes. Generelt ga de grupper som skulle vurdere funksjonsvurdering i sen fase betydelig større og flere krav til innhold i funksjonsvurderingen.

Gruppene stilte følgende krav til metoder:

1. Omfanget av vurderingene skal være avhengig av kontekst og problemstilling. Det er særlig behov for en enkel huskeliste/spørreskjema ("røde"/"gule" flagg) tidlig i prosessen. Seinere vurderinger må være mer omfattende
2. Formen på vurderingene kan variere. Det ble foreslått å prøve skjemaer for egenoppgitt funksjon, og å prøve enkle former, som en "sjekklister" relatert til ICF
3. Innholdet i vurderingen skal omfatte
 - helse, ressurser og kapasitet hos arbeidstaker
 - opplysninger om endringer i helse/kapasitet hos arbeidstaker
 - mestringssevne og trenbarhet
 - motivasjon og syn på fremtiden
 - lese/skriveferdigheter
 - arbeidsplassbeskrivelser som viser jobbkrav
 - muligheter som ligger på arbeidsplassen
 - tidlige tiltak, nettverk og støtte er også verdifullt
 - verdisyn (hos den som vurderer)
4. Funksjonsvurderinger må underkastes vitenskapelige krav til dokumenterbar effekt, helst prøves i klinisk kontrollerte forsøk. Vurderingene må underkastes kost/nytte-analyser

5. Det ble også fremholdt at bruken av vurderingen krever opplæring og stiller kompetansekrav til ledere. I behandlerlinjen kan man benytte seg av eksisterende vurderinger for medisinske formål. benyttes.

Gruppene fremkom med følgende forslag til hvordan informasjon skulle innsamles:

1. Dialog. Alle gruppene fremhevet dette elementet som sentralt for å vurdere funksjon, spesielt i relasjon til problemer som kan løses internt i bedriften. Dette inkluderer også vanlige medarbeidersamtaler. Mellom lege og pasient er dialogen sentral for å vurdere funksjon.
2. Vurdering utført av fagperson. Behandlerne gjør en skjønsmessig vurdering av funksjon. Denne kan baseres på standard skjemaer, som eksempelvis en forenklet funksjonsvurdering, og skriftlig informasjon fra andre behandlere. Behandlervurdering skal gis på lavest mulig nivå i helsetjenesten, med hurtig henvisning til høyere nivå hvis nødvendig. Den kan ha form som en verktøykasse der ulike instrumenter kan benyttes ved behov, og må inneholde en jobbkrav-aktivitetsanalyse.
3. Egenvurderingsskjemaer ble foreslått av alle grupper. Disse bør prøves med tanke på pålitelighet.
4. Funksjonsvurderingene bør prøves i sammenheng med undersøkelse og testing. Observasjon kan også prøves. Arbeidsevne kan gjerne testes i en praktisk setting.

4.2.3 Konferansedeltakernes anbefalinger om bruk av funksjonsvurdering

Gruppearbeid

Generelt ble det pekt på at mange eksisterende skjemaer er myntet på industriarbeidsplasser, mens lite er utviklet/tilrettelagt for kvinnearbeidsplasser. I en av gruppene ble uttrykt skepsis mot skjemaer generelt, og at man ønsket et enkelt felles verktøy som base, med muligheter for utbygging - "modulbasert". Gruppens anbefalinger om hvordan funksjonsvurderingen skal gjøres var ellers avhengig av hvilken fase de spesielt viet sin oppmerksomhet:

1. Tidlig fase (før 12 uker). I disse gruppene ble gitt disse kommentarer:
 - Det mangler skjemaer for å kartlegge arbeidskrav.
 - Den nye sykmeldingsattesten dekker behovene for tidlig legevurdering
 - For å stimulere dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver er Mo i Rana-modellen interessant fordi den er enkel og pragmatisk
 - Arbeidsevneindeks er interessant fordi den er fleksibel, rask, og har vært utprøvd over lang tid. Man bør vurdere å utvikle underindekser til skjemaet. Indeksen kan prøves som screening i forbindelse med forsøk på å forebygge utstøtning. En av gruppene mente at arbeidsevneindeks ikke egner seg til bruk svært tidlig i sykefraværet.
 - WRI/WEIS er viktige fordi de setter fokus på arbeidssituasjonen. De kan vurderes som intervjuguide for å få i gang prosessen
 - Skjema for egenvurdert funksjon kan brukes, men må spesifiseres og revideres
2. Mellomfase (ca 12-26 uker). I disse gruppene ble det gitt følgende kommentarer:
 - Mer omfattende og helhetlige tester for fagpersoner trenger å utvikles
 - Mo i Rana-modellen kan være nyttig, men må først testes i arbeidstaker/ arbeidsgiverdialogen
 - Arbeidsevneindeks kan være interessant
 - Skjema for egenvurdert funksjon kan brukes til arbeidsgiver og til behandler
 - Skjemaene som brukes må være kompatible med ICF
3. Sen fase (ca 6-12 måneder). Denne fasen ble lite diskutert, men følgende ble nevnt:
 - Jobb- og sykdomsspesifikke skjemaer kan være aktuelle
 - Profesjonene bør selv vurdere hvilke instrumenter de vil ta i bruk

4.2.4 Konferansedeltakernes anbefalinger om forskningsbehov

Gruppene diskuterte videre utvikling og forskning på funksjonsvurderinger. Det er naturlig å forankre utviklings- og forskningsarbeidet hos sentrale myndigheter med implementering av midler og lovpålagte plikter. Funksjonsvurderinger må underkastes vitenskapelige krav til dokumenterbar effekt, gjerne prøvd i

klinisk kontrollerte forsøk. Vurderingene må underkastes kost/nytte-analyser. Det ble også lagt stor vekt på at alle metoder må tilpasses/prøves ut for norske forhold, og at en slik testing skal foregå i praksis.

Gruppene nevnte spesielt følgende sider ved forskning om funksjonsvurderinger:

1. Metodeutvikling. Man så her mangler og ønsket mer forskning på:
 - Metoder for funksjonsvurdering av andre behandlergrupper enn leger
 - Metoder for tverrfaglig funksjonsvurdering
 - Observasjonsteknikk
 - Arbeids- og aktivitetsanalyse
 - Situasjonsbasert arbeidsvurdering
 - Dialog/god samtale
2. Utvikling av instrumenter må fortsette. Man nevnte her behov for å:
 - Utvikle flere instrumenter
 - Få en teoretisk forankring for instrumentene
 - Utvikle og prøve ut Mo i Rana-modellen
 - Avklare den teoretiske forankringen for Arbeidsevneindeks
 - Prøve ut en samkjøring av Arbeidsevneindeks og Mo i Rana-modellen
 - Styrke registreringen av psykososiale forhold i Arbeidsevneindeks evt fra WRI/WEIS
 - Teste validitet og reliabilitet i WRI og WEIS
 - Videreutvikle Norsk Funksjonsskjema i forhold til arbeid, tidspunkt, mv.
 - Prøve ut egenvurderingsskjema i atferdsinstitusjoner
 - Systematisere medisinsk-kliniske undersøkelser for store sykdomsgrupper
 - Prøve ut skjema for arbeidsledere
3. Utvikling av effektmålinger. Dette inkluderte spørsmål om følgende:
 - Når skjer prognoseendring i sykmeldingsforløpet?
 - Effekter av funksjonsvurderinger
 - Effekter av omorganisering i arbeidslivet
 - Gir forenklet funksjonsvurdering nyttig informasjon?

4.2.5 Samlet inntrykk av gruppearbeidet

Funksjonsvurdering kan ses på som hjelpemiddel ved tilrettelegging på arbeidsplassen og tilbakeføring til arbeid men også som hjelpemiddel ved rettferdig tildeling av midler i ytelsessammenheng. Gruppene fikk som oppgave å diskutere funksjonsvurdering på forskjellige tidspunkter og med forskjellige aktører i fraværprosessen og vinklet det stort sett mot funksjonsvurdering i forbindelse med arbeidsplassen. Flere grupper nevnte at kravene til funksjonsvurdering tidlig i prosessen skulle være mindre omfattende enn senere i prosessen.

De fleste gruppene så bl. a. på funksjonsvurdering som et middel for å forbedre dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Meningen om behov for instrumenter varierte fra gruppe til gruppe. Generelt kom det frem behov for enkle huskelister, skjemaer og intervjuguide, med utgangspunkt i ICF. Det ble også nevnt modulbaserte metoder hvor man kunne trekke fram den metode som var tilpasset den aktuelle situasjonen. Medarbeidersamtalen ble av flere grupper nevnt som en mulighet for å ta opp arbeidskrav og funksjonsevne. Det ble ytret bekymring for at eksterne eksperter skulle overta styringen i samtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker og bruk av omfattende instrumenter ble sett på som risiko i den forstand.

Av konkrete metoder ble det norske egenvurderingsskjema sett på som nyttig i noen sammenhenger, men med utvidelse av funksjon i forhold til arbeid. Det var usikkerhet rundt når og hvor skjemaet skulle brukes og hvordan det skulle arkiveres. Arbeidsevneindeksen ble betraktet som interessant som screeningsmetode. Modellen som blir brukt i samarbeid mellom bedrifter og bedriftshelsetjeneste i Mo i Rana blir betraktet som enkel og brukbart og bør kunne utvides. WRI og WEIS ble sett på som nyttige metoder, men foreløpig forholdsvis omfattende.

Ekspertkonferansen viste at forsknings- og utviklingsbehovet på funksjonsvurderinger er betydelig. Den teoretiske basen for funksjonsvurderinger bør utvikles og arbeidet bør knyttes opp til WHO's funksjonsklassifisering ICF. Forskningen bør rette seg mot utvikling av enkle, eksisterende hjelpemidler. Utvikling av nye metoder er viktig, spesielt for å kvalitetssikre dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Det er behov for å samle erfaring med bruk av forskjellige metoder, effekter av funksjonsvurdering og kost/nytte-analyser.

5. Prosjektgruppens overveielser og anbefalinger

5.1 Tilnærming og prinsipper

Det finnes forskjellige tilnærminger ved definering av begrepet funksjonsvurdering.

Funksjonsvurderingsutvalget til Rikstrygdeverkets prosjektgruppe for inkluderende arbeidsliv formulerer følgende definisjon (Funksjonsvurdering. Innstilling fra funksjonsvurderingsutvalget... 2003):

Funksjonsvurdering er en prosess for å etablere eller opprettholde et aktivt arbeidsforhold.

Proessen handler om en gjensidig undersøkelse og endring av arbeidstakers forutsetninger for og arbeidsgivers krav til arbeidet. Vurderingen skal gi arbeidsgiver mulighet for å tilrettelegge for å dra best mulig nytte av arbeidstakers funksjonsevne. Funksjonsvurdering forutsetter endringsvilje og forplikter arbeidstaker og arbeidsgiver til samspill i nytenkning og utprøving av muligheter.

Ved å ta i betraktning det som er skrevet i Sandman-utvalgets rapport om at funksjonsevnen er et bedre mål for arbeidsevne enn diagnose, kan man forestille seg at bruk av diagnose/sykdom ”stenger” en dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Ved å rette fokus på funksjon og restarbeidsevne åpner man opp for dialog. På bakgrunn av denne tankegangen kan man tenke seg at et skifte av fokus fra diagnose/sykdom til funksjon/restarbeidsevne vil understreke funksjonsvurderingen som en prosess. Denne typen forståelsen av funksjonsvurdering var nok til stede blant mange av deltakere på ekspertkonferansen, men har ikke vært prosjektgruppens utgangspunkt for selve konferansen. *Prosjektgruppen har tatt utgangspunkt i at funksjonsvurderingen skal være en metode som så objektivt som mulig skal bedømme funksjon, i forhold til daglige sysler, generelle eller spesifikke arbeidskrav.* Kravene som bør stilles til funksjonsvurdering som prosess er ikke de samme som til funksjonsvurdering som en metode til bedømming av funksjon. Flere av de metoder vi gjennomgår har en prosess knyttet til seg. Det gjelder for eksempel Mo i Rana-modellen som er en slags oppfølging av sykefravær og Arbeidsevneindeksen som er utformet opprinnelig for å følge helsen hos eldre arbeidstakere. I denne rapport fokuserer vi på de metoder som er presentert tidligere i forskjellig sammenheng.

Funksjonsvurderingsutvalget anbefaler ellers en tredelt strategi for arbeidet med funksjonsvurderinger; individintervensjon, omgivelsesintervensjon og relasjonsbygging. De mener også at arbeidsplassen er hovedarena med arbeidstaker/arbeidsgiver som hovedaktører. Arbeidsgruppen bak herværende rapport er enige i et slikt fokus.

Bakgrunnen for at prosjektgruppen har påtatt seg denne oppgave er at vi mener at funksjonsvurdering kan brukes som metode av både arbeidsliv, trygdevesen og disse i felleskap, i tillegg til innenfor forskningen. Som det kan sees av tidligere avsnitt er det interesse for denne innfallsvinkel i flere land, for eksempel i et arbeidsevneperspektiv (Gunnarsson 2002). Det er visse prinsipper som prosjektgruppen mener er viktige når man skal vurdere bruk av funksjonsvurdering:

Vi mener det er viktig at et individ som er blitt syk, eller står i risikozonen for å bli det, beholder en *tett kontakt med arbeidsplassen* for bl.a. å initiere hensiktsmessige tiltak.

Det må være så *tidlig* vurdering som mulig. Helst så den kan brukes forebyggende.

Den må være så *enkelt* som mulig og tilpasse grundighet etter behov.

Det må være en *rettferdig* vurdering. Dvs at vurderingen skal gjøres så standardisert som mulig og den må være så valid og reliabel som mulig.

Det må være så *helhetlig* vurdering som mulig, dvs ta hensyn til fysiske, psykiske og sosiale faktorer som er av betydning for arbeidsevnen (kf ICF).

Det må være en så *fleksibel* vurdering som mulig, dvs tar hensyn til hurtige endringer i arbeidslivet.

Det må finnes metoder for vurdering av *funksjon i det daglige, i relasjon til* generelle og spesifikke *arbeidskrav* og for vurdering av *isolerte arbeidskrav* som er uavhengig av individ.

Dette er prinsipper som ikke alltid er lette å oppfylle, spesielt ikke samtidig ved bruk av funksjonsvurdering. På den ene side er eksempelvis en enkel tidlig funksjonsvurdering tett på aksene mellom arbeidstaker og arbeidsgiver ofte vanskelig å standardisere. Dette vil som regel heller ikke være formålstjenlig. Men man kan gi grundige retningslinjer som hjelp i slike situasjoner. På den annen side vil funksjonsvurdering senere i sykdomsforløpet, ved for eksempel trygdevurderinger, kunne standardiseres - men vil ofte ikke være enkel.

Utgangspunktet for ekspertkonferansen var funksjonsvurdering av individ uavhengig av jobb eller relatert til spesifikke arbeidskrav. Det er som anført behov for å finne metoder som kan vurdere arbeidskrav så uavhengig av individet som mulig. Psykososiale faktorer er avhengige av den enkeltes opplevelse, men det finnes generelle spørreskjemametoder som er validert og reliabilitetstestet samt har et referansemateriale man kan sammenlikne individer med. En annen metode for en mer samlet generell gjennomgang av arbeidsoppgaver og arbeidsmiljøforhold, der det tas hensyn til både mekaniske og psykososiale forhold, er også tilgjengelig, dog ikke vitenskapelig utprøvd. Begge disse metoder er delvis utarbeidet med utgangspunkt på Statens arbeidsmiljøinstitutt og presenteres nedenfor. Det finnes også spørreskjemaer som kartlegger de mekaniske arbeidskrav, hvilke også er delvis validert og reliabilitetstestet (Balogh 2001).

Generelt spørreskjema for Psykologiske og Sosiale Faktorer i Arbeidet (Questionnaire for PsychoSocial factors), QPS_{Nordic}

Dette spørreskjema er utviklet i samarbeid mellom de nordiske land. Formålet er å finne en metode som beskriver psykologiske, organisatoriske og sosiale forhold på arbeidsplassen som "psykososiale" eksponeringsfaktorer. Tanken er at skjemaet kan brukes i både forskning og praktisk i bedrifter som et verktøy i en screening-feedback syklus. Den tar hensyn til både Karaseks krav-kontroll modell men også Siegrist belønning-innsats-modell. QPS_{Nordic} finnes i to utgaver; et større skjema med 129 spørsmål og et mindre med 34 spørsmål. Begge skjemaer har en inndeling i tre begrepsnivåer; oppgave-, gruppe/organisasjons- og individnivå.

QPS_{Nordic} er et selvverdigsskjema som vurderer individets opplevelse av det psykososiale arbeidsmiljø. Den ser ikke eksplisitt på funksjon men er på samme måte som 'Arbeidsplassbeskrivelsen' (se nedenfor) en beskrivelse av arbeidskrav eller hvordan disse oppfattes. QPS_{Nordic} er evaluert i de nordiske land – med god compliance, validitet og reliabilitet (Skogstad 2001, Dallner 2000).

'Arbeidsplassbeskrivelsen'.

Formålet med denne metode er å bidra til en målrettet samspill mellom sykemeldt arbeidstaker, arbeidsgiver og fastlege. Det er tenkt å være en beskrivelse av de arbeidsoppgaver pasienten har og miljøforhold som særpreger arbeidsplassen som hjelper fastlegen i sykemeldingssituasjoner. Det skal være en enkel og forståelig beskrivelse av de arbeidsoppgaver arbeidstakeren har ev. med bilder. Miljødelen skal gi nødvendig kunnskap om mekaniske belastninger og muligheter for avlastning, andre sentrale fysiske faktorer samt organisatoriske og mellommenneskelige forhold. Hele beskrivelsen skal ikke fylle mer enn to lettleselige sider og skal utformes på initiativ av arbeidsgiver. Arbeidsplassbeskrivelsen er på en generell beskrivelse, der nærmeste leder utformer beskrivelsen av arbeidsoppgavene og der arbeidsmiljødelen er mer en "ekspert"vurdering av arbeidskrav – uavhengig av ev. sykemeldingsårsaker. Utover beskrivelsens primære mål kan man tenke seg at en slik metode kan bedre kommunikasjonen på arbeidsplassen, sette fokus på behov for tiltak og dermed virke forebyggende. Det er viktig å gjøre oppmerksom på at beskrivelsene skal oppdateres fortløpende, systemet må være fleksibelt å kunne tilpasse seg ev. hurtige endringer i arbeidslivet og allikevel være aktuelt på det tidspunkt man skal bruke det (Haugen 1998, Gudding 2002).

Det er to hovedarenaer der det er aktuelt å bruke funksjonsvurdering; på arbeidsplassen og ved vurdering av trygdeytelser. Hvilken tilnærming den vurdering skal ha er også avhengig av når denne skal utføres i forhold til den enkeltes utvikling av funksjonssvikt eller endrede arbeidsforhold. Nedenfor gjøres

overveielser først og fremst for vurderinger på arbeidsplassen og deretter i trykkesammenheng for forskjellige tidspunkter i sykefraværutviklingen.

5.2 Forebyggende tilnærming viktig!

Som det fremgår av referatet av konferansen er det en utbredt oppfattelse at funksjonsvurdering kan brukes også i det forebyggende arbeid. Flere av de nevnte metoder kan tilpasses regelmessig arbeidsmiljøkartlegging der man for eksempel kan relatere den til tidligere utført arbeidsplassbeskrivelse. Dette gjelder for eksempel WAI, Mo i Rana –modellen og 'Arbeidsplassbeskrivelsen'. I tillegg kan man bruke metoder for individuell kartlegging av hvordan den enkelte ser på egen kapasitet i forhold til arbeidskrav.

Vi mener at den primære akse her er det direkte forhold mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. I dag så bistår bedriftshelsetjenesten aktørene på denne akse ved sitt forskriftsbundne forebyggende innsats på arbeidsplassen og arbeidslivssentrene spesielt ved oppfølging av sykemeldte.

I dag tilbys ca halvdelen av arbeidstakere i Norge en medarbeidersamtale (Willadsen 2002). Man har tidligere funnet at disse samtaler fører til økt trivsel og motivasjon hos ansatte, større åpenhet og trygghet og mer målrettet arbeidsinnsats med bedre avklaring av forventninger. På arbeidsplasser med høy kvalitet på medarbeidersamtalen rapporteres det færre subjektive helseplager. Per i dag finnes det så vidt vi vet ikke noen offisielle retningslinjer for innhold og fremgangsmåte i slike samtaler. Mange steder er det ca årlige medarbeidersamtaler der ansatt og overordnet rapporterer en status og man inngår gjensidige avtaler om forhold på arbeidsplassen, herunder handlingsplan for følgende år.

Prosjektgruppen mener at medarbeidersamtalen kan være et riktig forum for et tidlig fokus på arbeidskrav og individets arbeidsevne. Det betyr at det er et ønske om å utarbeide retningslinjer for kvalitetssikring av medarbeidersamtale og instruksjon i oppfølging. Det betyr også at det er et ønske om å utarbeide mer omfattende stillingsbeskrivelser med mer detaljert beskrivelse av arbeidskrav som kan brukes som utgangspunkt i medarbeidersamtale for å identifisere redusert arbeidsevne i tidlig fase.

Arbeidsevneindeksen virker som en valid og reliabel instrument for å kartlegge arbeidstakere med redusert funksjonsevne. Problemet er at informasjonen blir for generell, den går ikke spesifikt hvilke oppgaver / belastninger arbeidstakeren kan klare (eller ei). I tillegg er den svak når det gjelder psykososiale forhold. Den kan derimot brukes som screeningsverktøy. Det er behov for forskning om bruk av denne indeksen i norske forhold.

Anbefalinger:

- Det bør utarbeides arbeidsplass- og/eller stillingsbeskrivelser som skal være fleksible, dvs ikke statiske i forhold til "gårsdagens" arbeidsplass, og skal derfor også kunne brukes fortløpende også i det helsefremmende og forebyggende arbeid
- Den anførte beskrivelse skal være utgangspunkt for å vurdere arbeidsevne både i de tilfeller arbeidstakeren står i fare for å bli syk eller er "syk på jobb"
- Her er det viktig å komme inn tidlig for å forebygge sykemelding *uten* at man vanskeliggjør en hurtig, enkel, fleksibel men samtidig helhetlig vurdering
- Det bør utarbeides meget enkle screeningsmetoder til å avsløre "gule og røde flagg", dvs indikasjoner på at det skal gjøres en økt innsats for å opprettholde arbeidstakerens arbeidsevne
- Vi mener at det bør utarbeides retningslinjer for medarbeidersamtaler så de tar med funksjonsvurdering i forhold til arbeidsevne ut i fra ICF's helhetlige syn på funksjon og helse.
- Arbeidsevneindeks er interessant fordi den er fleksibel, rask, og har vært utprøvd over lang tid. Man bør vurdere å utvikle underindekser til skjemaet. Indeksen kan brukes som kartleggingsmetode i større grupper, men den bør først prøves ut som screeningsmetode med hensikt å forebygge eller redusere utstøtning (eventuelt sammen med andre funksjonsvurderingsmetoder), før man foreslår å bruke den for individuelle vurderinger.

5.3 Tidlig fase (før 12 uker)

Det eksisterer etter prosjektgruppens mening få systematiserte erfaringer med metoder brukt på arbeidsplassen tidlig i sykdomsforløpet. Det finnes mange bedrifter som har prøvd ut systemer for sykefraværsoppfølging men få som har publisert grundige evalueringer av disse. Mo i Rana-modellen bruker en enkel vurdering av arbeidsevnen. Man kan forestille seg at denne modell blir utbygget med psykososiale faktorer, ev. ved bruk av WEIS. Det krever at man innretter metoden på tidligere intervensjon enn den er ment for i dag. En annen mulighet er å arbeide videre med

Arbeidsplassvurderingen beskrevet ovenfor, som skal ligge ferdig før det foreligger en sykemelding. Man kunne lage en kolonne ved siden av beskrivelsen av arbeids- og miljøforhold der individet kunne angi funksjonsevnen relatert til disse forhold, dvs angi arbeidsevnen. Et slikt verktøy kunne brukes i bedriftens egen oppfølging av sykefravær, dels i kommunikasjonen med overordnede dels ved vurdering av tiltak på arbeidsplassen. Et slikt verktøy bør utredes, ev. utformes et forskningsprosjekt med dette formål.

Funksjonsvurdering tidlig i prosessen fra behandlende lege bør ta utgangspunkt i diagnose/symptomer og si noe om hvilke type arbeidsoppgaver arbeidstakeren ikke bør utøve. Spørsmålene på sykmeldingsattesten del II dekker behovet, men legene trenger opplæring i formålet med den forenklete funksjonsvurderingen. Det bør utvikles en sjekklister som legen kan bruke som utgangspunkt for vurderingen. Denne sjekklister bør omhandle de hovedområdene i ICF med mulighet til utdyping ved behov. Det skjemaet som blir brukt i forsikringssammenheng i Nederland omhandler de viktigste områdene og kommer frem til anbefalinger fra legen for arbeidsoppgaver ut fra diagnose/symptomer/funksjon. En annen mulighet er å ta i bruk et egenvurderingsskjema, men det bør være mer tilpasset arbeidssituasjonen enn det eksisterende norske egenvurderingsskjemaet. Det anses ikke som realistisk å forvente at fastlegen kan foreta en omfattende arbeidsevnevurdering. Derimot kan man forestille seg at informasjonen i den forenklete funksjonsvurdering kan spesifiseres i forhold til den enkeltes arbeidsplass hvis man bruker enkle arbeidsbeskrivelser som pasienten kan ta med ved konsultasjonen. Dette kan også gjennomføres ved hjelp av Arbeidsplassbeskrivelsen.

Anbefalinger:

- Vi mener at tidlig sykefraværsoppfølging er meget viktig for å oppnå en gunstig kontakt mellom bedrift og ansatt. Vi mener ikke at det er nødvendig med presise metoder på dette tidspunkt. En noe revidert ”Mo i Rana-modell” kan tilpasses tidligere i sykefraværsoppfølgingen. Den bør utvides med spørsmål om psykososiale forhold, enten som få enkle spørsmål, eller fra Generelt spørreskjema for Psykologiske og Sosiale Faktorer i Arbeidet (QPS_{Nordic}) eller så kan WEIS utprøves.
- Vi mener at man i den forenklete funksjonsvurdering har et tilstrekkelig verktøy for den sykemeldende lege tidlig i forløpet. Vi foreslår at det utarbeides utdypede retningslinjer for utfyllingen av bla dette punkt.

5.4 Mellomfase (ca 12-26 uker)

Vurdering av funksjon i forhold til arbeidskrav er noe som hører hjemme på arbeidsplassen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Her er det behov for enkle metoder for å kvalitetssikre prosessen. Modellen som har blitt brukt i Mo i Rana er et godt utgangspunkt. Arbeidsgiver/arbeidstaker trenger verktøy for å kunne foreta en arbeidsanalyse og beskrive jobbkrav. Den bør sammen med en egenvurdering av funksjon være utgangspunkt for vurdering av arbeidsevne og behov for tilrettelegging som beskrevet ovenfor for tidligere stadium. Det bør vurderes om det er behov for en intervjuguide i forbindelse med denne dialogen. Bedriftshelsetjeneste kan bistå med faglig kompetanse ved behov. Det ønskes poengtert at dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker bør stimuleres og eksterne eksperter bør kun ha en rolle som veileder i denne fasen.

Arbeidsevneindeksen virker som en valid og reliabel instrument for å identifisere arbeidstakere med redusert funksjonsevne. Problemet er at informasjonen blir for generell, den går ikke spesifikt hvilke

oppgaver / belastninger arbeidstakeren kan klare (eller ei). I tillegg er den svak når det gjelder psykososiale forhold. Det er behov for forskning om bruk av denne indeksen i norske forhold.

Hvis ikke tidlige tiltak og tett kontakt med den sykemeldte har bidratt til tilbakeføring til arbeidslivet må man tenke på mer presise instrument for vurdering av hvilke tiltak som skal velges. Man kunne forestille seg at man i den forenklete funksjonsvurdering kunne få opplysninger om begrensende faktorer som kunne være grunnlag for å vurdere fortsatt sykemelding, delvis eller aktiv sykemelding på den samme arbeidsplass eller gjennomføring av andre tiltak. Dette spesielt hvis man kunne utdype den forenklete med flere faktorer som kan forklare en manglende tilbakeføring.

NORFUNK er blitt utformet av RTV for å tilgodese nettopp dette formål. Dette er et lovende skjema som gir en bra og dekkende selvvurdering på generell basis, men mangler som tidligere anført flere spørsmål om arbeidsforhold. Det betyr at det kan gjøres en vurdering av sykdommens effekt på generell funksjon, dvs grad av sykemelding. Hvis man kunne kombinere NORFUNK og Arbeidsplassbeskrivelsen kunne man lettere synliggjøre tiltaksbehov.

Anbefalinger:

- Vi mener ikke at noen av de tidligere nevnte funksjonsvurderingene kan tas i bruk i sin nåværende form i dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og derfor er videre utprøving og tilrettelegging av metodene er nødvendig
- Funksjonsvurdering gjort av behandlere kan være nødvendig i denne fasen. Denne må tilpasses de spesifikke problemstillinger og inkludere en vurdering av arbeidskrav
- Selvvurdering av funksjon kan være en støtte for behandlere. Norsk funksjonsskjema tilfredsstiller flere av ønskete krav til selvvurdering i forbindelse med trygdevurderinger, den kan dog utdypes med arbeidsrelaterte faktorer

5.5 Sen fase (ca 6-12 måneder)

Ved bedriftsekstern attføring og tilbakeføring til jobb bør mer omfattende funksjonsvurderingsverktøy vurderes. I denne forbindelsen bør også behov for funksjonstester tas i betraktning. Hvilke verktøy man tar i bruk i denne fase er meget situasjonsavhengige.

Konferansen la hovedvekten ved tilbakeføringen av sykmeldte. Spørsmål om meget sen intervensjon og om funksjonsvurderinger ved vurdering av rett til trygdeytelser ble bare omhandlet i liten grad. Dette ble kanskje sett på som et trygdemedisinsk problem. Avtalen om et Inkluderende Arbeidslivs (IA) punkt om å begrense sykefraværet ble derigjennom diskutert omhyggelig mens avtalepunktene om utstenging og utstøtning fra arbeidslivet bare ble nevnt kortfattet.

Funksjonsvurdering i denne sene fase kan bli omfattende, og bør ha en tverrfaglig base. Ved rehabilitering bør de fokusere på ressurser, mens de ved spørsmål om ytelser vesentlig ser på funksjonssvikt.

I denne fasen kan det fortsatt være aktuelt med tilbakeføring til tidligere arbeid. Det er dermed behov for utarbeidelse av et flytskjema ved sykefravær for å sikre at mest effektive tiltak blir satt i gang på riktig tidspunkt. Også jobb- og sykdomsspesifikke skjemaer er aktuelle. Ved innhenting av helsemessige opplysninger bør profesjonene i viss utstrekning selv bestemme hvilke skjemaer de vil benytte.

Ved spørsmål om rett til uførepensjon bør funksjonsopplysninger relateres til generelle arbeidskrav. Dette gjelder også spørsmål om rehabilitering av uførepensjonerte.

Anbefalinger:

- Utarbeide retningslinjer for tverrfaglig vurdering av funksjon.
- Videreutvikle standardisering av funksjonsvurdering ved søknad om uførepensjon

5.6 Behov for forskning

Ekspertkonferansen viste at forsknings- og utviklingsbehovet på funksjonsvurderinger er betydelig. Dagens kunnskapsbase er smal og en rekke viktige aspekter ved funksjonsvurderinger er ukjent mark. Det er ønskelig at initiativet og styringen av forsknings- og utviklingsarbeidet legges til sentrale myndigheter med fordeling av midler og lovpålagte plikter.

Den teoretiske basen for funksjonsvurderinger generelt og for mange allerede brukte instrumenter ble etterlyst på konferansen. Her trenges det ytterligere forskning. Spesielt ble det fremhevet at arbeidet bør knyttes opp til WHO's funksjonsklassifisering ICF. Ansvaret for ICF ligger i dag i Sosial- og helsedirektoratet. Det er viktig å etablere en felles begrepsramme for vurdering av funksjon. Dette ble tydelig demonstrert på konferansen. En tilnærming til ICFs språkbruk og teoretiske fundament er viktig for å nå en felles forståelse av funksjonsvurderinger.

Utvikling av nye metoder ble sett på som svært viktig. Her ble nevnt metoder for funksjonsvurdering av andre behandlergrupper enn leger, for tverrfaglig funksjonsvurdering, observasjonsteknikk, arbeids- og aktivitetsanalyse, situasjonsbasert arbeidsvurdering og metoder for dialog og god samtale. Metodeutviklingen synes spesielt viktig på arbeidstaker/arbeidsgiver-aksen.

Videre utvikling av eksisterende metoder for funksjonsvurdering ble poengtert. Dette betyr en tilrettelegging for norske forhold og utprøving i praksis. Her ble nevnt å utvikle flere metoder, sammenslåing av metoder, bedret registrering av psykososiale forhold, testing av metodenes validitet og reliabilitet, videreutvikle og prøve egenvurderingsskjema i forhold til arbeid og tidspunkt, samt å prøve ut skjema som kan brukes av arbeidsledere.

Før metoder blir tatt i bruk er det nødvendig å måle hvilke effekter disse metodene har. Funksjonsvurderinger må underkastes vitenskapelige krav til dokumenterbar effekt og prøves i klinisk kontrollerte forsøk og underkastes kost/nytte-analyser. Dette er sentrale deler av alle forsknings- og utviklingsprosjekt om funksjonsvurdering. Spørsmålene dreier seg om effekter av selve funksjonsvurderingen, når prognoseendring skjer i sykmeldingsforløpet, hvilke effekter omorganisering i arbeidslivet har og om den forenklete funksjonsvurderinger gir nyttig informasjon. Det er også interessant med forsknings-/utviklingsprosjekt som prøver ut Arbeidsevneindeks som kartleggingsmetode av risikogrupper for sykmelding.

Anbefalinger:

- Det bør etableres et fast samarbeid mellom forskningsinstitusjoner, Sosialdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet om ICF som felles språk, nomenklatur og standard for funksjonsvurderinger
- Støtte utviklingsarbeidet for nye metoder for dialog og samtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Som et ledd i dette arbeidet kan det avholdes en konferanse om innholdet i dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker snarest, f. eks. høsten 2003
- Støtte utarbeidelse av dialogguide til bruk mellom arbeidsgiver og arbeidstaker for å kvalitetssikre dialogen, f. eks. ved medarbeidersamtale
- Utvikle instrument som kan brukes i vurdering av arbeidsevne og funksjon i forhold til psykososial arbeidsmiljø
- Støtte utarbeidelse av sjekklister til bruk ved funksjonsvurdering når legen fyller ut sykmelding og legeerklæring ved arbeidsuførhet
- Støtte utviklingen av instrument til bruk ved vurdering av trykkesaker og tildeling av ytelser
- Støtte utarbeidelse av modulbaserte instrumenter til bruk for ulike profesjoner, for eksempel lege, ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog.
- Disse anbefalingene forutsetter at det etterstretes en bred forankring i forsknings- og praktikermiljøer.

6. Litteratur

A guide to Incapacity benefit – the personal Capability assessment. The Security Office, april 2002.

Arbeidsevneindeks. En metode for å vurdere og følge opp arbeidsevne. Øvreby Helseportsenter, Gjøvik 2003.

Aylward M og Locascio J.J. Problems in the assessment of psychosomatic conditions in social security benefits and related commercial schemes. *Journal of Psychosomatic research* 1995; 39:755-765.

Balogh I og medarbeidere. Questionnaire-based mechanical exposure indices for large population studies – reliability, internal consistency and predictive validity. *Scand J Work Environ Health* 2001; 27: 41-48.

Bentsen B.G. og medarbeidere. Vurdering av egen funksjonsevne. COOP-WONCAs spørreskjemaer i klinikk og forskning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1790-1793.

Brage S. Funksjonsvurdering i trygden. Rapport fra prosjektet: ”Standardisering av funksjonsvurderinger ved ryggsykdommer”. Seksjon for arbeids- og trygdemedisin, UiO, 2001.

Corner RA og medarbeidere. Construct validity of a work environment impact scale. *Work* 1997; 9: 21-34.

Dallner M og medarbeidere. Validation of the general nordic questionnaire (QPSNordic) for psychological and social factors at work. *Nordic Council of Ministers, Copenhagen*. Nord 2000:12.

Demeter S.L. og medarbeidere. Disability evaluation. Chapter 18 functional capacity evaluation, Mosby, American Medical Association 1994.

De Zwart B.C.H. og medarbeidere. Test-retest reliability of the work ability index questionnaire. *Occup Med* 2002; 52: 177-181

Funksjonsvurdering. Innstilling fra Funksjonsvurderingsutvalget til Rikstrygdeverkets prosjektgruppe for inkluderende arbeidsliv. Oslo, 28/1 2003.

Gudding IH. Arbeidsplassbeskrivelse – et bidrag til et bedre samspill mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og fastlege. *Rammazzini* 2002; 3: 10-11.

Gummesson C. og medarbeider. Performance of health-status scales when used selectively or with multi-scale questionnaire. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 3-11.

Gunnarsson L-G og Ekman B. Att skrivas sjuk eller själv ta ansvar för sin egen arbetsförmåga. *Läkartidningen* 2002; 30-31, 3140-3141.

Grotle M og medarbeidere. Functional status and disability questionnaires: what do they assess? A systematic review of back-specific outcome questionnaire. Submitted to *Spine* dec 2002.

Haugen S. Sykefraværprosjektet ved Ringnes Gjelleråsen: Et samarbeidsprosjekt mellom trygdeetaten og Ringnes Gjelleråsen (S.I.): Trygdeetaten: 1998.

- Janca A og medarbeidere. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 349-354.
- Kessler R.C. og medarbeidere. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 184-189.
- Kielhofner, G. Model of human Occupation. Third edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2002. ISBN 0-7817-2800-2.
- Loge J.H. og medarbeidere. Translation and performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with reumatoid arthritis. I. Data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1069-1076.
- Reneman M.F. og medarbeidere. Concurrent validity of questionnaire and performance-based disability measurements in patients with chronic non-specific low back pain. *Journal of Occupational rehabilitation* 2002; 12: 119-129.
- Salerno D.F. og medarbeidere. A review of functional status measures for workers with upper extremity disorders. *Occup Environ Med* 2002; 59: 664-670.
- Skogstad A og medarbeidere. Brukerveiledning QPS_{Nordic}. Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeidet. Nordisk ministerråd, Oslo, 2001.
- Stock S.R. og medarbeidere. Review of applicability of existing functional status measures to the study of workers with musculoskeletal disorders of the neck and upper limb. *Am J Ind Med* 1996; 29: 679-688.
- Strand L.I. og medarbeidere. Back performance scale for the assessment of mobility-related activities in people with back pain. *Physical Therapy* 2002; 82: 1213-1223.
- Sund T og Zobel I. Metode for kartlegging av arbeidskrav og funksjonsevne for sykemeldte arbeidstakere. Rapport til NHO 47/2002.
- Sykefravær og uførepensjonering – Et inkluderende arbeidsliv. (Sandmannutvalgets rapport). NOU (Norges Offentlige Utredninger) 2000: 27.
- Tuomi K og medarbeidere. Work Ability Index. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health, 1998.
- Upper Extremity Collaboration Group. Measuring disability and symptoms of the upper limb: A validation study of the DASH Questionnaire. *Arthritis and Rheumatism* 1996; 39: s112.
- Veloza C.A. og medarbeidere. Worker Role Interview: Toward Validation of a Psychosocial Work-related Measure. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1999, 9, 153-168.
- Willadsen B. (ed) Sykefraværarbeid. Grunnlag, ideer og tiltak. Idebanken for sykefraværarbeidet. Tiden norsk forlag 2002.

7. Vedlegg

navn.....

yrke:.....

Spørreskjema til deltakere på ekspertkonferanse om funksjonsvurdering 27-28 januar 2003

- 1.** I Sandman-utvalget's utredning blir funksjonsvurdering nevnt i Kapittel 10 blant tiltak for å forebygge og redusere sykefraværet og styrke arbeidsevnen. **Kryss av hvor mye du mener bruk av funksjonsvurdering i oppfølging av sykefravær kan bidra til å redusere sykefravær:**

ingenting

maksimalt

Kommentar:

.....

.....

- 2.** *Hva tror du har størst effekt på sykefravær? Fordel 100% blant mulighetene nedenfor.*

Holdning blant sykmeldende leger %
Holdning blant sykmeldte %
Holdning blant arbeidsgivere %
Holdning blant saksbehandlere på trygdekontor %
Annet:..... %

- 3.** Man kan tenke seg at det er behov for funksjonsvurdering på forskjellige tidspunkter og mellom forskjellige aktører i "fraværprosessen."

Hvilke av disse er du mest interessert i/har du mest å bidra med. Kryss maksimalt av tre punkter!

Tidlig i prosessen mellom:

1. behandlende lege – pasient
2. annen behandler - pasient
3. arbeidsgiver - arbeidstaker
4. arbeidstaker – bedriftshelsetjeneste

Senere i prosessen mellom:

5. behandlende lege – pasient
6. trygdekontor – pasient
7. behandlingssenter (attføringscenter) – pasient
8. attføringsbedrift – pasient

Annen tidspunkt/ andre aktører

9.

10.

4. Mangler det viktig og avgjørende dokumentasjon i kompendium? Hvis ja, hva?

.....
.....
.....
.....

Send til: Modum Felles BHT - Eikerveien 28 - Åmot - faks: 32781337

Ekspertkonferanse om funksjonsvurdering

Rica –Travel Hotel Gardermoen. 27-28 januar 2003

Konferansen har som målsetting å klargjøre behov for bruk av funksjonsvurdering til forskjellige formål, vurdere eksisterende metoder for funksjonsvurdering og gi anbefalinger om bruk av disse ved arbeidsrettede tiltak, rehabilitering og trygdevurderinger samt peke på eventuelle behov for videre forskning.

Dag 1 - mandag 27 januar

- 9.30 **Kaffe og registrering**
- 10.00 **Velkommen + innledning**
- *Marijke Engbers, spesialist i arbeidsmedisin, fysioterapeut*
- 10.10 **Tanker bak funksjonsvurdering i det inkluderende arbeidsliv**
- *Odd Helge Askevold, avdelingsdirektør sosialdepartementet*
- 10.30 ▪ **Teorier om funksjon**
- *Steinar Westin, allmennlege, professor i sosialmedisin ved NTNU*
- 11.00 **Pause**
- 11.20 **Diagnoser, arbeidsevne og sykefravær**
- *Harald Reiso, allmennlege/rådgivende lege og forsker*
- 11.40 **International classification of functioning, disability and health (ICF) - en base for funksjons-vurderinger**
- *Søren Brage, overlege, utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket*
- 12.00 **Lunsj**
- 13.00 **Innledning til gruppearbeid**
- 13.15 **Hvor er det behov for funksjons-vurdering og med hvilket formål?**
- *Arbeidsgruppe 1*
- 14.30 **Pause**
- 14.45 **Hvor er det behov for funksjonsvurdering og med hvilket formål?**
- *Arbeidsgruppe 2*

- 16.15 **Pause**
- 16.45 **Experiences with the Personal Capability Assessment in Great Britain**
• *Professor Mansel Aylward CB, chief medical adviser and medical director
Department for Work and Pensions*
- 17.30 **Functional Capacity Evaluation, an overview**
• *Jan Plat, M.Sc. human movement science*
- 19.30 **Middag**

Dag 2 - tirsdag 28 januar

- 8.30 **Experiences with the Work Ability Index in Finland**
• *Prof. Juhani Ilmarinen, Dept. of Physiology, FIOH, Helsinki*
- 9.15 **Experiences with the Inventory of Functional Abilities in the Netherlands**
• *Henny Mulder, occupational psychologist (research and development of
vocational assessment systems, UWV)*
- 10.00 **Pause**
- 10.30 **VALPAR, Worker Role Interview(WRI) and Work Environment Impact Scale (WEIS), potensiale og begrensninger**
• *Brian Ellingham , høyskolelektor, Høgskolen i Oslo, avdeling for helsefag,
ergoterapeututdanningen*
- 11.15 **Erfaringer med funksjonskartlegging i en bedriftshelsetjeneste**
• *Ilse Zobel, spesialist i arbeidsmedisin*
- 11.35 **Hva ønsker vi å oppnå med funksjonsvurdering på sykmeldingsattesten?**
• *Ole Alexander Opdalshei, fungerende seksjonsleder, oppfølging og
sykestønadsavdelingen, Rikstrygdeverket*
- 12.00 **Lunsj**
- 13.00 **Hvilket type funksjonsvurdering kan brukes?**
• *Arbeidsgrupper*
- 14.30 **Pause**
- 15.00 **Presentasjon av gruppearbeid**
- 15.45 **Hvordan videre?**
• *Paneldebatt*
- 16.30 **▪ Slutt**

Anbefalt framgangsmåte til gruppearbeid på dag 1 og dag 2.

Dag 1.

Presentasjonsrunde og valg av referent.

Deltakere er delt inn i 8 grupper.

1. Gruppe a1 og a2 skal diskutere funksjonsvurdering tidlig i fraværprosessen, mellom lege-pasient og annen behandler-pasient.
2. Gruppe b1 og b2 skal diskutere funksjonsvurdering tidlig i fraværprosessen, mellom arbeidsgiver-arbeidstaker-bedriftshelsetjeneste.
3. Gruppe c1 og c2 skal diskutere funksjonsvurdering senere i prosessen mellom lege-pasient-trygdekontor.
4. Gruppe d1 og d2 skal diskutere funksjonsvurdering senere i prosessen mellom behandlingssenter-pasient-attføringsbedrift.

Deltakere kom med følgende forslag til andre tidspunkt, andre aktører:

- aetat-arbeidsgiver
- som forebygging før sykmelding, oppfølging etter sykefravær.
- fysioterapeut/instruktør/trener i bedrift
- kommunehelsetjenesten-bruker. tverrfaglig team i spes. helsetjeneste - pasient
- BHT vil ha særskilte forutsetninger for å følge opp den sykmeldte også senere i prosessen ift vurdering og tilrettelegging i den enkelte bedrift
- deltakelsesorientert rehabilitering i kommunen
- aetat, de avgjør om hensiktsmessig/nødvendig attføringsopplegg
- kommunehelsetjenesten – arbeidstaker
- deltakelsesorientert rehabilitering
- senere i prosessen arbeidsgiver-arbeidstaker
- senere i prosessen behandlingsapparat-pasient/arbeidstaker-bedrift
- forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker er viktig også senere i prosessen
- mellom saksbehandler på A-etat og attføringsklient
- mellom arbeidspsykolog og attføringsklient

Diskusjon: ønsker dere å utvide tidsperiode og/eller aktører dere skal ta i betraktning? Bli enige om hvilket tidspunkt og aktører dere skal snakke om.

Her følger noen kasus fra hverdagen.

Kasus 1: kvinne, 45 år gammel. Opprinnelig fra Albania, har bodd i Norge i 10 år. Hun mener selv at hun ikke har noen problemer med språket, men i samtalen får man inntrykk av at hun misforstår andre, særlig når det gjelder mer abstrakte områder. Hun har vært ansatt i kommunen og har jobbet med rengjøring i flere år, og har vært sykmeldt p.g.a. smerter i beinene i flere måneder. Nærmere medisinsk utredning gir ikke forklaring for smertene, hun mener selv at jobben har gjort henne syk og synes at kommunen, som arbeidsgiver, bør finne en annen jobb til henne. Behandlende lege skriver en attest på at hun bør omplasseres til en jobb som er mindre belastende for beina. Hun selv ønsker å jobbe i barnehage og mener at hun kunne klare det. Hun har ingen formell utdanning på det området, men er ikke innstilt på omskolering. Nærmeste leder og bedriftslegen er i tvil om norskkunnskapene er gode nok til å kunne jobbe med barn og kommunisere med foreldre til barna. Dessuten mener de at å jobbe i barnehagen også er fysisk belastende.

Kasus 2: mann, 35 år gammel. Jobber i en produksjonsbedrift med 3-skift. Han har hyppig fravær p.g.a. hodepine som er diagnostisert som migrene. Det er umulig å forutse når migrenen kommer. Den starter ofte på natta og han klarer ikke å melde fra at han ikke kan møte på jobb. Dette blir problematisk for kolleger og bedriften og ledelsen har tatt det opp med ham. Han er nå sykmeldt.

Kasus 3: mann, 48 år gammel. Maskinoperatør. Operert for prolaps i ryggen for 2 år siden. Var midlertidig tilbake i jobb, men ble sykmeldt igjen p.g.a. utstrålende smerter i beina. Har vært tilbake til ortoped som mener at det er arrvev i ryggen som forårsaker smerter og han mener at en ny operasjon ikke kommer til å hjelpe. Pasienten klarer likevel ikke å gå mer enn noen hundre meter og kan ikke sitte lengre enn et kvarter p.g.a. smerter. Det er prøvd aktiv sykmelding, men han møtte sjelden på avtalt tid, pga smerter. Kort tid etter første operasjonen ble han separert og han flyttet til en liten leilighet.

Diskusjon: opplever dere at disse kasus gjenspeiler problemstillinger som er relevante i sykefraværarbeidet? Hvis ikke, kan dere lage deres egen kasus som er mer relevant for dere?

Dere skal svare på 4 spørsmål:

1. Hva ønsker vi å oppnå med en funksjonsvurdering på det tidspunktet og mellom de aktørene vi skulle ta utgangspunkt i?
2. Hvilke informasjon trenger vi til funksjonsvurdering?
3. Hvordan kan vi få den informasjonen vi trenger?
4. Er det andre, kanskje enklere måter å oppnå det samme?

Vurder om svarene også er gyldige i de kasus som er beskrevet ovenfor eller i deres egen kasus.

Diskusjon: bli enige om hvordan dere skal gå fram. Dere kan bruke gule lapper, dele opp i mindre grupper osv. Dere har god tid fram til 16.15. Husk pausen kl. 14.30.

Dag 2.

Velg referent.

Ta utgangspunkt i samme tidspunkt og samme aktører dere ble enige om i går.

Dere har i går definert hvilke behov dere ser for funksjonsvurdering på dette stadiet i prosessen og hvilken informasjon som da er relevant å innhente.

1. Kan noen av de instrumenter som er presentert under konferansen, eller andre dere kjenner til, dekke dette behovet? Hvis ja, hvilke?
2. Hvis de instrumentene dere kjenner ikke dekker behovet, hvorfor ikke?
3. Kan noen av de instrumentene brukes dersom de omarbeides noe?
4. Er det behov for utarbeiding av nye funksjonsvurderingsmetoder / instrumenter? Hvis ja, i forhold til hvilke problemstillinger?
5. Er det behov for videre forskning? På hvilke områder?
6. Har dere andre forslag om hvordan det bør jobbes videre med funksjonsvurdering?

Oppsummering fra gruppearbeid.

Oppsummering fra gruppearbeid i gruppe a1

Funksjonsvurdering tidlig i fraværprosessen, mellom lege-pasient og annen behandler - pasient

Leder Dag Bruusgaard

Dag 1

1. *Hva ønsker vi å oppnå med funksjonsvurdering på tidlig tidspunkt i prosessen?*
 - Avklaring for behandler (bl a risikoprofil, og psykisk vs fysisk lidelse)
 - Grunnlag for kommunikasjon behandler – pasient (kartlegging, avdramatisering, grunnlag for oppfølging over tid)
 - Formidle informasjon videre i systemet (til trygdeetat, arbeidsgiver, andre behandlingsinstanser)
 - Seleksjon/screening mht til oppfølgingsbehov (hvem trenger/trenger ikke spesiell innsats)
 - Ansvarliggjøring av arbeidstaker – og arbeidsgiver
2. *Hvilken informasjon trenger vi til funksjonsvurdering?*
 - Enkel huskeliste/spørreskjema ("gule/røde flagg")
 - Pasientens egen vurdering (det kanskje viktigste prognostiske spørsmålet er: "Er du tilbake i arbeid etter ½ år?")
 - Spørsmålene på sykmeldingsattestens del II fungerer bra til formålet (må være enkelt i tidlig fase)
3. *Hvordan kan vi få den informasjonen vi trenger?*
 - Dialog med pasienten
 - Behandlerens kliniske skjønnsvurdering
 - Standardiserte skjema (sykmeldingsattest del II OK)
 - Egenvurdering fra pasienten (enkelt skjema – men når skal det benyttes?)
 - Skriftlig informasjon fra andre behandlergrupper enn legen?
4. *Er det andre, kanskje enklere måter å oppnå det samme?*
 - Ref pkt 3

Dag 2

1. *Kan noen av de instrumentene som er presentert under konferansen, eller andre dere kjenner til, dekke dette behovet?*
 - Sykmeldingsattest del II dekker legens behov i tidlig fase, men det er behov for bedre informasjon til legene om intensjonen med den forenklete funksjonsvurderingen
 - "Mo i Rana-modellen" bør kunne benyttes på arbeidsplassen
 - Work Ability Test virker interessant, men ikke på tidlig tidspunkt
2. *Hvis de instrumentene dere kjenner ikke dekker behovet, hvorfor ikke?*
 - Ref pkt 1
3. *Kan noen av de instrumentene brukes dersom de omarbeides noe?*
 - Ref pkt 1

- Egenvurderingsskjema for pasient (Søren Brage)
 - bør utvides med vurdering av egen funksjon i forhold arbeid
 - det må vurderes når i forløpet skjemaet skal brukes
 - det må vurderes hvilke pasienter/pasientgrupper som bør få det
 - det må vurderes hvem som skal være mottaker (NB! Taushetsplikt)
- 4. *Er det behov for utarbeiding av nye funksjonsvurderinger/instrumenter?*
 - Opplegg for funksjonsvurdering foretatt av andre behandlergrupper (bortsett fra trygdeordningen ”Arbeidsplassvurdering ved fysioterapeut”, som nærmer seg en funksjonsvurdering)
 - Opplegg for tverrfaglige funksjonsvurderinger
- 5. *Er det behov for videre forskning? På hvilke områder?*

- 6. *Har dere andre forslag om hvordan det bør jobbes videre med funksjonsvurdering?*

Oppsummering fra gruppearbeid i gruppe a2

Funksjonsvurdering tidlig i fraværprosessen, mellom lege-pasient og annen behandler-pasient

Leder Solrun Nygaard

Avklaringer:

- Tidsperioden ble definert fra før arbeidstakeren ble syk til inntil 8 ukers sykemelding.
- Aktørene ønsket ikke gruppen å ramse opp, men heller snakke om arenaer;
 - behandlerarenaen
 - arbeidsplassarenaen
- Aktørene er alle aktuelle personer/instanser på disse arenaene som kan bidra med relevant informasjon og/eller bistå i tiltak videre. Personlig nettverk/familie kan i noen tilfelle også være aktuelle aktører å trekke inn.

Spørsmål dag 1:

1. Hva ønsker vi å oppnå med en funksjonsvurdering på det tidspunktet og mellom de aktørene vi skulle ta utgangspunkt i?

- ◆ Funksjonsvurdering skal være et redskap til å samle relevant informasjon om hvilke problemer og ressurser arbeidstakeren har.
- ◆ Fellesgjort innsikt, alle parter forstår saken, hva det dreier seg om.
- ◆ Informasjonen er nødvendig for å kunne planlegge videre tiltak der det er nødvendig.
- ◆ Funksjonsvurdering kan sette i gang prosesser, dialog.

2. Hvilke informasjon trenger vi til funksjonsvurdering?

- ◆ Informasjonen vil være avhengig av problemstillingen, nesten fra alt til nesten ingen ting. Kompleksitet vil avgjøre behov for informasjon og hvilken grad av strukturering som er nødvendig (skjema/ikke skjema)
- ◆ Ressursbruk ved omfattende funksjonsvurderinger må vurderes i forhold til nytten. Tidlig intervensjon er viktig, men unødig intervensjon er sløsing av ressurser.
- ◆ Tror ikke på universelle kartleggingsinstrumenter.
- ◆ Informasjonen det er behov for kan være:
 - Hvilke krav, hvilken virkelighet møter du?
 - Hva *kan* du gjøre?
 - Hva består ”gapet” i?
 - Kan ”gapet” fylles?
 - Hva skal til?
- ◆ Viktig med fokus på mestring, mestringsarenaer, betingelser for mestring.

3. Hvordan kan vi få den informasjonen vi trenger?

Gruppen gikk lite inn i dette første dagen. Kommer tilbake til spørsmålet dag 2.

4. Er det andre, kanskje enklere måter å oppnå det samme?

- ◆ Dialog ble trukket fram som sentralt. Dialog med den det gjelder. Primært dialog mellom arbeidstaker-arbeidsgiver. Når flere er inne i bildet, f.eks arbeidsgiver,

fastlege og BHT, er det viktig at alle har samme forståelse av situasjonen og er enige om tiltak og ansvarsfordeling. Da kan et felles møte på arbeidsplassen eller fastlegens kontor være effektivt. Viktig å skrive referat hvor bl.a. tiltak, ansvarsfordeling og oppfølging beskrives.

- ◆ System for fraværsoppfølging og medarbeidersamtaler kan være enklere former for funksjonsvurderinger tidlig i forløpet. Her kan f.eks enkle sjekklister, intervjuguider brukes.

Spørsmål til gruppen dag 2:

1. Kan noen av de instrumenter som er presentert under konferansen, eller andre dere kjenner til, dekke dette behovet? Hvis ja, hvilke?

Først litt generelt om krav gruppen stiller til instrumenter så tidlig i prosessen;

- ◆ Enkelt å bruke.
- ◆ Ikke ta for mye tid
- ◆ Enkelt språk som alle involverte forstår
- ◆ Resultatet fra funksjonsvurderingen må gi relevant informasjon til de videre tiltakene
- ◆ Gjerne modulbasert. Hvilke deler som brukes er avhengig av behov, kompleksitet, hvor i prosessen.
- ◆ PC-basert. Blir fort for mye papir å holde styr på.

Gruppen mente Arbeids Evne Indeks, ”Mo i Rana- modellen” og WRI/WEIS møtte noen av disse kravene

Gruppens vurdering av Arbeids Evne Indeks:

- ◆ Enkel
- ◆ Modulbasert. Kan bruke hele eller enkelte under-indekser
- ◆ Fleksibel. Kan brukes som screening, forebyggende, overfor enkelte arbeidstakere.
- ◆ Kvalitativt og kvantitativt arbeidsredskap.
- ◆ Tar kort tid å fylle ut, 7-20 minutter
- ◆ Internasjonalt nettverk av miljøer som bruker instrumentet, mye forskning, stadig under utvikling..
- ◆ Vanskelig å få tak i teoretisk forankring.

Gruppens vurdering av ”Mo i Rana – modellen”

- ◆ Pragmatisk.
- ◆ Enkel. Kan forstås av arbeidstaker, arbeidsleder og evt. andre som bistår.
- ◆ Egner seg kanskje best til ”enkle” saker?
- ◆ Står på egne bein, men kunne kanskje innbakes i Arbeids Evne Indeks?

Gruppens vurdering av Worker Role Interview (WRI) og Work Environment Impact Scale (WEIS)

- ◆ Tar opp viktige problemstillinger. Gode spørsmål.
- ◆ Kan brukes som sjekklister i en samtale. Behøver ikke bruke alle spørsmålene og fylle ut vurderingsskjema
- ◆ Kan være viktig for å sette i gang prosesser hos arbeidstaker/arbeidsgiver
- ◆ Kan komplettere Arbeids Evne Indeks i forhold til psykososiale faktorer.
- ◆ Kan være nyttig å bruke WRI/WEIS før arbeidsplassbesøk.

2. Hvis de instrumentene dere kjenner ikke dekker behovet, hvorfor ikke?

Instrumentene som ble presentert fra England og Nederland var store og omfattende og passer bedre senere i forløpet.

3. Kan noen av de instrumentene brukes dersom de omarbeides noe?

- ◆ Noe av svaret kommer inn under spørsmål 1. Ønsket fra gruppen var at instrumentene skulle være fleksible så bruken av dem kunne tilpasses den enkelte situasjon.
- ◆ Det er derfor positivt at Arbeids Evne Indeks stadig utvikler nye under-indeks.
- ◆ ”Mo i Rana – modellen” blir kanskje enda med anvendelig dersom den bakes inn i en større helhet (f.eks Arbeids Evne Indeks) for å gi større fleksibilitet.
- ◆ Det bør vurderes om WRI/WEIS kan brukes som en intervjuguide, sjekklister.

4. Er det behov for utarbeiding av nye funksjonsvurderingsmetoder/instrumenter? Hvis ja, i forhold til hvilke problemstillinger?

Dette kom gruppen ikke inn på. Vi tok kun utgangspunkt i de instrumentene som var presentert på konferansen.

5. Er det behov for videre forskning? På hvilke områder?

Gruppen så det som ønskelig at instrumentene hadde er teoretisk forankring.

- ◆ Arbeids Evne Indeks ble oppfattet som noe uklart i forhold til teoretisk forankring og hva er det vi får informasjon om. Kan hende denne forankringen eksisterer uten at gruppen har forstått dette, men det kan også være behov for mer forskning.
- ◆ Samtidig kunne ”Mo i Rana – modellen” få en bredere anvendelse dersom den ble innbakt i Arbeids Evne Indeksen, og da er det trolig behov for videre utviklingsarbeid og forskning.
- ◆ Det er viktig at instrumentene er tilpasset norske forhold og blir utprøvd i Norge for videre tilpasninger. WRI og WEIS har den første utgaven av oversettelse ferdig, men det gjenstår arbeid i forhold til validitets- og reliabilitetstesting til norske forhold. Det ble også pekt på at Arbeids Evne Indeksen var noe mangelfull på kartlegging av psykososiale forhold. Kan WRI og WEIS komplettere instrumentet og i tilfelle på hvilken måte?

6. Har dere andre forslag om hvordan det bør jobbes videre med funksjonsvurdering?

Nei, det kom gruppen ikke inn på.

Oppsummering fra gruppearbeid i gruppe b1

Funksjonsvurdering tidlig i fraværprosessen; arbeidstaker – arbeidsgiver – bedriftshelsetjeneste

Leder Bo Veiersted

Dag 1.

Vi besluttet å se på følgende aspekter av funksjonsvurdering:

- a) før sykemelding (dvs i forbyggende øyemed),
- b) ved første tegn på sykdom (arbeidstaker-arbeidsgiver),
- c) assistanse fra BHT til sykemeldende lege og
- d) ved oppfølging på arbeidsplassen etter sykefravær.

Det er viktig at dagens diskusjon går på tilnærming og ikke spesifikke måleinstrument eller skjema. Gruppen skal finne en felles referanseramme. Det skal man kanskje også ute i samfunnet når funksjonsvurdering skal praktiseres.

Tillitsvalgt og verneombud må ikke glemmes i denne forbindelse – de kan trå til spesielt hvis forholdet mellom arbeidsgiver og taker ikke er tilfredsstillende for en god kommunikasjon. Man skal være forsiktig her fordi det kan både virke stabiliserende men også destabiliserende – spesielt hvis det kommer konfrontasjon.

Vi ønsket å se på funksjonsvurdering i ICF perspektiv dvs at man inkluderte alle aspekter for individet – ikke bare det fysiske – og så på det relasjonelt (dvs at funksjonen må sees i relasjon til de krav som omgivelser setter). Arbeidstaker har kompetanse på egne behov, forutsetninger, problemer og ønsker. Arbeidsgiveren har kompetanse om arbeidsplassens behov (?), forholdene rundt og fullmakter til å skape endring. ”Det man ønsker å oppnå med en funksjonsbeskrivelse er at den enkelte skal kunne være i mer eller mindre arbeid utifra egne forutsetninger – fange opp behov og finne løsninger er målet på alle nivåer”. Ethvert problem må løses på lavest mulige effektive nivå. De fleste informasjoner for å vurdere en funksjon kan vi få ved å spørre den det gjelder. Det er sjelden det er behov for måleinstrument.

Ad a og b).

Bruk av funksjonsvurdering er ikke så aktuell i forebyggende perspektiv. En arbeidsplassbeskrivelse (evt også stillingsbeskrivelse) kan være en måte å synliggjøre kravene på en arbeidsplass – så kan den enkelte vurdere egen funksjon utifra de krav som settes. Denne arbeidsplassbeskrivelse må ikke være noen statisk – den skal kunne endre seg med arbeidsmarkedets utvikling. Et område (som referenten mener var nytenkende) var å inkludere ICF krav til funksjon i den tenkningen som ligger bak medarbeidersamtaler. Man kunne tenke på disse med ICF ”behovene” in mente, en sjekklister. Det var forslag om å tenke seg medarbeidersamtaler i flere faser – avhengig av behov – 1: generell; 2: videre oppfølging hvis funksjon ikke harmonerer med krav; og: 3 involvering av andre, tillitsfolk, BHT andre?

Ad c og d).

BHTs rolle er å bidra til evt funksjonsvurdering ved å rådgi bedriften – spesielt utifra det relasjonelle; at arbeidskravene betyr noe for hvordan funksjonen blir.

Dag 2.

Det er fremdeles udefinert hva en funksjonsvurderinger er!

Begrepet er slik vi ser det innført:

- 1) For å gjøre en bedre ”sortering” mellom de som trenger/ikke trenger sykemelding – trygd.
- 2) For å forbedre oppfølging av sykemeldte / trygdede i perspektiv av å muliggjøre det å være i arbeid

Vårt utgangspunkt i det videre er punkt b). Det er viktig at instrumenter / redskaper relateres til hva de skal brukes til, hva formålet er med bruken av dem. Ulike faser og sammenheng medfører ulike behov. Derfor er det viktig at det eksisterer en ”verktøyskasse” av redskaper. Mange av de presenterte instrumenter er knyttet til en helt annen kontekst / andre behov enn det vi står overfor i dag, her i Norge.

Utgangspunktet må her være dialogen arbeidsgiver / arbeidstaker, og den må bygge på hvordan arbeidstaker selv definerer sine problemer. Medarbeidersamtalen kan være et sted å starte. En basis for arbeidet. Mer avanserte metoder tas i bruk i senere faser. Det kan være aktuelt å utvikle veiledere for medarbeidersamtaler i dette perspektivet. Arbeidsbeskrivelser er et nyttig grunnlag for samtalen. Dersom det fanges opp tegn på problem må det innhentes mer kompetanse.

Kartleggingsinstrumenter brukt i aksene arbeidstaker-arbeidsgiver-BHT må:

- være arbeidsplassrelatert
- synliggjøre faktorer som påvirker arbeidsevne/ arbeidssituasjon i et bredt perspektiv
- gi en innfallsvinkel til løsninger / tiltak – være løsningsorientert
- bygge på erfaringskunnskap
- oppleves som nyttige
- aksepteres av alle parter

Aksen må også involvere tillitsvalgte og verneombud.

Generelt i videreutviklingen av funksjonsvurdering:

- viktig å bygge videre på det som eksisterer
- unngå at hver arbeidsplass lager sitt eget instrument
- at man tilstreber en felles terminologi / referanseramme for å styrke videreutviklingen. ICF kan utgjøre en slik ramme.
- Deltasenteret har gjort mye viktig knyttet til arbeidsvurdering – tilrettelegging også med gode forslag til tiltak for å forbedre.

Metoder av interesse

- WRI og WEIS
- Metode for kartlegging av arbeidskrav
- Arbeidsevneindeks

Behov for å videreutvikle

- observasjonsteknikk
- arbeids- / aktivitetsanalyse
- situasjonsbasert arbeidsvurdering

Klare behov for videre forskning – utviklingen av feltet – erfare hvordan metoder fungerer i praksis.

Oppsummering fra gruppearbeid i gruppe b2

Funksjonsvurdering tidlig i fraværprosessen; arbeidstaker – arbeidsgiver – bedriftshelsetjeneste

Leder: Odd Bjørnstad

Dag 1

Diskusjon om funksjonsvurdering (FV) og hvor den skulle foregå. Stor enighet om at dette handler om arbeidsgiver og den aktuelle ansatte. De skal gjennomføre en FV – og må da få muligheten til dette. De trenger arbeidsro – og muligheten til å prøve, feile og lykkes. Arbeidsgiver og arbeidstaker må sitte i førersetet. Andre må ikke komme inn å overta styringen.

Hjelperne må holde seg unna. Ikke gå inn som ”eksperter” for å fortelle hva som er viktig og hvordan prosessen skal foregå. Da skaper de apati og utmelding hos både aktuell leder og ansatt. Settes ”hjelpesystemene” i gang kan muligheten for en god lokal løsning kan gå tapt. Mange ganger bygger ”hjelperne” en motorvei ut av arbeidslivet og over til langtidsfravær og behandling på institusjoner.

Gruppen snakket mye om helsetjenesten utenfor bedriften som mange ganger fungerte dårlig. Ansatte kom med sine vondter og plager til for eksempel fastlegen og ga beskjed om at de ville bort fra jobben. Fastlegen valgte alt for fort sykemelding og utnevnte dermed seg selv som den sentrale aktøren framover uten å være i den strategiske viktige posisjonen. Istedenfor en tilbake kobling til jobben – ble det en frakobling. Og hyppige og lange sykefravær. Gruppen var enig i at fastlegen som hovedregel burde sende folk tilbake til virksomheten – og dialogen med leder om funksjonsmulighet og tilrettelegging. FV burde fungere som en medarbeidersamtale mellom likeverdige parter og ha ønsket behov og mål som fokus.

1. Hva ønsker vi å oppnå med funksjonsvurdering?

- ◆ den skal medvirke til en dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker
- ◆ den skal være et virkemiddel for å skape et aktivt arbeidsforhold
- ◆ den skal klarlegge behov for tilrettelegging
- ◆ den skal være et signal til begge parter om nødvendighet for endring (endringer må aksepteres av partene)

2. Hvilken informasjon trenger vi?

3. Hvordan får vi denne informasjonen?

Gruppen reiste spørsmålet om hvem ”vi” er. Tenker en her på ”hjelperne” – og hvilken informasjon de (vi) trenger til å gjøre FV. Dette plasserer hjelperne i en for sentral rolle. Det burde isteden være snakk om hvilken kunnskap og kompetanse de sentrale aktørene dvs leder og ansatt burde ha for å få til samtalen om hva som kan klares (funksjonen) – og hvordan bedriften kan tilrettelegge.

Gruppen var enig om at ledere må ha ferdigheter og kompetanse i forhold til å klare den gode dialogen og vilje til å gjennomføre den. Dette kan ”hjelperne” (BHT) bidra til.

Dag 2

Generell diskusjon rundt instrumenter. Kjennskap og introduksjon av instrumenter gir maktposisjon og mulighet for overstyring. Dette må ”hjelperne” være bevisst på. Instrumentene vil også virke inn på den som introduserer og bruker det.

Gruppen framhevet at så lenge aktuelle ledere og ansatte skulle være aktørene, ville det ikke være ønskelig å velge kompliserte og omfattende instrumenter med mange spørsmål – og testbatterier på lab.

Av instrumentene presentert på konferansen ble ”Metode for kartlegging av arbeidskrav og funksjonsevne for sykemeldte arbeidstakere” fra Mo (MeMo). Denne satte leder og ansatt i førersetet – og den aktuelle virksomheten. Samtidig ble det satt opp et system som sikret ryddighet i prosessen og oppfølging av den første FV.

Work Ability Index (WAI) ble vurdert som et screeningverktøy for å få en tilstandsbeskrivelse av situasjon med hensyn til mulig framtidig utstøtning fra virksomheten. I så måte virket instrumentet hensiktsmessig. Det ble også lagt vekt på at det forelå mye erfaring gjennom flere år – og erfaring fra mange land.

Gruppen innså at det kunne være nødvendig med mer omfattende instrumenter – i trykkesystemet / attføringssammenheng til å fastsette for eksempel uførhet. Men dette skulle andre grupper ta stilling til.

Ingen i gruppen kjente til andre instrumenter enn de som ble presentert på Ekspertkonferansen.

Gruppen var enig i at det var viktig å få flere instrumenter enn det som i dag foreligger. Derfor anbefales videre utvikling og forskning innenfor dette område. Det kunne for eksempel gis midler til videre utvikling / utprøving av MeMo.

Inntil forsknings- og utviklingsmidler foreligger kan BHT gi kurs i ”den gode samtale” og ”dialogen”.

Oppsummering fra gruppearbeid i gruppe c1

Funksjonsvurdering senere i prosessen mellom lege-pasient-trygdekontor.

Leder: Gunnar Tellnes,

Diskusjonen om funksjonsvurdering har vært basert på et verdisyn der deltakelse i arbeidslivet (ikke flukt fra) anses som ønskelig.

Betydningen av senere ble diskutert og både 8 uker og 6 mnd tidspunktet anført som merketidspunkter i forhold til vurdering av tiltak og prognose. Imidlertid ble det understreket at det kunne etableres både en tidsakse og en kompleksitetsakse, og der tidligere vurderinger var ønskelig og nødvendig i komplekse situasjoner.

Lege-pasient-trygdekontor trianguleringen ble diskutert og en utvidelse av begrepene i trianguleringen til helsepersonell, arbeidstaker og trygdeetat (inkludert A-etat) ble funnet nødvendig.

Det ble diskutert om funksjonsvurdering skulle belyses og diskuteres i henhold til dagens modeller eller i forhold til den kommende omorganisering i forhold til et inkluderende arbeidsliv.

Legens rolle ble diskutert

Sandman utvalgets prosess og intensjoner ble diskutert/problematisert i forhold til arbeidstaker med mange problemer i forhold til ressurser?

1. Hva ønsker vi å oppnå med funksjonsvurdering?

- Opphav til dialog
- Kommunikasjonsverktøy
- Grunnlag for forståelse
- Grunnlag for identifikasjon-problemer og ressurser
- Seleksjonsgrunnlag
- Kan gi en årsaksforståelse
- Er et kontekstuellt verktøy
- Identifisere arbeidsmuligheter!
- Mulighet for systematisering-Enhetlig verktøy-ICF
- Politisk og økonomisk verktøy

2. Hvilken informasjon trenger vi?

- Opplysninger om arbeidstakers egenvurdering av helse og manglende arbeidskapasitet
 - Opplysning om endringer i arbeidstakers helsetilstand eller funksjonskrav
 - Arbeidstakers ressurser
 - Arbeidsplassens muligheter
 - Motivasjon
 - Arbeidstakers og arbeidsgivers verdisyn
 - Arbeidstakers og arbeidsgivers fremtidstanker
 - Kunnskap om effektive tiltak
- Innhentes avhengig av relevans!

3. Hvordan kan vi få informasjonen?

- Egenvurdering
 - Dialog (arbeidstaker og arbeidsgiver)
 - Intervju (arbeidstaker og arbeidsgiver)
 - Observasjon
 - Jobbkraft og aktivitetsanalyse
 - ”undersøkelse/testing”
- Innhentes avhengig av relevans!

4. Er det andre kanskje enklere måter å oppnå det samme på?

- Kreativitet, fantasi og humor
- ? Til arbeidstaker; hva ønsker du aller mest å jobbe med?
- Praktisk utprøving

Dag 2

1. Diskusjon av instrumenter for funksjonsvurdering

- Organisasjonsutfordring med mange aktører-helhetlig og koordinert funksjonsvurdering
- Profesjonsaktørene bør få velge relevante instrumenter
- Bedriften kan ha egne instrumentbehov
- Resultatet må kunne være kommuniserbart
- Valg avhengig av hensikt eks enkelt verktøy for seleksjon
- Mangler verktøy i forhold til en del arbeidstyper
- Enkeltindivid-vurdering av hele arbeidsstokken

2. Verktøy anbefaling-MFM

- Et enkelt felles verktøy må utvikles, dvs, et ”minste felles multiplum” (MFM)
- Batteri av andre andre verktøy
- Valg av batterier må bygge på det arbeidet som er utført

3. Veien videre

- Tverrfaglig arbeidsgruppe (uten sorte hull)
- HUSK arbeidslivets parter
- Utarbeide verktøy oversikt
- Anbefale/utarbeide screeningsverktøy (ICF er ramme for mål)
- Skjema navneforslag: ”Kari og Ola kan-kan”!
- Opplæring av aktører
- Evaluering

4. Forskningsbehov

- Når inntreffer det en prognoseendring i sykemeldingsforløpet?
- Effekt av funksjonsvurdering?
- Effekt av omorganisering i arbeidslivet?
- Aktivitetsanalyse
- Forankring hos sentrale myndigheter
- (med håp om nedenforliggende resultat)
- Implementering av midler og lovpålagte plikter

Oppsummering fra gruppearbeid i gruppe c2

Funksjonsvurdering senere i prosessen mellom lege-pasient-trygdekontor.

Leder: Søren Brage

Dag 1.

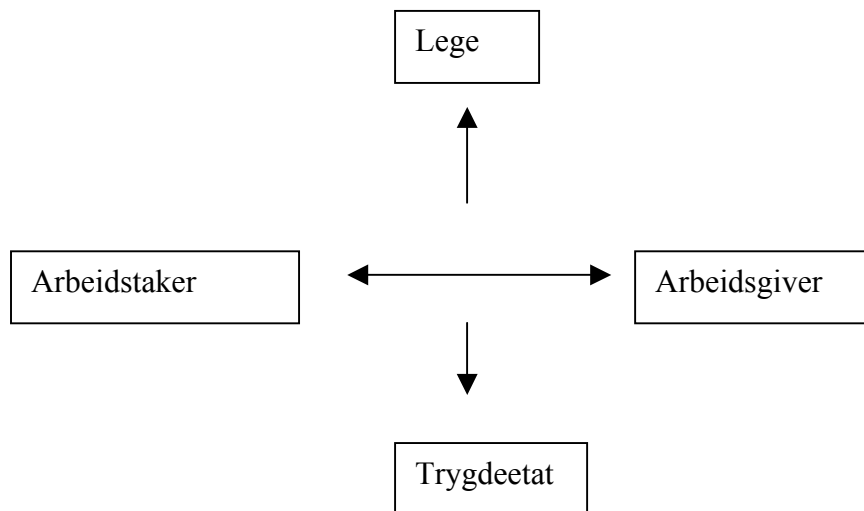
Presiseringer:

Gruppen ga følgende presiseringer:

"senere i perioden" oppfattes primært som perioden 6-12 uker, sekundært som etter ca et år (utgang sykepenger), tertiært etter 2-4 år (revisjon/reaktivisering av uførepensjonerte).

Mesteparten av de følgende diskusjonene dreide seg om 6-12 uker.

"ytterligere aktører" inkluderte arbeidsgivere som en helt sentral aktør. Etter lange, og til dels prinsipielle diskusjoner oppfattet jeg vår felles tankemodell som følgende:



Arbeidsgiver/arbeidstaker er fortsatt hovedaksen etter 6-12 uker, der mesteparten av problemene kan løses. Støttefunksjoner gjøres av "behandlerlinjen" her representert ved legen, og trygdelinjen. Disse kan innkalles ved behov, men må også komme med selvstendige innspill. Det er også nødvendig med en eller annen form for kontroll, fra trygden (?), der man kan kontrollere at prosessene mellom arbeidstaker/arbeidsgiver fører frem.

Kasuistikker:

Gruppen brukte særlig kasus 1. Med utgangspunkt fra dette kasus kom vi frem til at en "funksjonstest" mht språkforståelse kan være aktuell - denne kan feks bestilles av arbeidsgiver fra skoleverket. Ellers mente vi at en "arbeidstest" i barnehagen, dvs. uten spesifikke tester ville være den beste metoden. Det trenges ingen spesifikke helsefaglige funksjonsvurderinger i kasus 1. Arbeidsforsøk kan gjøres innenfor etablerte ordninger.

Gruppen var imidlertid enig om at det er grunnleggende med en standard fysikalsk-medisinsk undersøkelse for å utelukke spesifikk patologi ("røde flagg") og for å berolige pasienten. Dette er en del av behandlerlinjen.

Vi konsentrerte oss videre om arbeidsplassen som situasjon. Vi mente at dersom dialogen mellom arbeidstaker/arbeidsgiver er bra, eventuelt med støtte fra fungerende BHT, trengs oftest ingen spesifikke funksjonstester. Den ansatte kan imidlertid gjerne komme med egne

beskrivelser, evt på skjema, om sin egen situasjon/problemer som han/hun bringer med til dialogen med arbeidsgiver.

Det er imidlertid situasjoner der arbeidsplassen kan trenge litt mer informasjon enn diagnosen fra legen, eller annen fagperson. Vi var inne på at det trengs psykologisk, sosial kompetanse, som leger ofte ikke innehar. Bør legens vurdering/sykmelding i noen tilfeller kompletteres med vurdering av psykologisk/sosial funksjon?

Der det er konflikt på arbeidsplassen antok vi at det kan trenges vurderinger om funksjon for å avklare de reelle forhold så langt mulig. Vi diskuterte ikke hvordan dette skulle gjøres, men antok at trygden måtte ha en koordinerende funksjon.

Som kreativt forslag kom vi opp med at det, i tråd med etableringen av en jobbetat, kan etableres "jobb/ressursentra" med et bottom-up opplegg, der folk som ikke er i arbeid eller har problemer i sitt arbeid kan få hjelp til å avklare og utvikle sin egen arbeidsevne i praktisk virke.

Det ble påpekt allerede under dag 1 at alle nye forsøk i håndtering av sykefravær i vid forstand må underlegges cost-benefit analyser i klinisk kontrollerte forsøk.

Det ble også påpekt at man i evalueringen av funksjon også bør ta hensyn til hele livssituasjonen.

dag 2

Gruppen savnet et klart definert utgangspunkt og en klar formulering av oppdraget, selv om det antas at graden av fellesforståelse er temmelig høy og problemstillingen har vært definert forholdsvis klart i forskjellige offentlige publikasjoner. Gruppens diskusjon (og dermed nedenstående idéer) har forutsatt at den skal gis innspill til å definere et 'prosedyreapparat' hvis formål er

- 1) at flest mulig til enhver tid er arbeidsføre (dvs både i stand til og motivert for å arbeide) og
- 2) at arbeidsføre som likevel (av en hvilken som helst grunn) ikke er i arbeid, ikke skal motta ytelser som forutsetter funksjonssvikt (sykdom, skade og lyte).

Hovedspørsmål:

Gruppen definerte følgende hovedspørsmål som den skulle ta stilling til:

- ◆ Hva kan et funksjonsvurderingsskjema brukes til i perioden 6-12 ukers sykefravær?
- ◆ Hvem skal i så fall være ansvarlig for prosessen?
- ◆ Hvem skal i så fall være ansvarlig for testingen?

Noen tanker:

- ◆ I perioden 6-12 uker er det sjelden aktuelt å vurdere uførepensjon. Gruppen konsentrerte diskusjonen om rehab.penger.
- ◆ Vi antar at ca 2-300.000 tilfeller når 6-ukers-tidspunktet årlig, og at ca 100-150.000 når 12-ukers-tidspunktet. Under denne forutsetning vil det årlig være behov for maksimum 150.000 funksjonsvurderinger innenfor denne perioden.
- ◆ En stor del av disse vil skje på arb.plassen uten offentlig innblanding/bistand.
- ◆ Det er likevel behov for kontrollpunkter hvor
 - 1) personer som trenger bedriftsekstern attføring identifiseres og

2) sykmeldte og bedriftsinterne prosesser som ikke utvikler seg som forutsatt gripes fatt i.

- ◆ Ansvar for å overvåke prosessene og iverksette tiltak må være klart.
- ◆ Bruk av skjema (i betydningen klart definerte prosedyrer) vil redusere betydningen av skjønn og øke likebehandlingen.

Funksjonsvurdering

- ◆ Flere modeller/verktøy vil kunne anvendes. Dette må avhenge av hvor hunden viser seg å ligge begravet i det enkelte tilfellet
- ◆ Mo i Rana-modellen fremsto som besnærende med sin enkle og klare struktur og virket velegnet til bedriftsinternt bruk. Det er imidlertid en klar svakhet at den ikke er evaluert i en randomisert studie. 'Alle' tiltak vil ha en gunstig initialeffekt ('honeymoon-effekt') som ikke sier noe om effektivitet på lengre sikt.
- ◆ I tilfeller hvor den interne prosessen ikke fører til målet (eller aldri kommer i gang eller bryter sammen), må ansvaret for å drive og koordinere fremdriften overtas av tredjepart. Gruppen foreslår at dette ansvaret legges på trygdeetaten (etter hvert jobbetat). For slike tilfeller vil mange tiltak og testapparater kunne være aktuelle. Noen vil det være naturlig at jobbetat tilbyr innenfor egen organisasjon, mens andre vil det bli aktuelt å kjøpe eksternt. Uansett skal jobbetat være ansvarlig for prosessen.
- ◆ Gruppen diskuterte hvilken plass primærlegen burde ha når prosessen på arbeidsplassen ikke førte til målet og var (rimelig) samstemt om at jobbetat da bør få rollen som annenlinjetjeneste, slik at det deretter vil bli opp til jobbetat å vurdere i hvilken grad det er hensiktsmessig å trekke inn primærlegen.
- ◆ Jobbetats oppgave kan være enten å stimulere, underlette eller på annen måte påvirke prosessen på arbeidsplassen (bla a i tråd med mange av de tiltakene som trygdeetaten og A-etat allerede rår over) eller foreta ytterligere funksjonsvurdering, som vil avhenge av hva som viser seg å være (det egentlige) problemet. Det innebærer at problemavklaring kan være en viktig oppgave. Mange av verktøyene som ble presentert gikk på dette.
- ◆ Uansett hvilke funksjonsvurderingsverktøy som tas i bruk, må resultatene konverteres til ICF-resultater, slik at de forskjellige verktøyene kan sammenlignes.

Informasjonsflyt

- ◆ Gruppen var ikke sikker på at primærlegenes forenklete funksjonsvurdering gir nyttig informasjon i sin nåværende form. Så lenge legens signatur er en nødvendig sanksjon for rett til sykepenger, var gruppen likevel enig om at det er praktisk fornuftig å benytte den obligatoriske legekontakten til å innhente ønsket informasjon. Gruppen diskuterte ikke problemstillingen i detalj, men det ble bl a luftet at den sykmeldtes egne synspunkter om årsak, tiltak og prognose kunne integreres i skjema og at legens funksjonsvurdering ikke nødvendigvis er relevant når det mangler medisinske funn. (Referentens etterpåkommmentar: Dette må imidlertid ikke føre til at legen ikke gis god anledning til og oppfordres til å komme med sine synspunkter i kraft sin betydelige erfaring som helhetstenkende menneskebehandler. Synspunktene vil ofte være meget relevante også når objektive funn mangler. Punktet er vanskelig og trenger kanskje sin egen idédugnad!)
- ◆ Hvis fremdriften i prosessen blir dårligere enn angitt (eller hvis det allerede tidlig i prosessen er klart at problemet ikke kan løses internt i bedriften), må det legges inn et kontrollpunkt hvor jobbetat overtar ansvaret (kfr ovenfor). Fordi den sykmeldte med jevne mellomrom må innom lege for å opprettholde retten til sykepenger, mente gruppen at legeerklæringen fortsatt kan være det praktisk mest anvendelige punktet også for

innhenting av nødvendige ytterligere opplysninger. Gruppen diskuterte ikke hvilke konkrete forhold som burde tilsi at jobbetat overtok roret; poenget er her at signalet til jobbetat om å gå inn i prosessen (som annenlinjetjeneste), kan komme gjennom legeerklæringen.

Oppsummering fra gruppearbeid i gruppe d1

Funksjonsvurdering senere i prosessen behandlingssenter-attføringsbedrift-pasient.

Leder: Per Frivik

Innledningsvis brukte gruppen mye tid på å komme til enighet om hva det innebar å belyse behov for funksjonsvurderinger sent i prosessen. Det vil si etter at det er innvilget yrkesmessig attføring og/eller når det er aktuelt å tilbakeføre personen til arbeid.

Målgruppene deltagerne var opptatt av befinner seg nær slutten på en medisinsk/ yrkesmessig attføringsprosess, hvor det stilles spesifikke krav til funksjonsvurderingene, tilpasset målpersonenes sykdomstilstand/ ressurser i forhold til arbeid. For eksempel vil målgruppene med hhv. lungeproblemer og skader i ryggen ha ulike behov for funksjonskartlegging. Tilsvarende for målgrupper med hhv. angstproblemer og lærevansker. Jo nærmere en er de faktiske attføringstiltak, jo sterkere er kravene til grundig, dekkende og pålitelig funksjonsbeskrivelse.

På denne bakgrunn delte deltagerne den oppfatning at funksjonsvurderinger foretatt av primærlege tidlig i en sykdomskarriere trolig vil være av marginal praktisk interesse, i hvert fall når det gjelder mer ressurskrevende attføringsopplegg.

En vanlig erfaring er at personens problemer blir mer sammensatte jo lenger ut i prosessen en kommer. Blant annet fører det å falle utenfor arbeidslivet til endringer i identitet og selvfølelse, og til en økning av psykiske problemer. Dette er en vanlig, nærmest "normal" utvikling. Det blir ofte et økende behov for tverrfaglig bistand.

Konklusjonen på dette ble at mye vil være vunnet om en tidlig kvalitativt god funksjonsvurdering, som avdekker faktiske bistandsbehov, kan følges opp med de nødvendige behandlings- og/eller attføringsmessige tiltak uten lange ventetider og opphold.

1. Det vi ønsker å oppnå er:

- ◆ På et overordnet nivå å få folk raskt tilbake i arbeid.
- ◆ Å sikre helsen, unngå helseskadelige (jobb)belastninger i fremtiden.
- ◆ Legge grunnlag for behandlings- og handlingsplaner innrettet mot varig arbeid.
- ◆ Grunnlag for tilrettelegging av arbeidsplassen.
- ◆ Grunnlag for tilrettelagt opplæring, trening og styrking av kompetanse.
- ◆ Få grunnlag for tidlig intervensjon.
- ◆ Stimulering til samarbeid mellom berørte parter.

2. Vi ønsker informasjon om:

- ◆ Hva personen må unngå å gjøre av helsemessige grunner, samt restarbeidsevne og trenbarhet.
- ◆ Avklaring av om personen virkelig ønsker/er motivert for å komme tilbake i arbeid, og har tillit til egen mestringsevne.
- ◆ Avklaring av om personen har de nødvendige arbeidsrelaterte sosiale mestringsferdigheter som er en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg eksisterende attføringstiltak og opplæringstilbud.

- ◆ Informasjon om personens belastninger på døgnbasis, treningsmuligheter, nettverk, støtte.
- ◆ "Utenomsykelige" forhold av betydning for rehabilitering (gjeld, bidragsforpliktelser, fast boepel, m.v.)
- ◆ Lese/skrivevansker, lærevansker, mulige hjerneskader m.v. (Forhold som personen ikke lett informerer om på eget initiativ).
- ◆ Informasjon om jobbegrensninger/jobbkraft og tilretteleggingsbehov.

3. Hvordan kan vi få ønsket informasjon:

- ◆ Informasjon ønskes tidlig i prosessen, fra lavest mulig nivå. (Det ble her pekt på at stykkprisordningen hos primærlege neppe faciliterer lange og grundige konsultasjoner, og dessuten at primærlegen ikke alltid har tilstrekkelig kompetanse for en dekkende funksjonsvurdering).
- ◆ Det er ønskelig med viderehenvisningsrutiner som raskt fører frem til en tilfredsstillende funksjonsbeskrivelse. (Tidlig få de rette instanser på banen).
- ◆ Det bør legges vekt på selvrapporterskjema, som helst bør inneholde kontrollskalaer som sier noe om besvarelsens reliabilitet. (Som avdekker mulige inkonsistenser i svarmønstre, tendenser til aggravering, etc.)

Dag 2

1. Instrumenter:

- ◆ De instrumentene som ble presentert på konferansen var relativt omfattende, men skjemaer basert på selvrapporing virker som en mulig løsning, dersom bearbeiding og tolkning av svarene ikke blir for arbeidskrevende for legen. Opplegg basert på intervjuguider vil trolig vise seg for tidkrevende for bruk av primærlegen. Vanlige rammebetingelser for konsultasjoner hos primærlege tillater neppe bruk av tidkrevende metoder.
- ◆ For tiltak sent i prosessen kreves utredning av spesifikke funksjoner som trolig ikke vil kunne fanges opp selv med omfattende registreringsmetodikk tidlig i forløpet.
- ◆ Gruppen ble sjarmert av Work Ability Test, og ser fordelene med metoder som er i bruk internasjonalt og som gir tilgang til forskningsresultater og erfaringer med overføringsverdi for norske forhold. Dette kan også stimulere norsk forskning og utviklingsarbeid.
- ◆ Gruppen har inntrykk av at mye av metodikken i de presenterte instrumentene var innrettet mot industriarbeidsplasser, som det jo stadig blir færre av. Serviceyrkene dominerer i dag. Tunge kvinneyrker innenfor pleie, renhold, butikk etc. må også fanges opp. Her er det dessuten mange belastninger knyttet til mellompersonele forhold.
- ◆ Den systematikken som er utprøvd i "Mo i Rana prosjektet" virker fleksibel i forhold til intervensjon i mange ulike arbeidsforhold, og kan være nyttig å ha i bakhodet for primærlegen.

2. Krav til instrumenter:

- ◆ En må ikke i utgangspunktet stille krav som "gjør det beste til det godes fiende". Det må være lov til å tenke pragmatisk, komme i gang med noe, og heller ha en plan for evaluering og videreutvikling.
- ◆ For bruk hos primærlegen mener gruppen at selvrapporingsskjema bør legges til grunn. Disse spørreskjemaene må utformes med fokus på hva personen kan og ønsker, og med sikte på å skape en fremtidsrettet motivasjon for arbeid. Som nevnt ovenfor vil

det være en fordel om instrumentet inneholder skalaer som belyser besvarelsens reliabilitet (konsistens, svarstrategier, etc.)

- ◆ Skjemaet bør blant annet gi opplysninger som gir grunnlag for å vurdere arbeidsrelatert sosial mestringskompetanse. Dårlig sosial mestringsevne er en vanlig utstøtingsårsak i arbeidslivet, og gjør det også vanskelig for personen å nyttiggjøre seg ordinære atferdingstiltak. Dette er ferdigheter som i høy grad er trenbare, men som ofte neglisjeres, med den følge at atferdingstiltak ikke fører frem.
- ◆ Instrumentet bør være egnet til å gi en tidlig start på rehabiliterings-/atferdingsprosessen, og legge til rette for en fremdrift uten unødige opphold.
- ◆ Instrumentet må ha en systematikk som synliggjør behov for nødvendige supplerende avklaringer, og stimulerer til effektiv samhandling mellom aktuelle aktører.
- ◆ Instrumentet, eller snarere rammene for bruk av instrumentet, må utformes med sikte på å fastlegge ansvar for å føre saken videre.

Oppsummering fra gruppearbeid i gruppe d2

Funksjonsvurdering senere i prosessen mellom lege-pasient-trygdekontor

Leder: Bjørgulf Claussen

Vi la diskusjonene praktisk opp med utgangspunkt i behovene til de tre kasusene, særlig 1 og 3. Hvilken hjelp trenger de etter ca 8 måneders sykmelding? Der var mye erfaring fra attføringsapparatet i gruppen, noe som førte til ganske konkrete diskusjoner.

1. Hva ønsker vi å oppnå med funksjonsvurdering?

- Starten på en målrettet dialog, heftet Arbejsevne metode ble fremhevet som en meget god instruksjon til målrettet dialog, som er mye viktigere enn skjema når en attføringsprosess skal starte
- Grunnlag for identifikasjon av problemer og ressurser

2. Hvilken informasjon trenger vi?

- Opplysninger om arbeidstakers egenvurdering av helse og manglende arbeidskapasitet
- Opplysning om endringer i arbeidstakers helsetilstand eller funksjonskrav
- Arbeidsplassens muligheter
- Arbeidstakers og arbeidsgivers fremtidstanker
- Kunnskap om tidligere tiltak

3. Hvordan kan vi få informasjonen?

- Egenvurdering
- Dialog mellom arbeidstaker og attføringsmedarbeider, senere også arbeidsgiver
- Observasjon i attføringsinstitusjon eller annen arbeidsplass

Dag 2

1. Instrumenter for funksjonsvurdering

Gruppen var generelt skeptisk til skjema, anbefalte heller medisinsk undersøkelse, dialog med fagfolk og observasjon i et attføringsopplegg, særlig det siste.

2. Verktøy anbefaling

- Skjema for egenvurdering kan ofte være verdifullt
- Antakelig trengs flere ulike skjema etter typer jobb og etter sykdom/skade
- Work Ability Index og skjemaet fra Mo i Rana synes å være best

3. Videre arbeid

- Tilpasse skjema for norske forhold
- Prøve ut egenvurderingsskjema i attføringsinstitusjoner
- Systematisere medisinsk-kliniske undersøkelser for noen store sykdomsgrupper
- Prøve ut skjema for arbeidsledere

Deltakerliste.