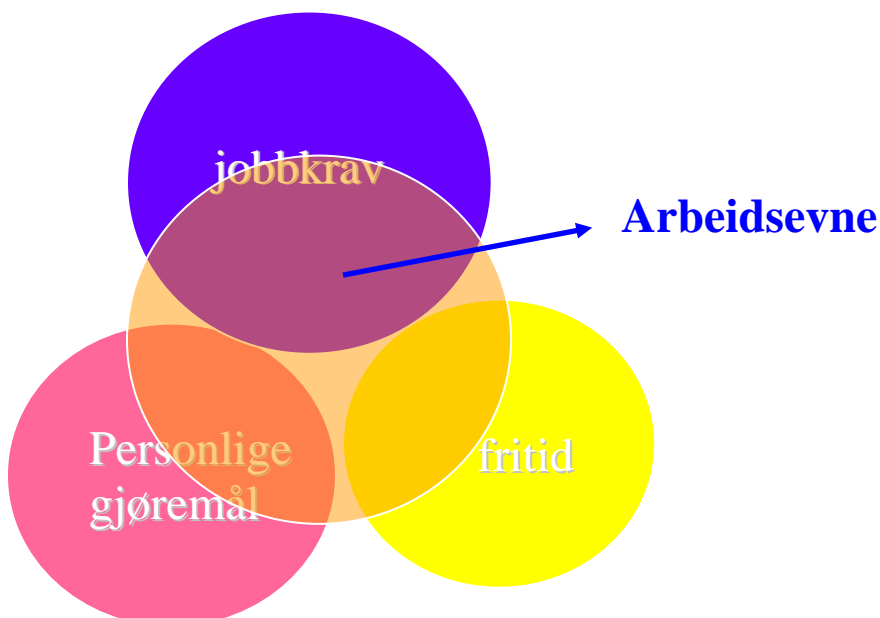


Sluttrapport til NHO Arbeidsmiljøfondet

Prosjektnr. S-2387:

Funksjonsvurdering på arbeidsplassen, et hjelpemiddel ved spesialvurdering i regi av bedriftshelsetjenesten

Test av krav og funksjonsskjema i praksis



Rapport til NHO Arbeidsmiljøfondet

Prosjektnr. S-2387 : Funksjonsvurdering på arbeidsplassen, et hjelpemiddel ved spesialvurdering i regi av BHT.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	3
2. Hovedkonklusjoner	3
3. Målsetting.....	3
4. Bakgrunn og hensikt.....	4
5. Framgangsmåte/ metode	6
5.1 Krav og funksjonskjema.....	6
5.2 Bruk av krav og funksjonskjema.....	7
5.3 Etske problemstillinger	8
6. Organisering og gjennomføring:	9
7. Resultater.....	11
7.1 Beskrivelse av deltakerne.....	11
7.2 Oppsummering evalueringsskjemaer	12
7.3 Evaluering kontaktpersoner bedriftshelsetjeneste	16
7.4 Sluttevaluering bedriftshelsetjeneste.....	17
8. Diskusjon.....	18
9. Egen evaluering av prosjektet.	19
10. Videre oppfølging	20
11. Referanser.....	20
12. Emneord:	20
13. Vedlegg:	20



Rapport til NHO Arbeidsmiljøfondet

Prosjektnr. S-2387 : Funksjonsvurdering på arbeidsplassen, et hjelpemiddel ved spesialvurdering i regi av BHT.

1. Innledning

Hovedmålet med prosjektet var å teste ut bruk av et skjema ved funksjonsvurdering på arbeidsplassen med bistand fra bedriftshelsetjenesten. Skjemaet har vi gitt navnet krav og funksjonsskjema. Ønske var å komme fram til et verktøy som kunne brukes av bedriftshelsetjenester i situasjoner hvor arbeidsgiver og arbeidstaker har behov for mer spesifisert informasjon om funksjon i forhold til jobbkrav. Initiativtaker til prosjektet var bedriftslege Marijke Engbers, som har oversatt det nederlandske skjemaet og bearbeidet til dette formålet. Hun var med på å arrangere ekspertkonferansen om funksjonsvurdering i januar 2003, hvor det kom fram at det var behov for å prøve ut nye metoder for funksjonsvurdering. Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv hadde tidligere aktualisert temaet. Prosjektet har fått støtte fra NHO's Arbeidsmiljøfond med kr 200.000. SBL har vært ansvarlig for prosjektet. Ettersom prosjektet kun har vært delfinansiert, har vi vært avhengig av frivillig innsats fra flere medspillere. Vi vil spesielt takke de fire bedriftshelsetjenestene som har vært med på uttestingen og medlemmene i referansegruppa for uvurderlig innsats.

2. Hovedkonklusjoner

Krav og funksjonsskjemaet som ble testet i dette prosjektet opplevdes som nyttig ved utarbeidelse av individuell oppfølgingsplan, både av arbeidsgiver og arbeidstaker og representant fra bedriftshelsetjeneste. Skjemaet opplevdes som et godt hjelpemiddel i dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og ga i mange situasjoner ny informasjon. Arbeidsgiver og arbeidstaker mente at skjemaet kunne være til hjelp ved kontakt med behandlende instanser, men etter 2 måneder viste det seg at det ikke var mange tilfeller hvor det faktisk hadde ført til kontakt. De fleste kunne tenke seg å bruke skjemaet igjen hvis aktuelt. Både arbeidsgivere og arbeidstakere var stort sett enige i at bedriftshelsetjeneste bør være til stede ved utfylling av skjema. Representanter fra bedriftshelsetjenester mente selv at de hadde en viktig funksjon ved å være til stede som nøytral tredje part og veileder, og de var enige om at det kreves opplæring for dem som skal ta i bruk skjemaet som metode. Det bør utarbeides en plan for opplæring av bedriftshelsepersonell som skal ta i bruk dette skjema.

3. Målsetting

Prosjektets overordnede mål har vært å teste ut bruk av et skjema ved funksjonsvurdering på arbeidsplassen (krav og funksjonsskjema) i situasjoner hvor det er behov for nærmere analyse av overensstemmelse/uoverensstemmelse av personlig funksjon og jobbkrav.

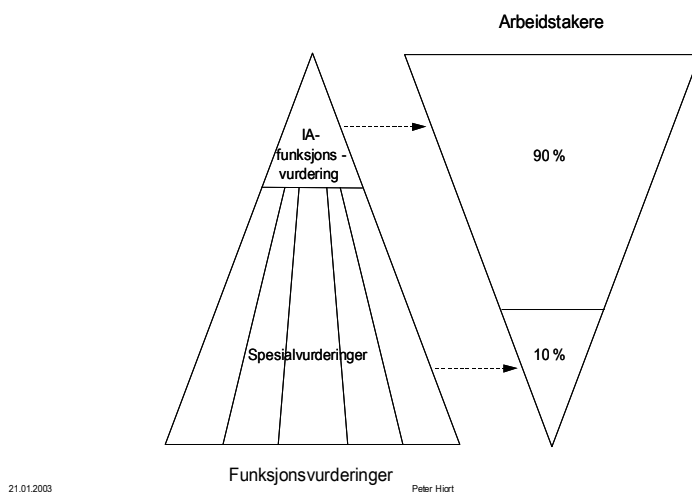
Delmål:

- Avklare om bruk av krav og funksjonsskjema oppleves som nyttig ved utarbeidelse av individuell oppfølgingsplan, både av arbeidsgiver og arbeidstaker og bedriftshelsetjeneste.
- Avklare om bruk av krav og funksjonsskjema forbedrer kommunikasjonen med behandlende instanser når det gjelder funksjonsvurdering.

4. Bakgrunn og hensikt

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) 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.

Funksjonsvurderingsutvalget til Rikstrygdeverkets prosjektgruppe for inkluderende arbeidsliv deler i sin rapport (I.A. 8.1-013.1.0) funksjonsvurderinger i IA-funksjonsvurdering, som skal være enkel og foretas uten ekstern eksperthjelp på arbeidsplassen og spesialvurderinger som ulike helseprofesjoner skal ta seg av. De regner med at IA-funksjonsvurdering kan dekke ca. 90 % av behovet for funksjonsvurdering og at i 10 % av tilfellene er det behov for spesialvurderingene (se figur 1). Når man tar i betraktning at det generelt er en liten gruppe arbeidstakere som står for størsteparten av fraværet (5 % av arbeidstakere står for ca 80% av det sykefraværet som dekkes av folketrygden (NOU2000:27) er det mulig at det er akkurat denne lille gruppen som har størst behov for spesialvurdering.



Figur 1

I rapport fra ekspertkonferanse om funksjonsvurdering 27-28 januar 2003 (3) kom det ved gjennomgang av eksisterende metoder for funksjonsvurdering fram at ingen av eksisterende (spesial) funksjonsvurderingene kan tas i bruk i sin nåværende form i dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og at videre utprøving og tilrettelegging av metodene derfor er nødvendig.

Trygdekantoret krever at arbeidsgiver lager tiltaksplan innen 8 uker sykefravær. Arbeidstaker har plikt til å gi informasjon om funksjon i forhold til arbeid. Behandlende legen skal gi en funksjonsvurdering på sykmeldingsattest, men legen kan kun antyde begrensninger i funksjon ut fra sykdom/diagnose og si lite om hvilke arbeidsoppgaver vedkommende kan utføre til tross for sykdom. Dette er noe som bør bestemmes på arbeidsplassen. I ukompliserte tilfeller kreves det ikke spesielle verktøy, men når fraværet varer i flere uker kan det være behov for hjelp utenfra. Ved bruk av metoden som er testet i dette prosjektet, kan man tilføre arbeidsplassen informasjon om funksjonsevne uten at ansvaret for funksjonsvurdering tas over av eksterne aktører.

I NOU 2000:27 er bedriftshelsetjenesten tiltenkt en viktig rolle i fraværarbeidet og vurdering av den enkeltes funksjon. Arbeidsgruppa for vurdering av den videre utvikling av bedriftshelsetjenesten (4) støtter forslaget fra Sandmannutvalget om at funksjonsvurdering av sykmeldte skal utføres av bedriftshelsetjenesten i samarbeid med virksomheten, den sykmeldte og primærhelsetjenesten. Likevel finnes det ikke konkrete verktøy som kan sikre god kvalitet på funksjonsvurdering i mer kompliserte tilfeller hvor bedriften har mest behov for hjelp av bedriftshelsetjeneste. Dette prosjektet ønsker å komme fram til et verktøy som kan brukes av alle bedriftshelsetjenester i situasjoner hvor arbeidsgiver og arbeidstaker har behov for mer spesifisert informasjon om funksjon i forhold til jobbkrav.

5. Framgangsmåte/ metode

5.1 Krav og funksjonskjema.

Skjemaet som er testet, krav og funksjonskjema (se figur 2), tar utgangspunkt i det nederlandske systemet for funksjonsvurdering, som blir nevnt i NOU 2000:27. Fram til 2002 ble det brukt FIS, Functie Informatie System, i prosessen for å bestemme resterende inntektskapasitet ved arbeidsuførhet. Dette var en metode for å dokumentere karakteristika på personlig funksjon og krav i jobb på en ensartet måte. FIS hadde blant annet som hensikt å forbedre kommunikasjonen mellom arbeidseksperten (som innhenter karakteristika på forskjellige jobber), arbeidskonsulenten og forsikringslegen (som innhenter karakteristika på personlig funksjon). I denne prosessen brukte forsikringslegen 28 bedømmingsområder for å bedømme funksjonsevnen til pasienten.

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Sitte | 16. Jobbe i trekk |
| 2. Stå | 17. Jobbe i støv, røyk, damp og gass |
| 3. Gå | 18. Tåle kulde |
| 4. Gå i trapper | 19. Tåle varme |
| 5. Klatre | 20. Tåle temperaturvekslinger |
| 6. Sitte på kne, på huk | 21. Jobbe i høy luftfuktighet |
| 7. Jobbe framoverbøyd | 22. Jobbe i tørr luft |
| 8. Bøye framover | 23. Jobbe i direkte kontakt med faste stoffer eller væsker |
| 9. Bruke nakken | 24. Tåle vibrasjon |
| 10. Strekke | 25. Bruk av sanser |
| 11. Jobbe med armene over hodet | 26. Bruk av verneutstyr |
| 12. Bruk av hånd og fingre | 27. Personlig risiko |
| 13. Løfte | 28. Psykiske faktorer |
| 14. Skyve og trekke | |
| 15. Bære | |

En arbeidskonsulent brukte disse opplysningene til sammenligning med de 8200 ulike jobbtypene i systemet og kom fram til en datastyrt seleksjon av jobbmuligheter. Han/hun tok også hensyn til utdanning og yrkeserfaring. Etter FIS hadde vært brukt i noen år, oppsto det kritikk mot den ensidige vinklingen mot fysiske krav i arbeidet. Kognitive, emosjonelle og sosiale aspekter ble for lite belyst. Derfor ble det utviklet et nytt system som tok de psykososiale aspektene ved arbeidet mer i betraktning. Fra 1. januar 2002 ble FIS erstattet av Claim Beoordelings- en Borgingssystem (CBBS = system for vurdering av erstatningskrav og kvalitetssikring). CBBS har samme formål som FIS. I stedet for de 28 områdene som var utgangspunkt for bedømming av arbeidsevne i FIS, ble det utviklet en ny liste som skulle brukes i bedømming av arbeidsevne, Functionele Mogelijkheid Lijst, FML (liste over funksjonsmuligheter). Listen er delt i 6 områder:

1. Mentale funksjoner
2. Sosiale funksjoner
3. Tilpasning til fysisk miljø
4. Dynamisk bevegelse
5. Statisk arbeid
6. Arbeidstider

Alle 6 områder er delt opp i delfunksjoner.

Denne nye listen har fått navnet etter det formålet det er tiltenkt; å bedømme muligheter for funksjon. Valg av termer i listen slutter seg til den internasjonale terminologien i ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) og skal, akkurat som i det tidligere FIS-system, gjøre det mulig å beskrive jobbkrav og funksjon på en ensartet måte.

I den nederlandske FML-listen er til alle aspekter ved funksjon normalverdier definert og det gis maksimalt fire graderinger av redusert funksjon i forhold til normal. Normalverdier representerer et funksjonsnivå som alle friske personer mellom 16 og 65 (yrkesaktiv alder i Nederland) klarer og blir illustrert med eksempler fra daglig liv. Forsikringslegen bedømmer altså ikke pasientens arbeidsevne i forhold til tidligere evne eller nåværende jobbkrav, men i forhold til et nivå man har definert som normal.

Til dette prosjektet ble skjemaet oversatt til Norsk av Marijke Engbers. Hun er opprinnelig nederlandsk og hun har hatt flere samtaler med personer som har vært med på utvikling av FML i Nederland. Det Nederlandske skjemaet tar kun for seg personlig funksjon og vurderer opp mot normal. På bakgrunn av det nederlandske FML-skjema utarbeidet hun et nytt skjema som graderer arbeidskrav og personlig funksjon og vurderer disse opp mot hverandre. Skjemaet fikk navnet krav og funksjonsskjema (fig. 2) og er tenkt brukt i samtaler med arbeidstakere som er minst 4 uker sykmeldt eller andre situasjoner hvor det er behov for nærmere analyse av funksjon i forhold til arbeidskrav.

Krav og funksjonsskjema er et verktøy for å sammenligne arbeidstakerens funksjonsevne med de kravene som stilles i arbeid.

		Arbeidskrav			Personlig funksjon		
		1	2	3	1	2	3
I	MENTALE FUNKSJONER						
1	Fokusere oppmerksomhet: <i>evne til å konsentrere seg om en informasjonskilde i minst en halv time</i>						
2	Delt oppmerksomhet: <i>evne til å være oppmerksom på flere informasjonskilder i minst en halv time</i>						
3	Hukommelse: <i>evne til å huske på relevante ting når man skal</i>						
4	Innsikt i egen dyktighet : <i>evne til å se sine egne evner og begrensinger</i>						
5	Handle målrettet: <i>evne til å avstemme egen aktivitet på å oppnå et mål</i>						
6	Handle selvstendig: <i>evne til å utføre oppgaver selvstendig</i>						
7	Tempo: <i>evne til å utføre oppgaver raskt</i>						

Figur 2: Utdrag av krav og funksjonsskjemaet

Jobbkrav og funksjonsevne blir vurdert på de samme seks områdene som blir brukt i det nederlandske FML og det brukes også de samme delfunksjonene.

5.2 Bruk av krav og funksjonsskjema

I dette prosjektet var det oftest bedriftshelsetjenesten som tok initiativ til en funksjonsvurdering med bruk av krav og funksjonsskjema. Den ansatte ble på forhånd forklart hva funksjonsvurderingen gikk ut på, fikk vist skjema, men skjemaet ble ikke delt ut.

Deltakelse var frivillig. Det ble avtalt et møte med bedriftshelsetjeneste, nærmeste leder, arbeidstaker og eventuelt tillitsvalgt. Det ble satt av minst 2 timer til samtalen. Før selve funksjonsvurderingen ble på nytt forklart hvordan skjemaet skulle brukes og rollen til representant fra bedriftshelsetjenesten som veileder ble forklart.

Arbeidsgiver og arbeidstaker ble bedt om i fellesskap bli enige om hvilke kravnivå som stilles til arbeidstakeren i den aktuelle stillingen. Til dette ble de kolonnene på skjemaet som står under "arbeidskrav" brukt. (figur 2)

- 1 = ikke relevant for denne stillingen.
- 2 = det kreves et funksjonsnivå som man kan forvente av de fleste friske menn/kvinner i yrkesaktiv alder, uten ekstra trening og/eller opplæring. For de fleste funksjonene står det beskrevet en forklaring og hvis mulig hva som oppfattes som normal.
- 3 = høyere krav til funksjonsnivå (utover det som er beskrevet under 2)

Også i situasjoner hvor arbeidskravene åpenbart lå mest på fysiske områder, ble det anbefalt å vurdere mentale og sosiale områder, og motsatt. Dette for å få et mest helhetlig bilde av eventuelle problemområder.

Etter vurdering av arbeidskrav, skal personlig funksjon graderes på alle områder.

Arbeidsgiver og arbeidstaker kunne velge om de fylte ut arbeidskravene på hele skjema først, eller om de tok et område om gangen og fylte ut funksjonsnivå på hvert område like etterpå.

- 1 = funksjonsnivå er lavere enn det man kan forvente av en frisk mann/kvinne i yrkesaktiv alder.
- 2 = funksjon er på et nivå som man kan forvente av en frisk mann/kvinne i yrkesaktiv alder.
- 3 = funksjonsnivå er betydelig høyere enn det man kan forvente av en frisk mann/kvinne i yrkesaktiv alder.

Etter utfylling av hele skjemaet ble arbeidstaker og arbeidsgiver bedt om å se på de delfunksjonene hvor scoring på personlig funksjon var lavere enn scoring på arbeidskrav. Var det mulig å forandre jobbkrav? Var det mulig å forbedre personlig funksjon? De ble oppfordret til å diskutere dette og dokumentere på oppsummeringsskjema. Dette var grunnlag for utarbeidelse av individuell oppfølgingsplan.

Behandlerne kan komme med innspill til arbeidstakerens funksjonsnivå med bakgrunn i sykdom/diagnose før eller etter funksjonsvurdering på arbeidsplassen.

5.3 Etske problemstillinger

Det er stilt krav til ansatte i Folketrygdloven, § 8 -8, andre ledd: "Medlemmet har plikt til å gi opplysninger til arbeidsgiver og Trygdekontoret om egen funksjonsevne og bidra til at hensiktsmessige tiltak for å tilrettelegge arbeidet blir utredet og iverksatt." I

Arbeidsmiljøloven §2-3-2-d: "Arbeidstaker skal medvirke ved utarbeidning og gjennomføring av oppfølgingsplaner ved helt eller delvis fravær fra arbeidet på grunn av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende." Arbeidstakeren har plikt til å gi informasjon om funksjon i forhold til arbeid, men arbeidsgiver har ikke krav på å få vite diagnosen som ligger bak en eventuell redusert funksjonsevne. Bruk av krav og funksjonsskjema respekterer de kravene som ligger i Trygdeloven og Arbeidsmiljøloven, men gir likevel informasjon om arbeidstaker som kan tenkes like sensitivt som diagnosen. Funksjonsvurderingen kan avdekke at funksjonsevnen ikke oppfyller de jobbkrav som stilles, og kan dermed tenkes å bli brukt som argument til å

ekskudere ansatte, i stedet for å inkludere. Det er så vidt vi vet, ikke dratt opp noen grenser for hvor omfattende og sensitive opplysninger man kan kreve av den ansatte, og hvordan disse i så fall skal oppbevares.

Derfor mener vi at det er en fordel at bedriftshelsetjenesten deltar som veileder ved disse funksjonsvurderingene, dels for å være en uavhengig tredjepart som kan ivareta begge parter interesser, og dels for å veilede partene i selve utfyllingen av skjemaet. Bedriftshelsetjenesten ivaretar også lovmessig arkivering av funksjonsvurderingsskjema i den ansattes journal (hvis skjemaet ikke makuleres umiddelbart).

Vi søkte Etisk komité for medisinsk forskningsetikk om godkjenning av prosjektet, og fikk i første omgang avslag mellom annet begrunnet i at arbeidstaker kunne oppleve funksjonsvurderingen som en belastning, samt muligheten for at vedkommende ble funnet udyktig i jobben sin og derav måtte slutte. Prosjektet ble godkjent, etter at vi hadde understreket at funksjonsvurderingsskjemaet skulle arkiveres i journalen hos bedriftshelsetjeneste, og at hensikten med funksjonsvurderingen i første rekke er å tilrettelegge på arbeidsplassen for å beholde arbeidstaker i jobb. Hvis det imidlertid er realiteten at vedkommende ikke kan fortsette i sin nåværende jobb, er det en fordel å få det avklart på et tidlig tidspunkt for å kunne begynne å vurdere alternativer.

6. Organisering og gjennomføring

Marijke Engbers har vært faglig ansvarlig for prosjektet, mens Hanne Solberg har vært prosjektleder, begge Modum Felles Bedriftshelsetjeneste. Ansvarshavende for prosjektet har vært Petter Furulund, Servicebedriftenes Landsforening (SBL). NHO Arbeidsmiljøfondet har støttet prosjektet med 200.000. Referansegruppen har bestått av: Bjørn Dahler, SBL, Søren Brage, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitet i Oslo, Arve Lie, fagsekretariatet for BHT, STAMI, Helge Aasen, Kværner Oilfield Products, Pål Steiran, spesialist i allmennmedisin, Siri Møllerud, NHO, Wenche Thomsen, LO og Ruth Eline Iversen, Modum kommune.

Krav og funksjonskjemaet ble først prøvd ut i seks tilfeller i en pilotbedrift med egen bedriftshelsetjeneste, for å avklare behov for eventuelle korreksjoner. Tilbakemeldingen var at de ikke så behov for spesielle korrigeringer.

Seks bedriftshelsetjenester i Buskerud ble invitert og takket ja til å delta i prosjektet, to av disse trakk seg senere. De fire som deltok var Eiker Bedriftshelsetjeneste, Hønefoss HMS-senter, Ble Bedriftshelsetjeneste (nå Hjelp 24) og Modum felles Bedriftshelsetjeneste. Hver bedriftshelsetjeneste pekte ut en kontaktperson som hadde ansvar for gjennomføring av 10 funksjonsvurderinger med arbeidsgiver og arbeidstaker. Kontaktpersonene var to bedriftsleger og to bedriftssykepleiere. Bedriftshelsetjenesten skulle være til stede ved samtalen, som veileder/ rådgiver og ordstyrer, ikke som hovedaktør. Hver bedriftshelsetjeneste valgte i utgangspunktet ut to til tre medlemsbedrifter som fikk informasjon om prosjektet (for eksempel i arbeidsmiljøutvalget) og invitasjon til å delta med aktuelle kandidater. De deltakende bedrifter fikk utdelt et infoskriv om prosjektet (vedlegg 1).

Utvelgelsen av deltakerne skjedde delvis ved at arbeidsgiver (eller personalavdeling, attføringsutvalg) tok kontakt i de bedriftene som fikk informasjon, eller at bedriftshelsetjeneste foreslo bruk av verktøyet i tilfeller de allerede hadde inne i forbindelse med fraværsoppfølging. Kontaktpersonene i bedriftshelsetjeneste informerte den ansatte om

hva funksjonsvurderingen gikk ut på (muntlig og skriftlig), før de ansatte skrev under på samtykkeerklæring (vedlegg 2), hvor muligheten til å trekke seg når som helst ble vektlagt.

De erfaringer som bedriftshelsetjenestens representanter fikk, ble samlet inn i to møter (et fokusgruppemøte) og gjennom spørreskjemaer og intervju. De erfaringene som arbeidsgiver og arbeidstaker fikk, ble samlet inn i spørreskjema rett etter utfylling av funksjonsvurderingsskjemaet og etter 2 måneder (vedlegg 3). Evalueringsskjemaene for ansatt/ leder etter to måneder ble fylt ut over telefon av den enkeltes bedriftshelsetjeneste.

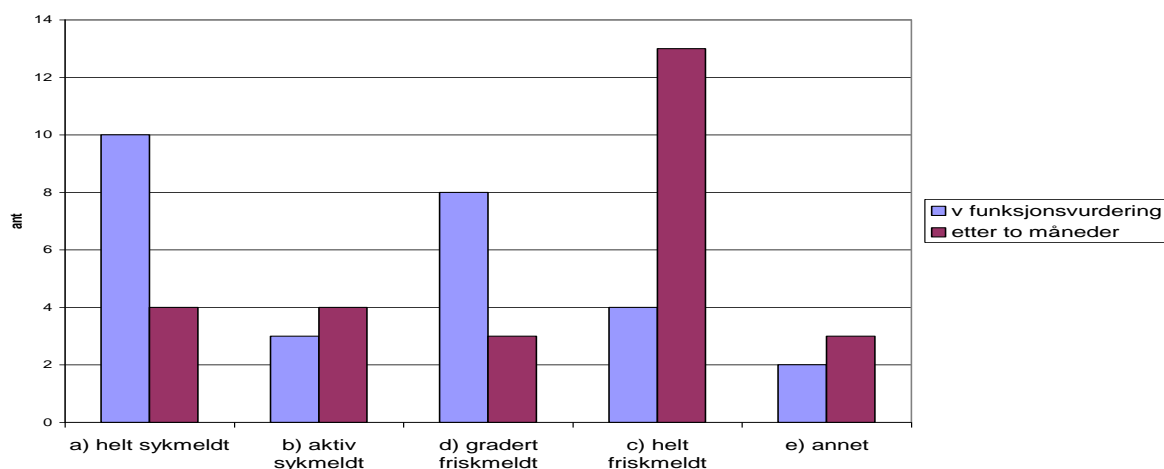
7. Resultater

Resultatene er innhentet ved hjelp av spørreskjemaer som ansatt, leder og bedriftshelsetjeneste svarte på rett etter funksjonsvurderingene. Ansatt og leder svarte på nye skjemaer (telefonisk) etter to måneder. Evalueringsskjemaene er lagt ved (vedlegg 3).

7.1 Beskrivelse av deltakerne

De 29 ansatte var 17 kvinner og 12 menn, og gjennomsnittsalder var 49 år, fra 28 til 62 år. De hadde i gjennomsnitt vært sykmeldt i 24 uker, fra 0 til 60 uker. Fire stykker var friskmeldt. De fleste var ansatt i større bedrifter, ca 400 ansatte i gjennomsnitt.

Vi spurte de ansatte om fraværstatus ved funksjonsvurderingen og to måneder etter:



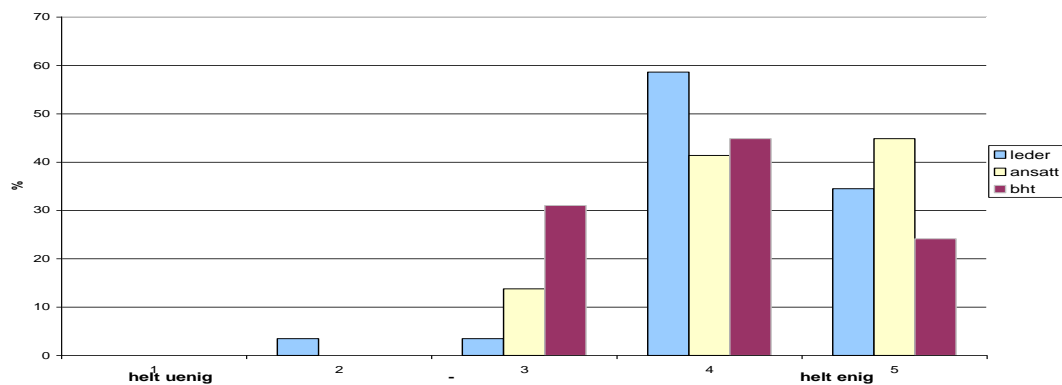
Figur 3 Fraværstatus

”e) annet” er rehabilitering eller omskolering. De fire som var friskmeldt ved funksjonsvurderingen, hadde til dels hatt mye fravær i forkant og/eller hadde nedsatt arbeidsevne pga kroniske plager.

Lederne som var med på funksjonsvurderingen svarte i 21 tilfeller (av 29) at de tidligere hadde gjennomført funksjonsvurdering og 16 hadde brukt en form for verktøy til dette, mest vanlig var IA-funksjonsvurdering fra Arbeidslivssenteret. 13 stykker svarte JA på at de syntes det var vanskelig å lage individuelle oppfølgingsplaner, mens 12 svarte NEI på dette. På spørsmål om de tar kontakt med behandlende instanser (lege, fysioterapeut) ved spørsmål, svarte 12 JA og 14 NEI.

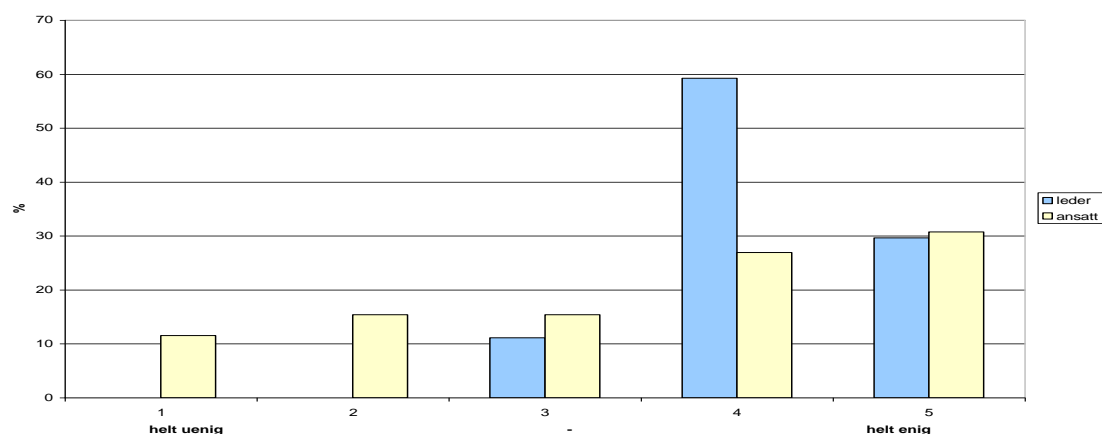
7.2 Oppsummering evalueringsskjemaer

Spørsmål: Skjemaet opplevdes som et nyttig hjelpemiddel ved utarbeidelse av individuell oppfølgingsplan.



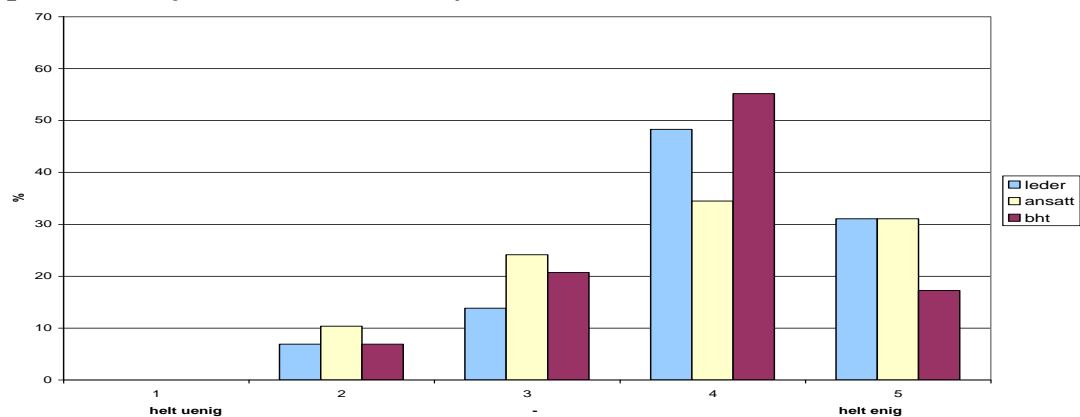
Figur 4, n = 29 personer

Samme spørsmål til leder/ansatt etter 2 måneder:



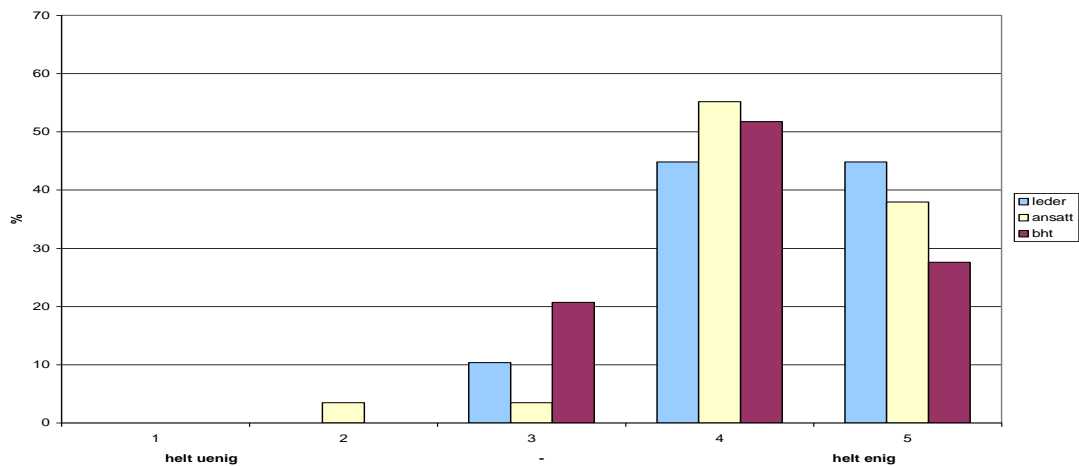
Figur 5, n = 27 ledere og 26 ansatte

Spørsmål: Skjemaet var enkelt å fylle ut



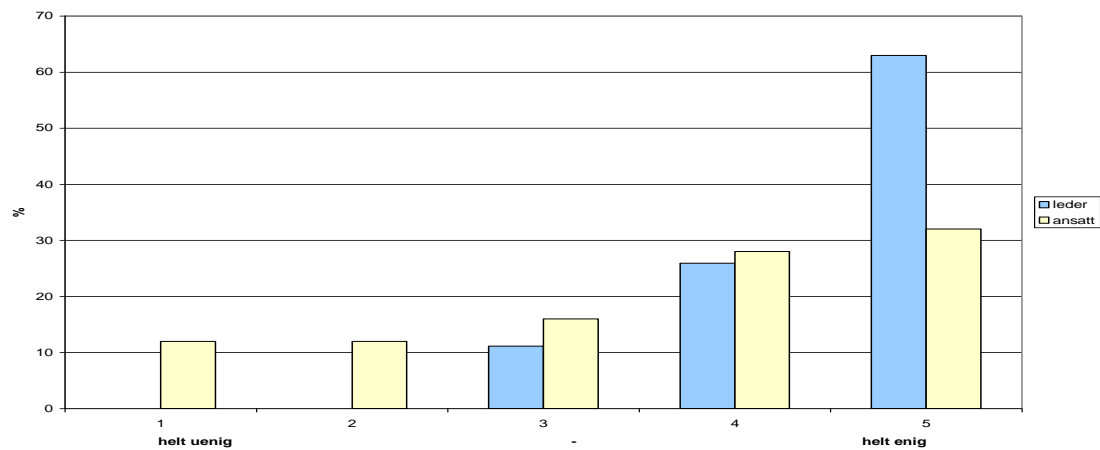
Figur 6, n = 29 personer

Spørsmål: Skjemaet er et godt hjelpemiddel i dialogen mellom leder/ sykemeldte:



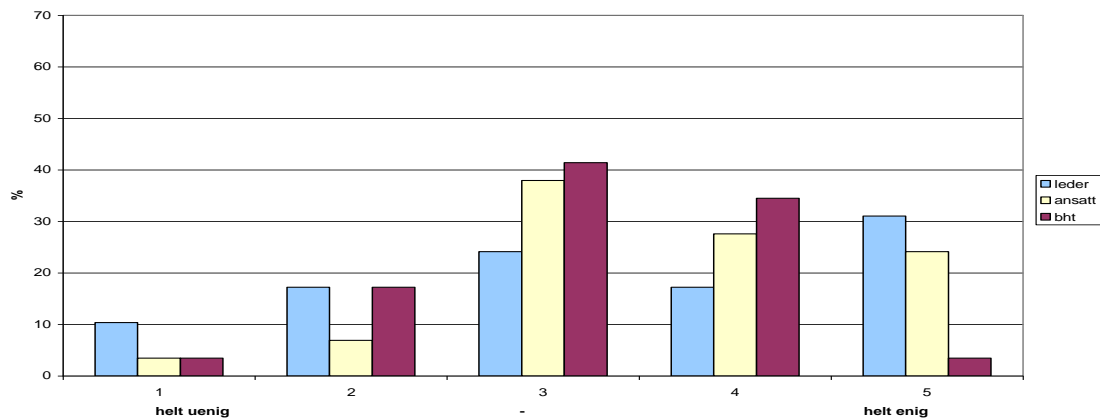
Figur 7, n = 29 personer

Samme spørsmål etter to måneder viser en liten negativ utvikling fra de ansattes side:



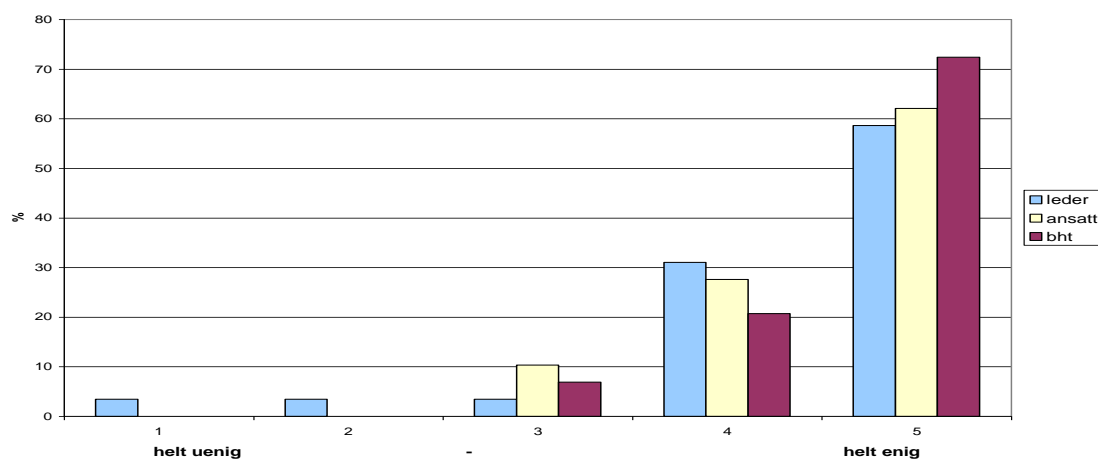
Figur 8, n = 27 ledere, 25 ansatte

Spørsmål: Bruk av skjemaet har gitt meg ny informasjon:



Figur 9, n = 29 personer

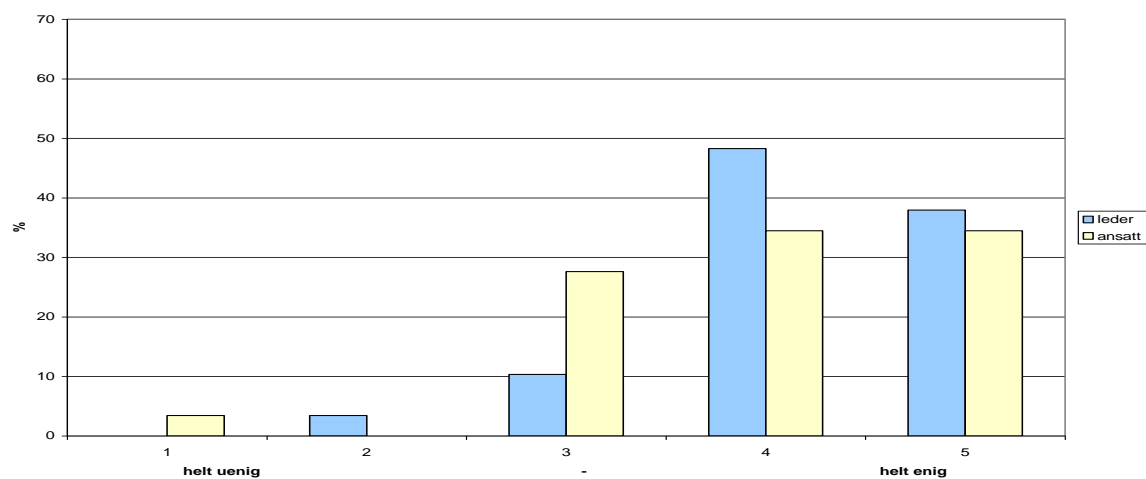
Spørsmål: Jeg opplever *ikke* at spørsmålene ble for nærgående for den ansatte:



Figur 10. NB! Høyere Y-akse. n = 29 personer

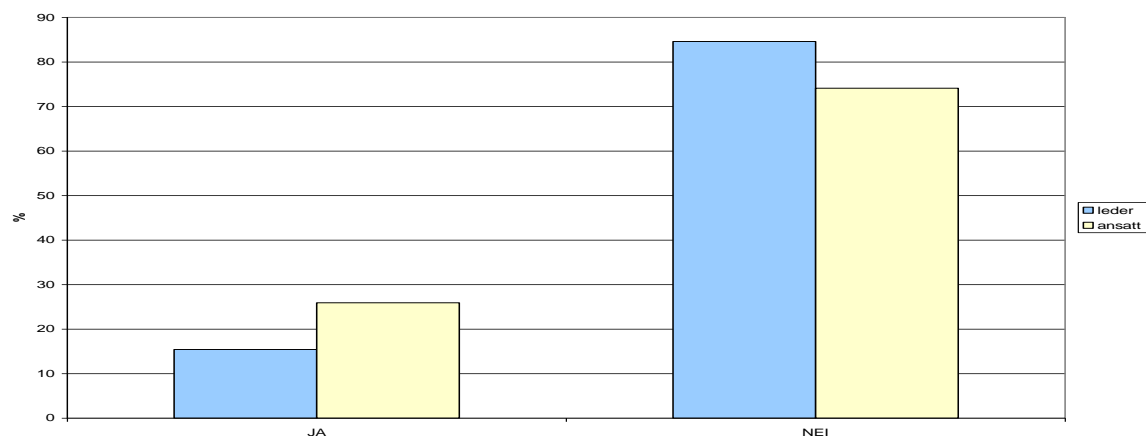
Påfølgende spørsmål ble bare stilt til leder/ansatt (ikke bedriftshelsetjeneste):

Spørsmål: Jeg tror skjemaet kan være til hjelp ved kontakt med behandlende instanser.



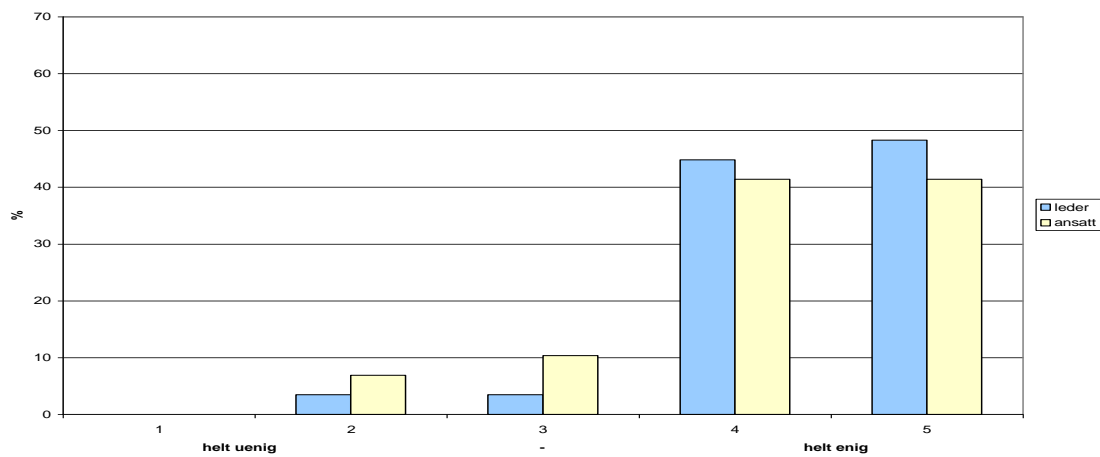
Figur 11. n = 29 personer

Vi spurte leder/ansatt om funksjonsvurderingen hadde ført til kontakt med behandlende instanser, etter to måneder:



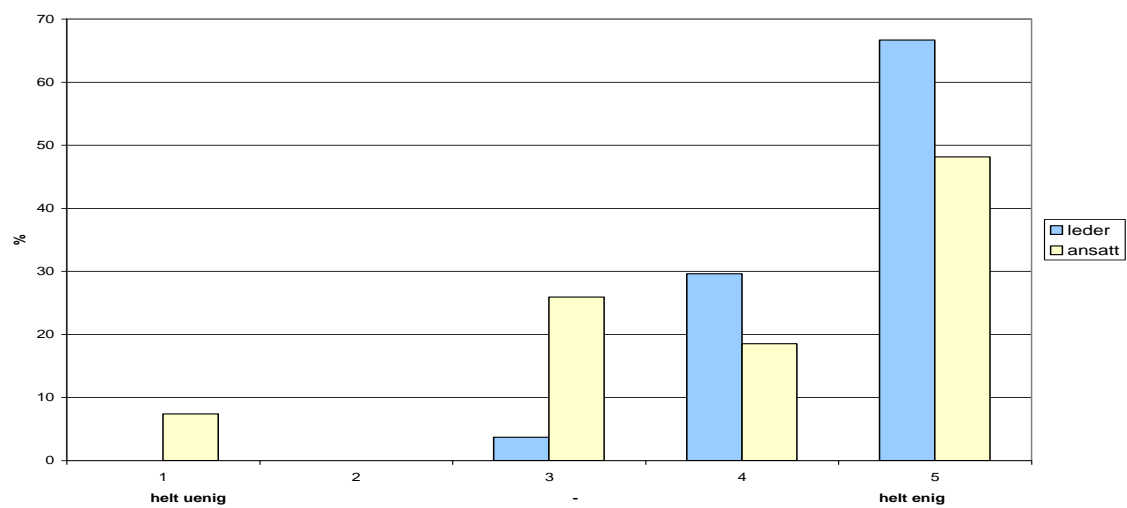
Figur 12, n = 26 ledere og 27 ansatte

Spørsmål: Jeg kunne tenke meg å bruke skjemaet igjen hvis aktuelt:



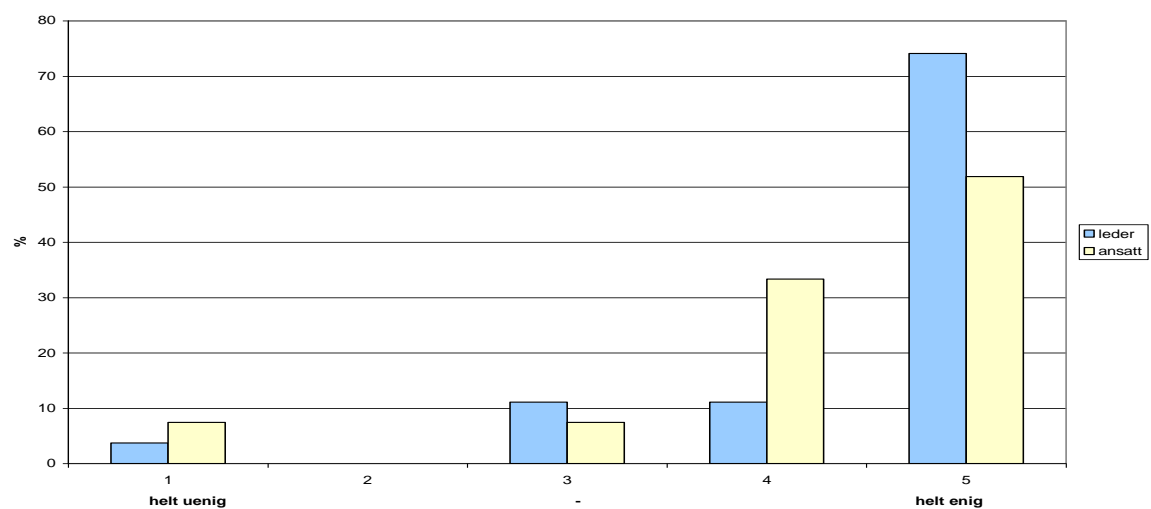
Figur 13, n = 29 personer

Samme spørsmål etter to måneder:



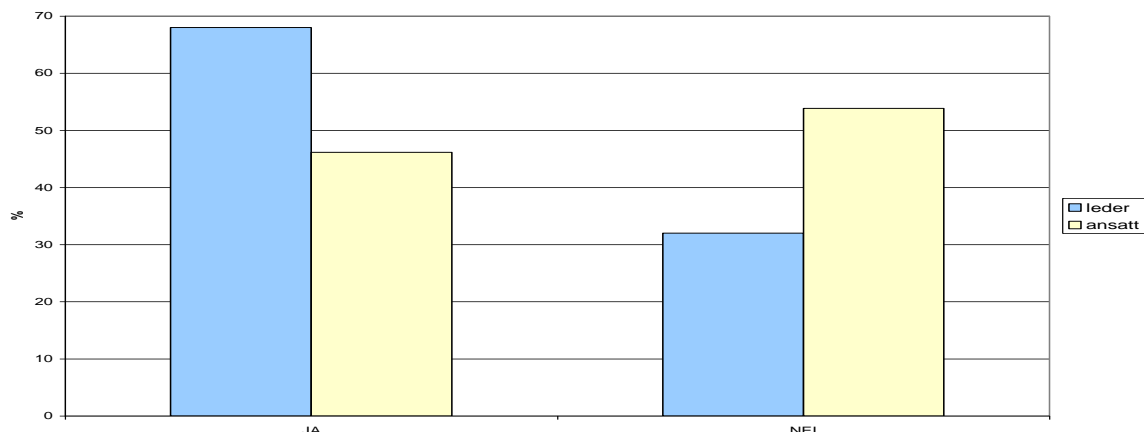
Figur 14, n = 27 personer

Spørsmål: Jeg mener bedriftshelsetjeneste bør være til stede ved utfylling av skjema (spurt etter to måneder):



Figur 15, n = 27 personer

Spørsmål: Er individuell oppfølgingsplan fulgt opp og tiltak gjennomført på jobb?



Figur 16, n= 25 ledere og 26 ansatte

På spørsmål om det har skjedd tiltak/ behandling i forhold til personlig funksjon, svarte 62 % av lederne og 42 % av de ansatte JA.

7.3 Evaluering kontaktpersoner bedriftshelsetjeneste

Evalueringsskjemaene som ble fylt ut rett etter samtale, inneholdt i tillegg spørsmål som kun ble rettet til bedriftshelsetjenesten:

Spørsmål: Leder og den sykmeldte var enige i hvordan spørsmålene skulle besvares.
83 % svarte helt eller delvis enig.

Spørsmål: De klarte å fylle ut skjemaet uten særlig innblanding fra meg.
82 % svarte helt eller delvis enig.

Vi hadde et orienteringsmøte med kontaktpersonene i bedriftshelsetjenestene før gjennomføring av samtale, 14.09.04. Deretter hadde vi møter 19.11.04 og 04.02.05, samt møte med fokusgruppeintervju 20.05.05. *Fokusgruppemøte* ble tatt opp på kassett og deretter skrevet ut. I tillegg hadde vi en kort sluttevaluering over telefon.

Møte 19.11.04, kort oppsummering:

Informasjon til deltakende bedrifter ble diskutert. Viktigheten av å informere tillitsvalgte på forhånd ble tatt opp, og muligheten av å ta opp funksjonsvurdering i arbeidsmiljøutvalg eller attføringsutvalg der det finnes. Det var delte erfaringer med de funksjonsvurderingene som var gjennomført. Noen syntes det var "tøft" at skjemaet starter med mentale og sosiale funksjoner, og de skulle heller starte med dynamisk bevegelse og statisk arbeid. Det kom fram at noen av forklaringene til spørsmålene kunne tolkes på forskjellige måter. Noen opplevde det forvirrende at gradering 1 ikke betyr det samme for jobbkrav (ikke relevant) som for personlig funksjon (lavere enn det man kan forvente av en frisk mann/kvinne i yrkesaktiv alder). De fleste opplevde dialogen mellom leder og ansatt som positiv under funksjonsvurderingene.

Møte 04.02.05, kort oppsummering:

Her ble tidsbruk tatt opp kontra nytteverdi. Noen nevnte at samtaleene var nyttige, fordi det blir mer enn bare synsing, og fordi leder og ansatt har dialog rundt jobbkrav. Det ble nevnt at funksjonsvurderingene er avhengig av en god relasjon mellom leder og ansatt. Noen opplevde at det var kommet frem nyttige avklaringer som følge av funksjonsvurderingene, og at man hadde fått konkretisert problemstillinger. Noen ansatte hadde fått ny innsikt i egen funksjonsevne. Tidsbruk til selve funksjonsvurderingen varierte fra 1,5 til 2 timer per samtale, og eventuell journalskriving og forberedelse kom i tillegg.

Fokusgruppemøte, 20.05.05, kort oppsummering:

Det ble uttalt at funksjonsvurderingene gikk lettere etter hvert som bedriftshelsetjenesten (og leder) fikk erfaring, og de hadde også brukt betydelig kortere tid etter hvert. Ingen av de ansatte hadde nektet å fylle ut skjemaet. I ett tilfelle hadde tillitsvalgt vært med. På spørsmål om hva slags fraværstilfeller det dreide seg om, kom det fram at størstedelen av deltakerne var ansatte med langt fravær, og at det ofte var behov for en avklaring i forhold til videre tiltak. Møtedeltakerne trodde det var behov for en slik spesialvurdering, særlig når problematikken rundt fraværet er sammensatt. Det ble nevnt at samtaleene ofte var avklarende, og man fikk godt dokumentert nødvendigheten av ulike tiltak, bl.a. tilrettelegging på arbeidsplassen. Alle mente det var viktig at bedriftshelsetjenesten var til stede som nøytral tredjepart, som kunne veilede i forhold til bruk av krav og funksjonsskjema og utfylling av oppfølgingsplan samt se muligheter videre. Bedriftshelsetjenesten kunne stoppe opp hvis diskusjon mellom leder/ansatt ble lite konstruktiv og ivaretok den ansatte.

Det hadde bare vært arbeidsgiversiden som tok initiativ til funksjonsvurderingene, noen ganger via atfføringsmøter. Bedriftshelsetjenesten hadde foreslått å bruke skjemaet i mange tilfeller, der de hadde hatt kontakt i forbindelse med fraværsoppfølging eller atfføringsmøter. Det ble en del diskusjon i forhold til selve skjemaet. Noen mente normalverdiene virket "strenge" og ofte irrelevante i forhold til jobben. Skal arbeidskrav lettere enn normalt besvares med "2"? Det var enighet om at de bedriftshelsetjenestene som skal ta i bruk skjemaet som metode, trenger innføring i det først, og at det ikke er nok med skriftlig veileder.

7.4 Sluttevaluering bedriftshelsetjeneste

I oktober/ november 2005 hadde vi en sluttevaluering med de fire kontaktpersonene i bedriftshelsetjeneste per telefon, som ble ringt av kontorleder hos MFB. De to som hadde gjennomført mindre enn 5 samtaler fikk spørsmål om grunnen til at de ikke hadde gjort flere. En svarte at det delvis skyldtes tidspress og delvis at det ikke hadde vært etterspørsel etter slike grundige funksjonsvurderinger. Den andre svarte at det skyldtes flytting av bedriftshelsetjenesten og tidspress pga sammenslåing / omorganisering.

Alle fire fikk spørsmål om de hadde forslag til tiltak og endringer som kunne gjøre verktøyet lettere å bruke. Det ble nevnt muligheten av å bruke deler av skjemaet etter behov, at man kunne se nærmere på uklare spørsmålsformuleringer og forenkling av disse (bl.a. innenfor dynamisk bevegelse). De ble også spurt om de trodde de kom til å bruke funksjonsvurderingsskjemaet videre framover. Alle fire svarte bekreftende, og trodde at de kom til å bruke det ved behov.

8. Diskusjon

Figur 4 viser at både leder, arbeidstaker og bedriftshelsetjeneste opplevde skjemaet som et nyttig hjelpemiddel ved utarbeidelse av individuell oppfølgingsplan. Samme spørsmål etter to måneder (figur 5), viser en negativ utvikling i besvarelsene fra de ansatte, men over 60 % er fortsatt helt eller delvis enig i nytteverdien.

På spørsmål om skjemaet er et godt hjelpemiddel i dialogen mellom leder og ansatt, svarer de fleste bekreftende (figur 7). Samme spørsmål etter to måneder viser også her en negativ utvikling fra de ansattes side, mens lederne svarer mer positivt (figur 8). Rundt halvparten av alle ledere og ansatte svarer bekreftende på spørsmålet om bruk av skjemaet har gitt ny informasjon, mens bedriftshelsetjenesten er noe mer i tvil (figur 9). I møtene med bedriftshelsetjeneste har det kommet fram at den nye informasjonen ofte handlet om andre problemområder i tillegg til den opprinnelige ”diagnosen”. Det har hendt at leder og ansatt har hatt ulik oppfattning av arbeidskrav og/eller personlig funksjon, og dette ble tydelig under utfyllingen av skjemaet.

Vi spurte ansatt og leder om de kunne tenke seg å bruke skjemaet igjen hvis aktuelt (figur 13), og de aller fleste (>90 % av lederne og >80 % av ansatte) sa seg helt eller delvis enig. Samme spørsmål etter to måneder viser også en negativ utvikling fra de ansattes side, og tilsvarende positiv utvikling fra ledere (figur 14), men det er fortsatt 2/3-deler av de ansatte som svarer helt eller delvis enig.

Det er gjennomgående at de ansatte svarte mindre positivt etter to måneder, mens lederne utviklet seg mer positivt på flere spørsmål. Grunnen kan være at lederne er mer fornøyde med funksjonsvurderingen på sikt, og det er mulig at forventningene har vært forskjellig i de ulike gruppene. Man kan tenke seg at noen ansatte har hatt forventninger etter funksjonsvurderingen, som ikke er blitt innfridd. En ser klar forskjell i besvarelsene fra ledere og ansatte på spørsmål om individuell oppfølgingsplan er fulgt opp og tiltak gjennomført på jobb (figur 16). De ansatte som har utviklet seg i negativ retning ved to måneders evalueringen, svarer alle NEI på dette spørsmålet.

Nytteverdien var samtaletema i flere møter med bedriftshelsetjenestene, og det kom fram at de mente det er behov for en slik spesialvurdering, særlig når problematikken er sammensatt. De nevnte også at funksjonsvurderingene ofte var avklarende; problemstillinger ble konkretisert og nødvendigheten av ulike tiltak ble dokumentert.

I forhold til delmål 2, spurte vi ansatt og leder om skjemaet kunne være til hjelp ved kontakt med behandlende instanser (lege, fysioterapeut). Her svarte majoriteten bekreftende (figur 11), men da vi etter to måneder spurte om funksjonsvurderingen *hadde* ført til kontakt med behandlende instanser, viste det seg at det ikke var mange tilfeller hvor det faktisk hadde skjedd (figur 12). Grunnen til manglende kontakt kan være flere og kan ikke besvares ut fra resultatene. Det er mulig at det faktisk ikke var behov for kontakt med behandlende instanser i disse tilfellene, eller at det ikke er så vanlig at leder tar kontakt med lege/fysioterapeut m.m.

Som nevnt under kapittel om etiske problemstillinger, kan mange av spørsmålene i skjemaet synes nærgående for den ansatte å svare på, med leder tilstede. Spesielt de områdene som omhandler mentale og sosiale funksjoner. Flertallet opplevde imidlertid ikke spørsmålene som for nærgående, og det er kun noen ledere som ikke er enig, 7,5 % (figur 10). Leder og ansatt ble spurt om de mente at bedriftshelsetjeneste bør være til stede ved utfylling av skjema (figur 15), og vi ser at de aller fleste svarer bekreftende på det. Vi spurte bedriftshelsetjenesten om

det samme på fokusgruppemøtet. De svarte at det er viktig at bedriftshelsetjenesten er til stede som nøytral tredjepart, som kan veilede i forhold til bruk av skjema og utfylling av oppfølgingsplanen. Bedriftshelsetjenesten kan stoppe opp hvis diskusjon mellom leder og ansatt blir lite konstruktiv, og kan ivareta den ansatte. Bedriftshelsetjeneste ivaretar også lovmessig arkivering av funksjonsvurderingsskjema.

En ser av figur 6 at noen syntes skjemaet kunne vært enklere å fylle ut, dette gjelder for mer enn 35 % av de ansatte. På møtene med bedriftshelsetjenestene har det kommet fram at de av og til måtte hjelpe deltakerne med å tolke spørsmålene, fordi noen syntes at forklaringen var litt uklart. Det gjaldt bl.a. under dynamisk bevegelse, hvor definisjonene på normalt funksjonsnivå var vanskelig å forstå eller virket urimelig høye for noen. For eksempel gå opp og ned 2 trapper (2 etasjer) uten pause, eventuelt 5 ganger i timen. Det var forslag fra bedriftshelsetjenesten om å flytte spørsmålene om mentale og sosiale funksjoner lenger bak i skjemaet, så man slapp å starte med de ofte vanskeligste spørsmålene. Det var også diskusjon på fokusgruppemøtet om at man ikke skal se seg blind på normaldefinisjonene, og at målet er å finne på hvilke områder det er uoverensstemmelse mellom funksjonsnivå og jobbkrav. Likevel var alle enige i at skjemaet i nåværende form er godt brukbart og at de bedriftshelsetjenestene som skal ta i bruk skjemaet som metode, bør ha innføring i det først. De mente at skriftlig veiledning ikke kunne være tilstrekkelig.

9. Egen evaluering av prosjektet.

I forhold til prosjektbeskrivelsen, er det særlig rekruttering til funksjonsvurderinger i deltakende bedriftshelsetjenester som ikke har gått etter planen. Vi så tidlig at bedriftshelsetjenestene trengte lengre tid enn planlagt for å få gjennomført 10 funksjonsvurderinger hver. Opprinnelig hadde vi tenkt en frist til 1. januar 2005, men det ble utsatt (i flere omganger) til 1. oktober 2005.

To av de seks deltakende bedriftshelsetjenester trakk seg etter hvert fra prosjektet, etter sigende grunnet tidspress som følge av omorganisering av bedriftshelsetjenesten. Vi prøvde etter hvert å erstatte disse med to andre bedriftshelsetjenester, men de lyktes ikke i å gjennomføre noen funksjonsvurderinger før tidsfristen. Av de fire gjenstående bedriftshelsetjenestene har to gjennomført 10 eller flere funksjonsvurderinger, som planlagt. De to andre har kun gjennomført 4 og 3. De oppga at årsaken var omorganisering av bedriftshelsetjeneste, vanskeligheter med å rekruttere personer til funksjonsvurdering, funksjonsvurderingen krever mye tid og blir derfor vanskelig å selge inn i bedriftene som må betale per bedriftshelsetjeneste-time. Ettersom prosjektet bare er delfinansiert, måtte bedriftshelsetjenestene dekke kostnadene selv, opp til kr 2000 per funksjonsvurdering. Det er selvfølgelig et tankekors at de som har deltatt på funksjonsvurderinger oppgir at de er nyttige, men samtidig er det vanskelig å få gjennomført dem som planlagt. I tillegg til de grunnene som er oppgitt av bedriftshelsetjenesten, kan en tenke seg flere årsaker. Bedriftshelsetjenesten prioriterer ikke ressurskrevende funksjonsvurderinger så lenge de ikke blir etterspurt og/eller blir betalt for. Myndighetene etterspør ikke slike spesialvurderinger, og bedriftene har ikke noe økonomisk insitament for å gjøre det. I IA-bedrifter får bedriftshelsetjeneste tilskudd for arbeid i sammenheng med oppfølging av sykmeldte, opp til 6 timer totalt. I de tilfellene hvor en spesialvurdering er aktuelt, er disse timene ofte allerede ”brukt opp”. Ettersom vi bare hadde med fire bedriftshelsetjenester, er det usikkert om disse er representative for hele bransjen.

Vi fikk til slutt resultater fra 29 samtaler, mot planlagt 60. Dette gjør at vi ikke kan trekke statistisk relevante konklusjoner ut fra materialet, men vi kan presentere erfaringer og i noen grad trekke kvalitative konklusjoner.

10. Videre oppfølging

Vi har fått henvendelser fra flere bedriftshelsetjenester som ønsker å prøve skjemaet, og det ser ut å kunne være et nyttig verktøy når det er behov for spesialvurdering. Det er naturlig å få bistand fra bedriftshelsetjenesten i slike tilfeller, fordi de kjenner arbeidsplassen og kan bidra med helsefaglig veiledning som uavhengig tredjepart. Erfaringen fra prosjektet støtter opp under å ikke spre krav og funksjonsskjema ukritisk. Det krever en viss opplæring for å kvalitetssikre riktig bruk av skjemaet. MFB tar sikte på å utvikle opplæring for nye brukere og legge opp til å samle en erfaringsdatabase for eventuell videre utvikling av skjemaet.

11. Referanser

1. Sykefravær og uførepensjonering, Sandmannutvalget. NOU 2000:27.
2. Rapport fra Prosjekt om inkluderende arbeidsliv, mai 2003, Trygdeetaten IA 8.1.-013.1.0
- 3.. Rapport fra ekspertkonferanse om funksjonsvurdering 27-28 januar 2003. STAMI rapport 4-2003
4. Rapport fra arbeidsgruppa for vurdering av den videre utvikling av bedriftshelsetjenesten, 2001. Arve Lie m.fl. Arbeids- og administrasjonsdepartementet.

12. Emneord:

Funksjonsvurdering
Bedriftshelsetjeneste
Krav og funksjonsskjema
Krav og funksjon

13. Vedlegg:

1. Informasjonsskriv til bedrifter
2. Samtykkeerklæring, deltakere
3. Evalueringsskjemaer, ansatt, leder og BHT

Oslo, 31.01.06,

Marijke Engbers,
Fagansvarlig, MFB

Petter Furulund,
ansvarshavende, SBL