

Svensk rapport till AFA Försäkring

En metod för bedömning av arbetsförmåga i befintligt arbete
- nyckel för samverkan mellan arbetsledare, anställd och FHV med
arbetsmiljö i centrum

Diarienummer 130158

Projektgruppen består av:

Projektledare professor Magnus Svartengren^a

Doktorand Sofia Åström Paulsson^a

Leg läkare Camelia Bihoi

Ergonom Tomas Eriksson^a

Arbets- och miljömedicin, Institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet.

Uppsala juni 2020

Innehåll

Projektets bakgrund och syfte.....	4
Bakgrund	4
Syfte.....	4
Projektets genomförande	5
Om KOF-metoden.....	5
Studiedesign	5
Utvärderingsmått	6
Dataanalys	6
Metodbeskrivning	6
Studien avbröts i förtid.....	7
Delstudie 2 - Kompletterande implementeringsstudie.....	8
Uppnådda resultat.....	8
Användbarhet för medarbetaren, arbetsgivaren och företagshälsovården	8
Genomförda åtgärder.....	10
Inverkan på medarbetarens sjukfrånvaro	10
Inverkan på medarbetarens hälsa sömnkvalitet, arbetsförmåga och tilltro till chefen.....	10
Resultat från delstudie 2	14
Diskussion.....	15
Slutsatser	16
Praktisk användning	16
Publikationer	17
Referenser	17

Projektets bakgrund och syfte

Bakgrund

Bakgrunden till projektet var att det finns ett behov att hitta användbara metoder som stöttar arbetsgivare och företagshälsovården i deras gemensamma arbete med tidiga och arbetsplatsnära rehabiliteringsinsatser. I slutbetänkandet (SOU 2015:21) "Mer trygghet och bättre försäkring" sammanställs på ett överskådligt sätt vilka faktorer och insatser som verkar underlätta återgång i arbete:

- Tidig kontakt från arbetsgivare och erbjudande om arbetsanpassning
- Kontakt mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvårdsinstans.
- En koordinator som håller ihop processen.
- Ett tidigt inledande samtal med individen om prognos och möjliga hinder och behov av åtgärder.
- Den sjukskrivnes delaktighet i utformningen av åtgärdsprogram och kontinuerlig kommunikation.

För att veta vilka arbetsanpassningar som är aktuella behöver man som arbetsgivare inte bara genom kontakt med hälso- och sjukvårdsinstans förstå den medicinska orsaken till arbetsförmågan, utan också skapa sig en uppfattning om vilka hinder som finns i arbetet och vilka åtgärder som därmed är relevanta samt inkludera individen i planeringen. Arbetsgivaren kan i den processen behöva anlita extern expertis, som kan bistå i arbetet med att bedöma aktuell arbetsförmåga, prognos och anpassningsbehov. En sådan extern partner kan vara företagshälsovården.

Termen arbetsförmåga är i sig inte lätt att definiera (Tengland, 2011), men klart är att arbetsförmågan inte enbart beror på en rad egenskaper hos den enskilda individen, utan snarare är ett samspel mellan individens enskilda färdigheter och kraven i det specifika arbetet. Med det som bakgrund ter sig ovan nämnda punkter högst logiska för att åstadkomma en bra rehabiliteringsprocess, där rätt arbetsanpassningar erbjuds och där medarbetaren också är delaktig i utformningen. Det tydliggör också behovet av en metod för gemensam dialog kring arbetssituationen.

För att underlätta för arbetsgivare och företagshälsovård att använda sig av effektiva metoder i sitt gemensamma arbete inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor har AFA och andra aktörer stöttat framtagandet av riktlinjer för branschen. I riktlinjen för psykisk ohälsa på arbetsplatsen (Myndigheten för arbetsmiljökunskap, n.d.) rekommenderas för utredning av funktion och arbetsförmåga att en problemlösningsbaserad samtalsmetodik används, där krav- och funktionsschemat lyfts fram som ett stöd i den metodiken.

Metoden är dock inte utvärderad brett inom företagshälsovården i Sverige, vilket var bakgrunden till det aktuella projektet, där vi ville undersöka hur de medverkande uppfattade metodens användbarhet och också om användningen i förlängningen ledde till bättre hälsa, återhämtning och arbetsförmåga, samt om medarbetarens uppfattning om ledarskapet i form av organisatorisk rättvisa påverkades.

Syfte

Projektets syfte var att utvärdera metoden Krav- och funktionsschema avseende:

- Användbarhet enligt medarbetare, arbetsgivare och företagshälsovård
- Inverkan på arbetsplatsens rehabiliteringsprocess
- Inverkan på medarbetarens sjukfrånvaro
- Inverkan på kundmedarbetarens hälsa sömnkvalitet, arbetsförmåga och tilltro till chefen.

Projektets genomförande

Om KOF-metoden

KOF har utvecklats för att användas inom företagshälsovården och erbjuder ett strukturerat stöd i dialogen mellan en medarbetare och dennes chef, under ledning av en i metoden utbildad person från företagshälsovården (Engbers och Furulund, 2006). Metoden utvecklades efter att man i Norge 2003 såg att det inte fanns någon metod som lämpade sig för dialog mellan arbetstagare och arbetsgivare kring arbetsförmåga i befintligt arbete. Metoden som utvecklades avsåg att på ett strukturerat sätt undersöka balansen mellan krav och funktion för att ta ställning till om anpassning i nuvarande arbete är möjlig och vilka åtgärder som i så fall kan göras. Metoden hjälper också till att tydliggöra, för arbetsledare och företagshälsovård var obalanserna vanligen är störst, vilket kan användas för prevention på organisationsnivå. KOF-metoden är kopplad till International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001) och bygger på kunskap om funktionsnedsättning i arbetslivet sammanställt från Nederländerna (*FAL, lista över funktionsförmågor. ClaimBeoordelings- en BorgingsSysteem (CBBS)*, 2002 samt "FML, Functionele Mogelijkheid Lijst (FML)," 2002). Metoden är tidigare utvärderad i Sverige vid en inbyggd företagshälsovårdsenhet (Liethof, n.d.)

Arbetskraven som berörs i KOF är indelade i sex huvudområden; Krav avseende 1) psykisk och kognitiv förmåga, 2) basala färdigheter och social förmåga 3) tolerans för fysiska förhållanden 4) förmåga till dynamiskt arbete 5) förmåga till statiskt arbete samt 6) att kunna arbeta vissa tider. För varje delområde finns sedan underliggande mer precist formulerade krav.

Chefen och medarbetaren får gemensamt enas om vilken nivå på krav som ställs på medarbetaren i det aktuella arbetet utifrån tre nivåer: 1 = inte relevant i jobbet. 2 = jobbet kräver en funktionsförmåga, som man kan förvänta sig att de flesta individer i arbetsför ålder skulle klara utan särskild utbildning respektive 3 = jobbet kräver en hög funktionell kapacitet (över vad som beskrivs för nivå 2). Därefter enas man om medarbetarens nuvarande funktionsförmåga, som också den klassificeras i tre nivåer: 1 = den nuvarande funktionsförmågan är lägre än vad man kan förvänta sig av en frisk man eller kvinna i arbetsåldern, 2 = den nuvarande funktionsförmågan är på en nivå som man kan förvänta sig av en frisk man eller kvinna i arbetsåldern samt 3 = nuvarande funktionsförmåga överstiger nivå 2. De aspekter av arbetet där man identifierar en obalans, det vill säga där den anställdes nuvarande funktionsförmåga ligger under jobbkraven undersöks ytterligare. Man försöker sedan gemensamt identifiera lämpliga rehabiliteringsinsatser på arbetsplats- respektive individnivå i syfte att antingen sänka aktuella krav eller höja individens arbetsförmåga. Sammanlagt tar metoden ungefär 1,5 timmar i anspråk.

Studiedesign

Delstudie 1 - Interventionsstudie med kontrollgrupp

Studien utformades som en interventionsstudie för jämförelse mellan företagshälsovårdsenheter som använde sig av KOF samt en kontrollgrupp där man istället använde sig av sedvanlig metod för trepartssamtal. För utvärderingen användes frågeformulär till medarbetare och chef före och efter insatsen i båda grupperna. Uppföljningstiden kunde bestämmas utifrån hur omfattande åtgärderna var, men skulle vara mellan 3-6 månader samt upprepas efter ett år, för att undersöka långtidseffekter. Frågorna tillhandahölls i ett webformulär, men kunde också skrivas ut för ifyllande för hand. Ansvarig FHV-personal kunde välja om man ville ställa dessa frågor muntligen under ett samtal, eller om man ville låta deltagaren själv fylla i enkäten. Varje deltagare fick ett ID-nummer och svaren hanterades därmed oidentifierade. Ursprungligen fanns också ambitionen att validera återhämtning och sömnfrågor men en aktigraf, men det blev tidigt i studien uppenbart att deltagande fhv-enheter inte skulle ha utrymme att hantera administration, utlämnande och inhämtande av dessa.

Utvärderingsmått

Enkätfrågor till medarbetare

Enkätfrågorna till medarbetaren inkluderade frågor om livskvalitet hämtade från frågeenkäten EQ-5D inklusive en visuell analog skala (VAS-skala) för upplevd hälsa (Rabin and de Charro, 2001). För att undersöka medarbetarens uppfattning om rådande och framtida arbetsförmåga användes ett urval av frågor från Work Ability Index, ett instrument utvecklat för att utvärdera och följa arbetsförmåga (Ilmarinen, 2009, 2007). Organisatorisk rättvisa har tidigare använts för att indikera god organisatorisk arbetsmiljö (Stoetzer et al., 2014a) och har visat sig kunna minska risken för depression och utmattning, ryggbesvär samt hjärt- och sjukdom (SBU, 2015, 2014a, 2014b). I aktuell utvärdering ombads medarbetarna svara på sex påståenden som utarbetats av Mooreman (Moorman, 1991) för att mäta den typ av organisatorisk rättvisa som karaktäriseras av hur överordnad chef hanterar medarbetarnas personliga synpunkter och rättigheter, om medarbetarna behandlas på ett opartiskt sätt, sanningsenligt och med vänlighet. För att mäta sömn och återhämtning hämtades sju frågor om sömn ur Karolinska Sleep Questionnaire (Westerlund et al., 2014). Vid uppföljningsmätningen fick medarbetaren också svara på frågor om hur man upplevt Krav- och funktionsschemat.

Enkätfrågor till chef

Frågorna till chefen inkluderande hur man uppfattade medarbetarens nuvarande och framtida arbetsförmåga, utifrån något modifierande version av samma frågor från WAI som medarbetaren fick svara på. Chefen fick också svara på frågor om hur man upplevt Krav- och funktionsschemat och om man uppfattade att användandet av metoden hade påverkat hur man strukturerade rehabiliteringsarbetet samt om man fått uppslag till mer generella åtgärder inom arbetsmiljöområdet. Chefen fick också svara på i vilken omfattning medarbetarens varit sjukfrånvarande de senaste tre månaderna.

Enkätfrågor till FHV-personal

Deltagande person från FHV fick också i samband med uppföljningsmätningen fylla in en enkät kring metodens upplevda användbarhet i det enskilda ärendet. Således kunde samma person från FHV-enheten besvara frågorna vid flera tillfällen. Syftet med det var att snarare belysa metodens användbarhet i det enskilda ärendet snarare än att studera FHV-personalens åsikt om modellen generellt.

Enkätfrågor till medarbetare och chef i kontrollgruppen

Medarbetare och chefer i kontrollgruppen fick samma frågor, undantaget de specifika frågorna kring KOF.

Dataanalys

Resultaten redovisas med beskrivande statistik. Som statistisk analysmetod för förändringar mellan två tidpunkter inom samma grupp användes Wilcoxons teckenrangtest då utvärderingsmått utgjordes av ickeparametriska data. För analysen användes programvaran IBM SPSS Statistics, version 26, International Business Machines Corporation, Armonk, New York, USA.

Metodbeskrivning

Deltagare och datainsamlingsprocedur

Forskargruppen hade kontakt med 19 FHV-enheter runt om i landet, som bjöds in att medverka i projektet, varav 5 FHV-enheter var tänkta att utgöra kontrollgrupp. Vid valet eftersträvades en variation avseende typ av kundföretag och typ av FHV-enheter. På varje deltagande FHV-enhet utsågs en person, som skulle ansvara för FHV-enhetens del i projektet, vilket innebar inkludering av rehabärenden i projektet, insamling av enkäter och annan data samt information till kundföretag och anställda. Forskargruppen besökte samtliga inkluderade FHV-enheter (såväl enheter som skulle utföra KOF-metoden som kontrollenheter) vid minst ett tillfälle för att instruera om administration

och utformning av utvärderingen. Det anordnades också ett deltagarseminarie och under resans gång hölls en tät telefon- och mejlkontakt med samtliga enheter.

Inklusionskriterierna för att inkludera ett rehabiliteringsärende var att det skulle finnas tecken till obalans mellan medarbetarens funktionsnivå och arbetsplatsen krav (såsom vid upprepad korttidssjukfrånvaro eller nyuppkommet behov av sjukskrivning), att medarbetaren och chefen ställde sig positiva till att ingå i utvärderingen och att medarbetaren inte skulle ha varit sjukskriven längre än 2 veckor. Deltagandet i studien var helt frivillig och samtycke inhämtades i varje enskilt ärende.

Företagshälsovården instruerades att förankra användandet av KOF-metoden hos kundföretagen genom information till chefer, anställda och fackliga representanter. Det rekommenderades också att innan man skulle ha ett KOF-samtal ha en förberedande kontakt med både den anställde och den arbetsledare/chef som skulle delta i samtalet.

Totalt inkluderades 18 individer och deras chefer i studien, men efter att ha exkluderat dem som inte deltagit i uppföljningsmätningen kvarstod 10 deltagare i interventionsgruppen och 6 deltagare i kontrollgruppen, se Tabell 1 för beskrivning av deltagarna.

	Interventions- grupp	Kontroll- grupp
Antal deltagare	n=10	n=6
Kön		
Kvinna	8	5
Man	2	1
Ålder, medel (min-max), år	50 (30-59)	43 (25-60)
Anställningsgrad, medel (min-max), %	87 (45-100)	92,5 (70-100)
Anställningsår, medel (min-max), år		
0-5	1	4
5-10	1	0
>10	8	2
Arbetar skift/natt, antal	5	3

Tabell 1 Beskrivning av deltagarna i interventionsgrupp och kontrollgrupp i det ursprungliga projektet, vid startpunkten

Studien avbröts i förtid

Datainsamlingen i projektet gick inte som planerat då FHV-enheterna inte kom igång med KOF-metoden och därmed inte inkom med data som planerat. Tidsplaneringen sköts upp ett flertal gånger, men det stod slutligen klart att man inte skulle klara att komma igång med KOF-metoden inom tidsramen för studien, vilken avbröts i förtid och sista årets medel rekvirerades inte.

Enligt våra efterforskningar berodde FHV-enheternas svårigheter inte på svagheter i KOF-metoden eller i utvärderingsmodellen i sig, utan snarare på brister i mandat eller incitament för de personer som engagerats i projektet att utföra KOF-samtalet. Man upplevde att man inte kunde göra det inom ramen för befintliga tjänster och kundavtal. Medarbetare från företagshälsovården hade utbildats i metoden, men utan att deras arbetsgivare hade någon egentlig plan för hur man sedan skulle använda metoden. Vid de enheter där man hade börjat använda KOF-metoden var det i slutskedet av rehabiliteringsärenden, vilket inte mötte inklusionskriterierna i studien. Vi vidtog många åtgärder för att få enheterna att komma igång med metoden, men mötte ingen framgång. Vi fick olika indikationer på att det kunde vara en bättre väg att gå via arbetsgivarna och på inrådan från bedömargruppen inledde vi kontakter med arbetsgivarorganisationer och försäkringsbolag i frågan och presenterade projektet bland annat för centrala beslutsfattare inom försäkringsbolaget Skandia

och Sophiahemmet Rehab Center samt med arbetsgivarorganisationer, men inte heller den vägen gav några för oss då synbara effekter.

Med tiden ser vi dock att arbetsgivarnas intresse för arbetsmetoder och processer ökat, vilket i sin tur ökat kraven på företagshälsovården att presentera sina metoder och arbeta enhetligt. KOF-metoden har först nu blivit en etablerad metod inom de stora företagshälsovårdskedjorna. Det ses också ett ökat intresse för forskning och kvalitetssäkring av utförda tjänsterna, även om det fortfarande inte lett till någon väletablerad utvärderingstradition eller affärsmodeller där man i någon större utsträckning värdesätter kvalitetsuppföljning i prissättning eller tjänsteutformning.

Delstudie 2 - Kompletterande implementeringsstudie

Med anledning av att studien fick avbrytas i förtid såg vi en möjlighet att inkludera resultaten från ett utvärderingsprojekt av KOF, som genomfördes inom ramen för en ST-läkares specialistutbildning. Inklusionskriterierna, utvärderingsförfarandet och enkätfrågorna var desamma som beskrivits ovan med det undantaget att uppföljningen skedde vid rehabiliteringens slut, vilket i medeltal var efter 144 dagar (60-275 dagar). Implementeringsstudien hade ingen kontrollgrupp, utan hade syftet att påvisa vilken förändring som sker under rehabiliteringens gång vid en FHV-enhet vid användande av KOF samt att inhämta kunskap om användbarheten. I studien inkluderades 24 medarbetare och deras chefer. Tre av medarbetarna avböjde att svara på uppföljningsenkäten, vilket lämnade 21 medarbetare med data tillgänglig för parvis analys, se Tabell 2 för beskrivning av deltagarna.

Deltagare	
Antal	n=21
Kön	
Kvinna	11
Man	10
Ålder, medel (min-max), år	44 (30-59)
Anställningsgrad, medel (min-max), %	99 (80-100)
Anställningsår, medel (min-max), år	
0-5	4
5-10	9
>10	8
Arbetar skift/natt, antal	9

Tabell 2 Beskrivning av deltagarna i den komplementerade studien, vid startpunkten. Ingen kontrollgrupp fanns tillgänglig i studien.

Uppnådda resultat

Användbarhet för medarbetaren, arbetsgivaren och företagshälsovården

Vid utvärdering av användbarheten har resultaten från både delstudie 1 och 2 inkluderats. Sammantaget upplevde såväl medarbetare som chefer och företagshälsovårdspersonal att metoden utgjorde en bra utgångspunkt för ett samtal om arbetssituationen. Medarbetarna upplevde inte frågorna i KOF-metoden som kränkande, men man uppfattade det som viktigt att det var en person från företagshälsovården som höll i samtalet. En majoritet av såväl chefer som företagshälsovårdspersonal skulle rekommendera metoden till andra (medarbetaren fick inte den frågan). Cheferna tyckte att metoden gav uppslag till konkreta förebyggande åtgärder på arbetsplatsen och att metoden förbättrar strukturen kring hantering av tidiga rehabiliteringsärenden. Företagshälsovården uppfattade metoden som relativt enkel att hantera och att den gav uppslag till bra åtgärdsförslag. Se Tabell 3 för närmare redovisning av resultaten.

	Instämmer inte alls			Instämmer helt		
	1	2	3	4	5	n=
Frågor till medarbetaren						
Jag tycker att krav- och funktionsschemat utgjorde en bra utgångspunkt för samtal kring arbetsituationen.	0 (0)	0 (0)	2 (1)	3 (7)	3 (12)	8 (20)
Jag uppfattade frågorna i frågelistan som kränkande.	7 (17)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (18)
Jag tycker det är viktigt att medarbetare från företagshälsovården leder samtalet	0 (0)	0 (1)	0 (1)	2 (3)	5 (14)	7 (19)
Frågor till chefen						
Jag tycker att krav- och funktionsschemat utgjorde en bra utgångspunkt för samtal kring arbetsituationen.	0 (0)	0 (0)	0 (2)	4 (2)	4 (15)	8 (19)
Jag skulle rekommendera krav- och funktionsschemat till andra.	1 (0)	0 (0)	0 (2)	4 (2)	4 (15)	9 (19)
Har arbetet med krav- och funktionsschemat ökat din förståelse för dina medarbetares arbetsituation.	2 (0)	1 (1)	1 (1)	3 (6)	2 (10)	9 (18)
Har arbetet med krav- och funktionsschemat givit dig uppslag till konkreta förebyggande åtgärder på arbetsplatsen.	3 (0)	1 (1)	1 (2)	3 (3)	1 (12)	9 (18)
Har arbetet med krav- och funktionsschemat givit dig förbättrad struktur till arbetet med tidiga rehabiliteringsärenden	2 (0)	2 (1)	0 (1)	3 (5)	2 (11)	9 (18)
Frågor till FHV						
Jag tycker att krav- och funktionsschemat utgjorde en bra utgångspunkt för samtal kring arbetsituationen.	0	2	3	7	6	18
Jag skulle rekommendera krav- och funktionsschemat till andra.	0	0	2	7	9	18
Jag tycker krav- och funktionsschemat är lätt att hantera.	0	1	7	5	5	18
Jag tycker det kom fram relevanta och genomförbara förslag.	2	0	5	8	3	18

Tabell 3 Svarsfördelning avseende enkätfrågor till medarbetare och chefer kring KOF-metodeons användbarhet. (Siffrorna inom parentes avser resultat från den kompletterande studien). n=antal svar som inkommit

Genomförda åtgärder

I båda delstudierna uppfattade såväl medarbetare som chefer att de åtgärder man diskuterat vid KOF-samtalet hade genomförts, helt eller delvis vid uppföljningen. Ungefär hälften av medarbetarna i interventionsgruppen i delstudie 1 fick anpassade arbetsuppgifter att jämföra med ingen i kontrollgruppen. I delstudie 2 ansåg 19 av de 20 medarbetare som svarat på frågan att de fått anpassade arbetsuppgifter. Ingen av deltagarna i någon av grupperna hade blivit omplacerade.

Inverkan på medarbetarens sjukfrånvaro

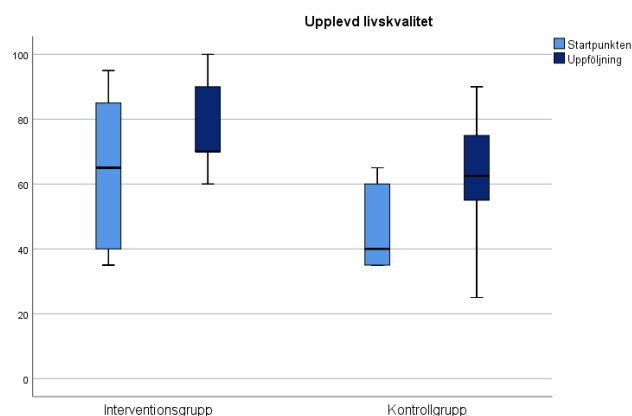
Enligt av chefen inrapporterade data för de 10 deltagarna i interventionsgruppen i delstudie 1 sjönk antalet sjukfrånvarodagar från i medeltal 34,1 dagar ($\pm 36,7$) till 23,3 dagar (± 31), det vill säga medeltalet sjönk med 10,8 dagar. I kontrollgruppen rapporterade endast en av sex chefer dessa data varför en jämförelse inte blir relevant. I delstudie 2 följde man inte sjukfrånvaro.

Inverkan på medarbetarens hälsa sömnkvalitet, arbetsförmåga och tilltro till chefen.

Nedan visas resultat endast från delstudie 1, där såväl en interventionsgrupp, som en kontrollgrupp är inkluderade. Resultaten från delstudie 2 redovisas under separat rubrik.

Hälsa och livskvalitet

Resultaten visade att upplevd hälsa ökade såväl i interventions- som i kontrollgruppen under rehabiliteringens gång, se Figur 1 Upplevd livskvalitet mätt med VAS-skala från 0=den sämsta hälsa du kan tänka dig - 100=den bästa hälsa du kan tänka dig.

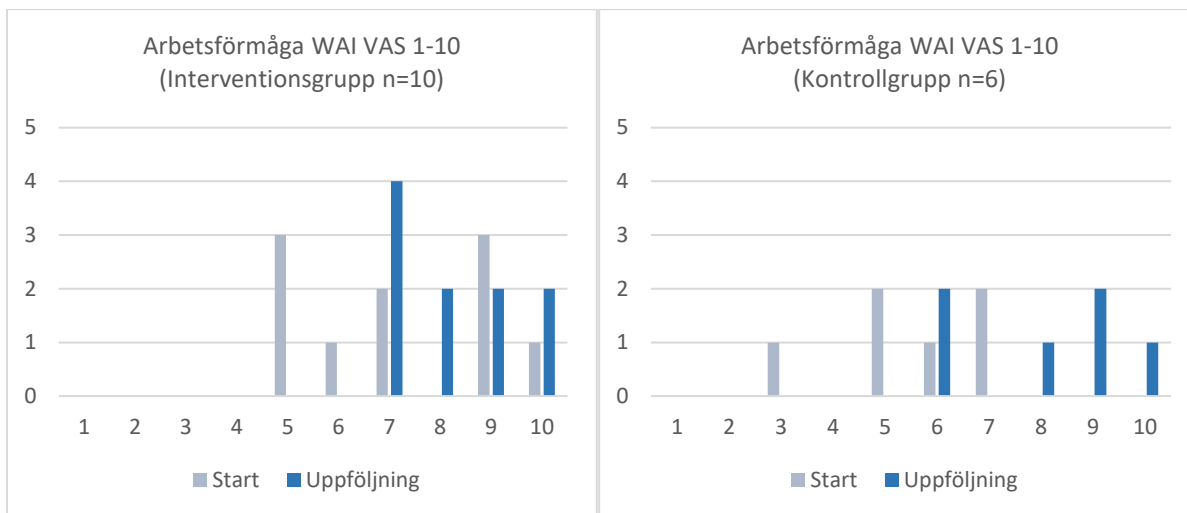


Figur 1 Upplevd livskvalitet mätt med VAS-skala från 0=den sämsta hälsa du kan tänka dig - 100=den bästa hälsa du kan tänka dig.

I övrigt visade resultaten avseende livskvalitet att man i interventionsgruppen hade mer besvär med smärtor/besvär (7 av 10 uppgav måttliga eller svåra besvär på fyrgradig skala) och 4 av 10 uppgav att man hade måttliga svårigheter eller totalt nedsatt förmåga att utföra vardagliga aktiviteter. Vid uppföljningen hade den siffran halverats till 2. I kontrollgruppen hade man istället mer påverkan på oro/nedstämdhet där 3 av 6 rapporterade måttliga besvär, vilket hade sjunkit till 2 vid uppföljningen. Man upplevde sig i kontrollgruppen inte ha så stor påverkan på vardagliga aktiviteter.

Arbetsförmåga

Resultaten gällande hur man upplever sin arbetsförmåga visade en klar förbättring i såväl interventionsgruppen som i kontrollgruppen, vilket åskådliggörs med VAS-skalan i Figur 2 nedan. Förbättringen i båda grupperna är också statistiskt säkerställd ($p < 0,05$, Wilcoxon signed rank test)

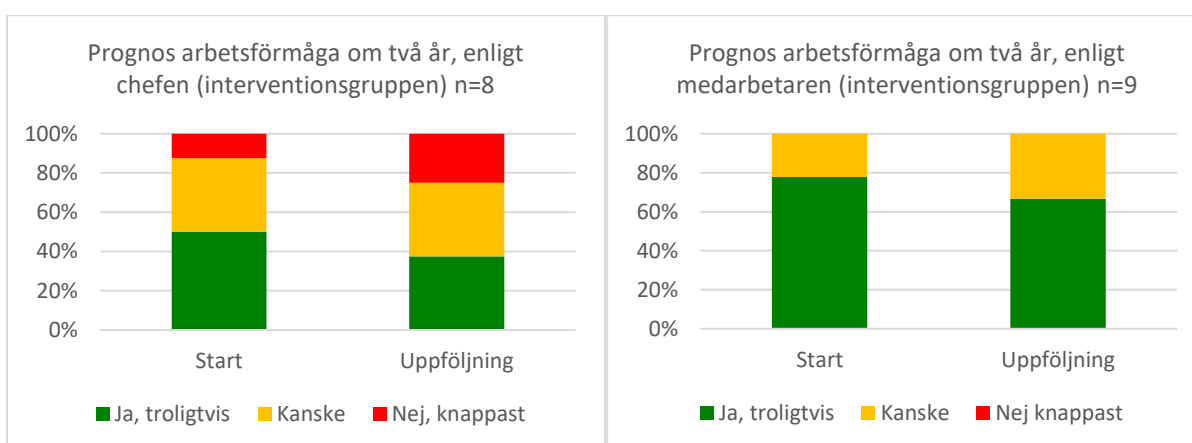


Figur 2 Förändring av upplevd arbetsförmåga i interventionsgrupp (vänstra grafen) och kontrollgrupp (högra grafen), angivet på en skala 0=kan inte arbeta alls - 10=min arbetsförmåga är som bäst

Frågan ställdes också om hur man uppfattar sin arbetsförmåga i förhållande till arbetets fysiska respektive psykiska krav och svaren speglar vad som framkom i frågorna kring påverkan på livskvalitet och vardagsaktiviteter. I interventionsgruppen rapporterade man mer besvär i relation till fysiska krav, medan man i kontrollgruppen hade övervägande problem i relation till de psykiska kraven och dessa är också mer uttalade än i interventionsgruppen. I kontrollgruppen upplevde man sin arbetsförmåga i relation till de psykiska kraven som något förbättrad vid uppföljningen.

Även cheferna tillfrågades hur man såg på medarbetarens arbetsförmåga. Tyvärr var det bara hälften av cheferna (tre st) som svarade på frågorna i kontrollgruppen varför de blir för få för att redovisa och jämföra med. I interventionsgruppen rapporterade totalt åtta chefer hur man uppfattade arbetsförmågan och till skillnad från medarbetarna tyckte fyra chefer att arbetsförmågan var ganska eller mycket dålig. Vid uppföljningen hade det sjunkit till två.

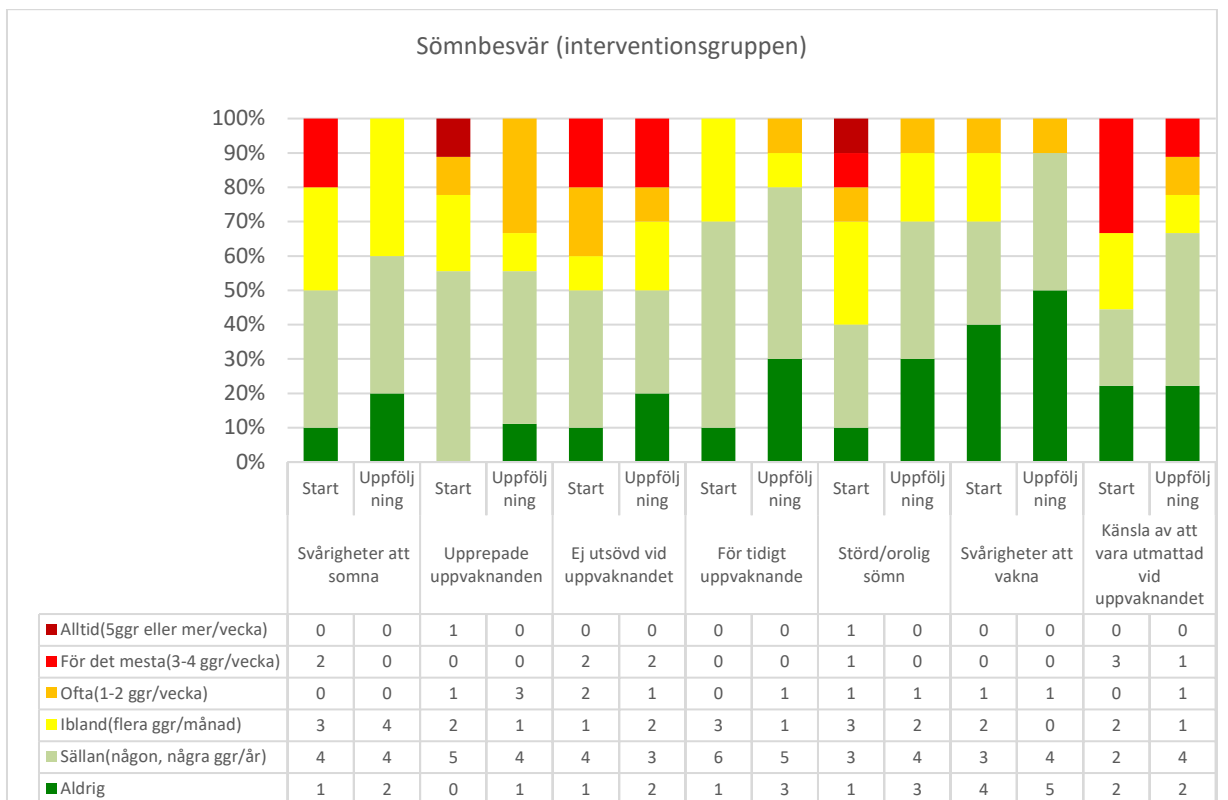
Vad gäller uppfattningen om den långsiktiga prognosen hade någon av arbetsgivarna blivit mer pessimistiska under rehabiliteringens gång. Medarbetarna har en mer positiv tro på sin arbetsförmåga, även om också en individ blivit något lite mer tveksam vid uppföljningstillfället.



Figur 3 Fördelning av svar avseende hur chef och medarbetare uppfattar att medarbetarens kan arbeta i sitt nuvarande arbete även om två år, utifrån medarbetarens hälsa.

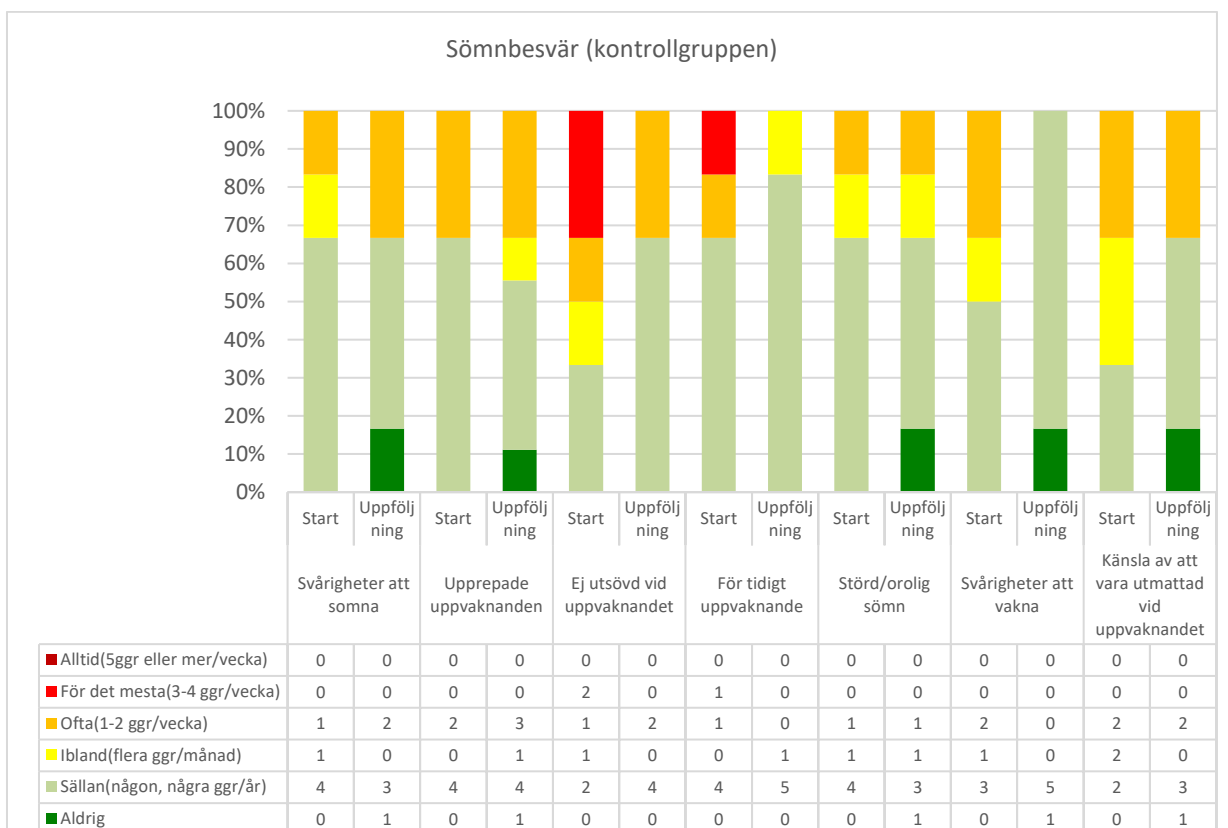
Sömn

Sömnen förbättrades i interventionsgruppen vad gäller samtliga av de aspekter som efterfrågades. Förbättringen vad gäller orolig/störd sömn var också statistiskt signifikant ($p < 0,05$, Wilcoxon signed rank test), Figur 4



Figur 4 Fördelning av svar gällande olika aspekter av sömn och sömnkvalitet i interventionsgruppen

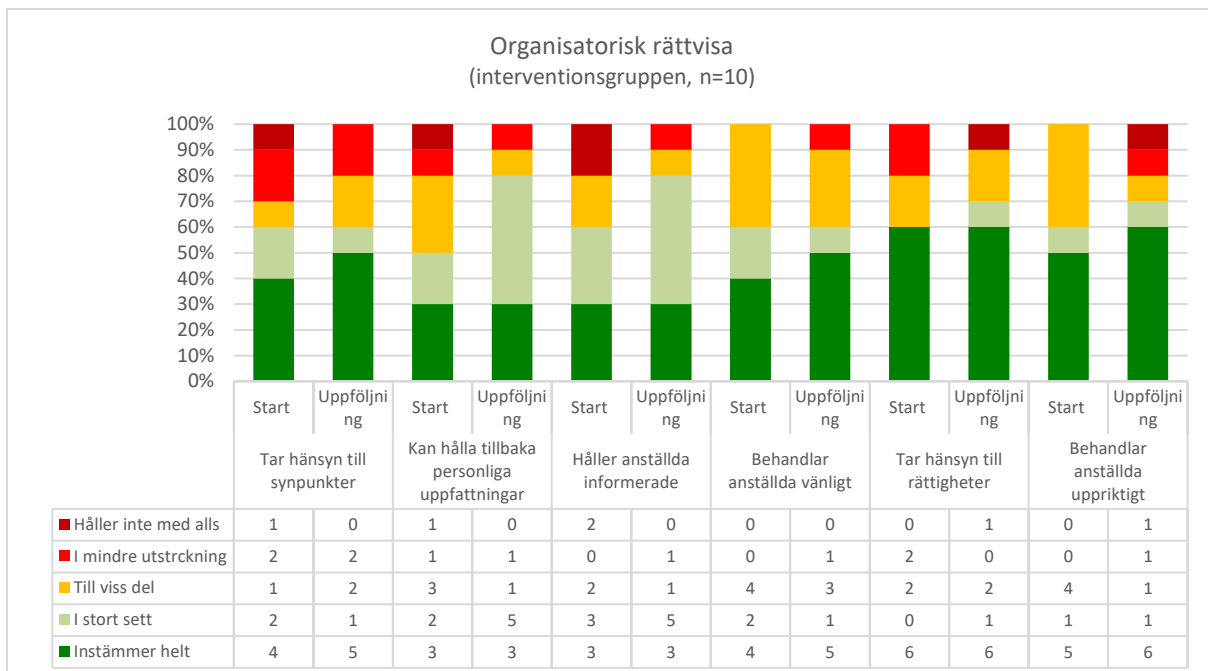
I Figur 5 ses att i kontrollgruppen sov de sex deltagarna bättre redan vid startpunkten och att en förbättring sågs gällande att man var mer utsövd vid uppvaknandet och hade mindre svårt att vakna.



Figur 5 Fördelning av svar gällande olika aspekter av sömn och sömnkvalitet i kontrollgruppen

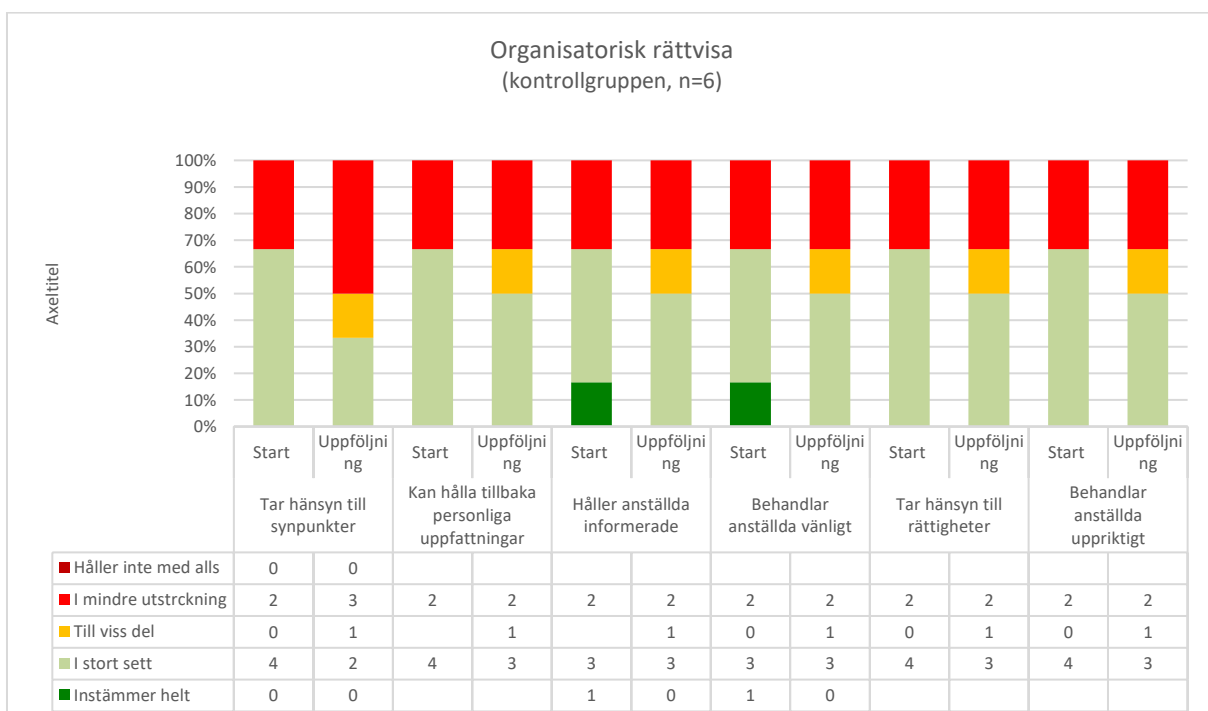
Organisatorisk rättvisa

Vad gäller huruvida man kände sig rättvist behandlad avslöjade resultaten att det verkade hända något under rehabiliteringens gång, särskilt i interventionsgruppen, där alla delkomponenter förbättras, utom huruvida man uppfattar att chefen behandlar de anställda uppriktigt och ärligt.



Figur 6 Fördelning av svar gällande olika aspekter av organisatorisk rättvisa och sömnkvalitet i interventionsgruppen.

I interventionsgruppen, där man haft trepartssamtal tillsammans med sin chef, men inte på det strukturerade sätt som KOF innebär, ser man snarare en upplevelse av försämrade organisatorisk rättvisa, såväl vad gäller hur man tar hänsyn till synpunkter, håller medarbetare informerade och behandlar medarbetarna vänligt.



Figur 7 Fördelning av svar gällande olika aspekter av organisatorisk rättvisa och sömnkvalitet i kontrollgruppen.

Resultat från delstudie 2

I Tabell 4 sammanfattas resultaten från delstudie 2. Resultaten bekräftar bilden att efter rehabiliteringsinsatsen har sömnen förbättrats signifikant, liksom arbetsförmågan. Man ser också att organisatoriska rättvisan påverkas i positiv riktning, om än i minde omfattning.

		N	START				UPPFÖLJNING				Diff	p-värde*
			Min	Max	Medel	Std.av	Min	Max	Medel	Std.av		
Sömn	insomning	20	1	6	3,8	1,7	1	5	2,4	1,0	-1,4	0,002
Högt värde = stora sömnproblem	upprepade uppv	20	2	6	4,5	1,4	1	5	2,7	1,1	-1,8	0,001
	ej utsövd	21	1	6	4,2	1,7	1	6	3,4	1,5	-0,9	0,138
	tidigt uppv	20	1	6	3,6	1,6	1	5	2,4	1,0	-1,3	0,002
	orolig sömn	19	1	6	4,2	1,8	1	6	3,1	1,3	-1,1	0,024
	svårt vakna	18	1	6	3,1	2,0	1	6	2,3	1,6	-0,8	0,028
	uttmad uppv	21	1	6	4,2	1,8	1	6	3,2	1,5	-1,0	0,027
	summaindex	15	13,0	42,0	26,1	8,1	10,0	32,0	18,9	6,9	-7,2	0,0
Livskvalitet	EQ5D_rörlig	21	1	2	1,1	0,4	1	2	1,1	0,4	0,0	1
Högt värde = stora svårigheter	EQ5D_ADL	21	1	2	1,1	0,3	1	2	1,1	0,3	0,0	1
	EQ5D_akt	21	1	4	2,2	0,9	1	4	1,7	0,9	-0,6	0,032
	EQ5D_smärtor	20	1	4	2,1	0,8	1	3	1,8	0,8	-0,3	0,096
	EQ5D_oro	21	2	5	3,0	0,9	1	3	1,8	0,5	-1,2	0,001
	EQ5D_VAS	20	0	85	46,3	29,6	10	95	70,8	24,1	24,5	0,007
Organisatorisk rättvisa	Hänsyn till synpunkter	21	1	5	3,4	1,2	1	5	3,8	1,2	0,3	0,268
Högt värde = hög rättvisa	Hålla tillbaka personliga uppfattningar	21	1	5	3,2	1,4	1	5	3,6	1,3	0,4	0,308
	Håller anställda informerade	20	1	5	3,6	1,1	1	5	3,7	1,3	0,1	0,821
	Behandlar anställda vänligt	21	2	5	4,0	1,0	2	5	4,1	0,9	0,2	0,396
	Tar hänsyn till rättigheter	21	2	5	4,0	1,0	1	5	4,0	1,2	0,0	0,650
	Behandlar anställda uppriktigt	20	1	5	3,8	1,3	1	5	4,0	1,1	0,2	0,528
	summaindex	19	9,0	30,0	21,9	6,1	9,0	30,0	22,9	6,3	0,9	0,6
Arbetsförmåga	Utifrån fysiska krav	20	1	5	4,0	1,2	1	5	4,1	1,1	0,1	0,942
Högt värde = god arbetsförmåga	Utifrån psykiska krav	20	1	5	2,9	1,4	3	5	3,8	0,6	0,9	0,017
	WAI_VAS	18	0	9	4,9	3,4	3	9	7,6	1,5	2,7	0,019
	Prognos	20	1	3	2,6	0,6	1	3	2,6	0,7	-0,1	0,792
Chefens uppfattning	Utifrån fysiska krav	22	1	5	3,5	1,2	3	5	4,2	0,6	0,8	0,004
Högt värde = god arbetsförmåga	Utifrån psykiska krav	22	1	5	2,3	1,2	3	5	4,0	0,5	1,7	0,000
	Prognos	18	1	3	2,7	0,6	1	3	2,6	0,7	-0,2	0,334

Tabell 4 Resultat från delstudie 2 med antal svarande (n), minsta (min)-, största (max) och medelvärde samt standardavvikelse från medelvärdet. Resultat från start och sista uppföljningstillfälle redovisas samt förändringen (diff) och statistisk signifikans.

Diskussion

Det finns ett stort behov av att utveckla och utvärdera metoder för arbetsplatsnära tidig rehabilitering och prevention. Den här studien kunde inte genomföras enligt plan, beroende på att det i företagshälsovården verkar svårt att bereda utrymme för implementering av nya metoder och utvärdering av dessa.

De resultat som inkommit talar för att KOF verkar accepteras väl vid tidiga rehabiliteringsinsatser, såväl av medarbetare som av chef och företagshälsovård. Man tycker att metoden utgör en bra utgångspunkt och chefer tycker sig ha fått en ökad förståelse för medarbetarens situation. Cheferna uppfattar också att metoden hjälper dem att hitta konkreta förebyggande åtgärdsförslag samt förbättrar strukturen kring rehabiliteringsarbetet, vilket också kommer resten av arbetsgruppen till del. Det understödjer ju också en av grundidéerna inom företagshälsovården, att koppla samman erfarenheter från individärenden för att kunna arbeta förebyggande på organisationsnivå. Resultaten visade intressant nog att i interventionsgruppen ansåg hälften av medarbetarna att man fått anpassade arbetsuppgifter, vilket inte sågs i kontrollgruppen. Det talar för att användandet av KOF stödjer medarbetare och chef att hitta lämpliga anpassningar, vilket i sin tur verkar grundläggande för återgång i arbete (SOU 2015:21). Det är också intressant att i delstudie 1 rapporterar såväl chef som medarbetare i några fall en sämre prognos avseende arbetsförmågan vid uppföljningen. Kanske har i dessa fall användandet av KOF-metoden tydliggjort att det finns en obalans mellan arbetets krav och individens förmåga som är så pass stor att man bör fundera på om man medarbetaren verkligen ska fortsätta i aktuellt arbete. Även sådan kunskap är mycket värdefull, för att hjälpa såväl arbetsgivare som medarbetare vidare till andra lösningar än återgång i ordinarie arbete.

Resultaten visar att såväl i KOF-gruppen som i kontrollgruppen sker en förbättring efter 3-6 månaders rehabilitering där såväl upplevd livskvalitet, sömn som arbetsförmåga ökar i båda grupperna. I interventionsgruppen kunde vi se tydligare förändring av den organisatoriska rättvisan, som inte kunde ses i kontrollgruppen. Det skulle kunna bero på att man genom KOF-samtalet upplever sig ha blivit mer sedd och förstådd av chefen och att denne också engagerar sig i ens arbetssituation. Detta bekräftas också av att cheferna uppger att de tycker sig ha fått en ökad förståelse för individens situation. Att man upplever sig rättvist behandlad har många hälsomässiga fördelar, vilket i sig skulle kunna bädda för en god rehabilitering och minskad risk för framtida ohälsa (SBU, 2015, 2014b, 2014a, 2013). Det verkar också som att antalet sjukskrivningsdagar går ner i interventionsgruppen, men data saknas för att kunna jämföras med kontrollgruppen. Överlag är deltagarantalet i såväl interventionsgruppen som kontrollgruppen för litet för att man ska kunna uttala sig om hur stor del av effekterna i interventionsgruppen som beror på KOF-metoden. Då studien på grund av det begränsade deltagarantalet avbröts i förtid kan vi inte heller säga något om de långsiktiga effekterna i någon av grupperna. Resultaten från delstudie 2 där den uppföljande mätningen gjordes när rehabiliteringsinsatsens slut bekräftar bilden av förbättrad livskvalitet, arbetsförmåga och sömn och talar för att detta också är bestående under längre tid.

En annan orsak än det begränsade deltagarantalet till att det kan vara svårt att se några större skillnader med kontrollgruppen är att även i kontrollgruppen hålls ett trepartssamtal och chefen involveras därmed också i kontrollgruppen. I framtida studier skulle det vara intressant att också jämföra med rehabiliteringsärenden där chefen inte alls involveras, eller involveras via primärvården, som inte har rehabilitering som sitt huvudfokus eller primära kunskapsområde.

Utvärderingsfrågorna till medarbetare och chefer bekräftar bilden från tidigare studier att frågorna tolereras väl och att man tycker att metoden är en bra utgångspunkt i samtalet (Engbers, and Furulund, 2006; Liethof, n.d.). Effekter på det bredare arbetsmiljöarbetet var inte lika tydliga och behöver studeras i kommande större studier. Eventuellt att man då också ska inkludera något mått

på detta och inte bara chefens uppfattning. Ett exempel skulle kunna vara att utvärdera nyckeltal som personalomsättning, nöjdhet med arbetssituation och ledning eller sjuktal i arbetsgrupper där chefen deltagit i KOF-samtal jämfört chefer som deltagit i sedvanligt trepartssamtal eller inte deltagit i rehabiliteringen alls.

Det finns uppenbara begränsningar i studien, i form av lågt deltagarantal och kort uppföljningstid, vilket berörts ovan. Svar från chefer i kontrollgrupperna uteblev i stort sett totalt. En bärande del av studien var att vara lärande i utvärderingsmetodik för företagshälsovården, varför insamlandet av enkätdata överläts till FHV-enheterna. Det visade sig tydligt i den här studien att det inte finns tradition eller system för sådan kontinuerlig kvalitetssäkring, vilket i sig är ett observandum. Man har fortfarande svårt att få till en systematik kring utvärdering, generellt. I andra medicinska sammanhang är det naturligt att samtidigt med implementeringen av en ny metod också utvärdera den, men eftersom det inom företagshälsovård saknas etablerade system för kvalitetsuppföljning och kliniska effekter verkar det som att blir steget blir för stort att samtidigt implementera en modell och också ett system för utvärdering av resultaten. Företagshälsovården skulle vara hjälpt av extern hjälp att etablera system för att kontinuerligt följa resultaten av alla sina insatser.

Slutsatser

KOF-metoden är en välfungerande metod för företagshälsovården att använda, som stöd i en problemlösningsbaserad samtalsmetodik där medarbetare och chef tillsammans hittar orsaker och åtgärdsförslag vid tidiga tecken på obalans mellan krav i arbetet och individens arbetsförmåga.

Användande av KOF-metoden verkar också kunna stötta företagshälsovården och arbetsgivaren i att identifiera problemområden på arbetsplatsen, vilket kan ge värdefull information för det systematiska förebyggande arbetsmiljöarbetet.

Tidiga rehabiliteringsinsatser där chefen involveras kan ge goda effekter på upplevd hälsa, arbetsförmåga och sömn. Användande av KOF-metoden kan leda till att medarbetare uppfattar att chefen kan hålla tillbaka sina egna uppfattningar, ta mer hänsyn till medarbetarens synpunkter och rättigheter och att man blir behandlad på ett bättre sätt, vilket sammantaget ökar upplevelsen av organisatorisk rättvisa och förbättrad organisatorisk arbetsmiljön.

Det finns ett fortsatt behov av en bredare utvärdering av KOF-metoden, vilket med fördel skulle ombesörjas av företagshälsovårdsbranschen själva via uppbyggandet av system för utvärdering och kvalitetssäkring.

Praktisk användning

Resultaten kommer beskrivas i vetenskapliga artiklar och också i mer populärvetenskapliga sammanhang. Resultaten kan stärka företagshälsovården att införa metoden, då man ser att det finns en god användbarhet och modellen tolereras väl av inblandande parter. Det förenklar kommunikationen med kunderna när man inför metoden i befintliga tjänster och avtal. Utöver det hoppas vi också ha spridit kunskap och argument för en fortsatt användning av den föreslagna utvärderingsmodellen, vilket skulle kunna vara ett första steg i etableringen av ett bredare kvalitetssystem, som ett sätt för företagshälsovården att kvalitetssäkra sin verksamhet.

Resultaten kan också komma till användning i den fortsatta utvecklingen av instrumentet. I såväl det aktuella projektet som i det kompletterande ST-läkarprojektet samlades alla KOF-enkäter in och samband mellan noterade obalanser, vilka åtgärdsförslag dessa gav upphov till samt sambandet mellan olika parametrar i effektmåtten som samlades in från medarbetare och chef kommer ge kunskap som kan bidra till metodens fortsatta utveckling. Utvecklingen av metoden sker inom ett nordiskt nätverk där Uppsala Universitet och forskargruppen ingår.

Publikationer

Resultaten kommer beskrivas i vetenskapliga artiklar och också i mer populärvetenskapliga sammanhang.

Referenser

Engbers, M., Furulund, P., 2006. Funktionsvurder på arbeidsplassen, och hjälpmedel vid specialvinning i regi av bedriftshelsetjensten. Test av Krav og Funksionsskjema i praxis. Slutrapport till NHO Arbeidsmiljøfondet. (No. Projekt S-2387). Oslo.

FAL, lista över funktionsförmågor. ClaimBeoordelings- en BorgingsSysteem (CBBS), 2002. . UWV, Amsterdam.

FML, Functionele Mogelijkheid Lijst (FML), 2002. . Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 360–367.

Ilmarinen, J., 2009. Work ability--a comprehensive concept for occupational health research and prevention. Scand J Work Environ Health 35, 1–5. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1304>

Ilmarinen, J., 2007. The Work Ability Index (WAI). Occup Med (Lond) 57, 160–160. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqm008>

Liethof, W., n.d. Titel: Utvärdering av ”Krav och Funktionsschema”, en ny metod för bedömning av arbetsförmåga för företagshälsovården. 24.

Moorman, R.H., 1991. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? Journal of applied psychology 76, 845.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap, n.d. Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen.

Rabin, R., de Charro, F., 2001. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Ann. Med. 33, 337–343. <https://doi.org/10.3109/07853890109002087>

SBU, 2015. Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom: en systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Stockholm.

SBU, 2014a. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom: en systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Stockholm.

SBU, 2014b. Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Stockholm.

SBU, 2013. Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar: en systematisk litteraturöversikt. SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm.

SOU 2015:21 (Ed.), 2015. Mer trygghet och bättre försäkring: slutbetänkande, Statens offentliga utredningar. Fritze, Stockholm.

Stoetzer, U., Åborg, C., Johansson, G., Svartengren, M., 2014. Organization, relational justice and absenteeism. Work 47, 521–529. <https://doi.org/10.3233/WOR-131624>

Tengland, P.-A., 2011. The concept of work ability. *J Occup Rehabil* 21, 275–285.
<https://doi.org/10.1007/s10926-010-9269-x>

Westerlund, A., Brandt, L., Harlid, R., Åkerstedt, T., Lagerros, Y.T., 2014. Using the Karolinska Sleep Questionnaire to identify obstructive sleep apnea syndrome in a sleep clinic population. *The Clinical Respiratory Journal* 8, 444–454. <https://doi.org/10.1111/crj.12095>

WHO, 2001. World Health Organization, International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO, Genève.