

Egenvurdering av funksjon

- utvikling av Norsk funksjonsskjema for bruk i trygdeetaten

Rapport 5/2002

Søren Brage
Nils Fleten
Ole Gard Knudsrød
Harald Reiso
Arne Ryen

Utredningsavdelingen
Rikstrygdeverket
September 2002

Forord

Funksjonsvurderinger er tillagt stor betydning både i Sandmanutvalgets rapport ”Sykefravær og pensjonering – et inkluderende arbeidsliv” og i den etterfølgende Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv. Funksjonsevnen er sentral i vurdering av tilrettelegging, tiltak og ytelser. Til tross for dette er vår kunnskap liten om sammenhengen mellom et menneskes funksjon, ressurser, arbeidsevne og jobbkrav. Hvilke ressurser hos sykmeldte kan man mobilisere i oppfølgingsarbeidet? Hvor mye nedsatt skal funksjonsevnen være for å gi rett til ytelser?

Brukermedvirkning er høyt prioritert i trygdeetaten, og vil i denne sammenhengen bety at den sykmeldtes eget syn på sin funksjon og sine ressurser tillegges betydelig vekt. Fra dette grunnplan kan siden arbeidet med å motivere til fortsatt yrkesaktivitet begynne.

Sandmanutvalget diskuterte funksjonsvurderinger av tre typer:

1. en forenklet vurdering som kommer tidlig i sykefraværsperioden
2. en mer omfattende vurdering etter 6-8 ukers fravær
3. en meget omfattende og tverrfaglig vurdering når tidlig tilbakeføring ikke lykkes.

I denne rapporten legges frem resultater og vurderinger fra prosjektet ”Egenvurdering av funksjon”. Her ble det utviklet et funksjonsvurderingsskjema i tråd med Sandmanutvalgets funksjonsvurderinger av type 2. Prosjektet er det første som har tatt i bruk standardiserte funksjonsvurderinger i trygdesammenheng.

Det bør bemerkes at prosjektet ble igangsatt i januar 2001, og skjemaet ble prøvd ut våren 2001. Prosjektet ble således gjennomført før Intensjonsavtalen ble inngått. Som følge av Intensjonsavtalen arbeides det nå også med funksjonsvurderinger av type 1 i trygdeetaten.

Prosjektet er blitt støttet med midler fra Sosialdepartementet, Rikstrygdeverket og de berørte fylkestrygdekontorene. Rapporten er blitt utarbeidet av Søren Brage (prosjektleder), Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket, Nils Fleten, FTK Troms, Ole Gard Knudsrød, Tønsberg trygdekontor, Harald Reiso, FTK Aust-Agder og Arne Ryen, FTK Hedmark. Fra Oppfølgings- og sykestønadsavdelingen har arbeidsgruppen hatt faglig støtte av Nanna Stender og Jon Haslestad, samt fra Utredningsavdelingen av Liv Torgersen. For de statistiske analysene har gruppen hatt bistand av Rodica Balanescu, Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket. Arbeidsgruppen takker også for betydelige bidrag fra de deltagende trygdekontorene.

Rikstrygdeverket
September 2002

Arild Sundberg
Trygdedirektør

Hilde Olsen
Avdelingsdirektør

SAMMENDRAG.....	4
PROSJEKTETS BAKGRUNN, FORMÅL OG ORGANISERING	7
FORMÅL.....	9
ORGANISERING	9
HVA INNEHOLDER RAPPORTEN?.....	9
DELPROSJEKT I: UTVIKLING OG UTPRØVING AV NORSK FUNKSJONSSKJEMA.....	10
INTRODUKSJON	11
FORMÅL.....	11
PROBLEMSTILLINGER.....	11
METODE	12
<i>Utvikling av Norsk funksjonsskjema</i>	<i>12</i>
<i>SF-36.....</i>	<i>12</i>
<i>COOP/WONCA.....</i>	<i>14</i>
<i>Andre spørsmål</i>	<i>14</i>
<i>Utvalg.....</i>	<i>14</i>
<i>Statistisk analyse.....</i>	<i>14</i>
RESULTATER.....	16
<i>Utvalget.....</i>	<i>16</i>
<i>Norsk funksjonsskjema</i>	<i>17</i>
<i>SF-36.....</i>	<i>22</i>
<i>COOP/WONCA og arbeidsevne</i>	<i>23</i>
<i>Andre spørsmål</i>	<i>24</i>
DISKUSJON.....	28
<i>Utvikling av Norsk funksjonsskjema</i>	<i>28</i>
<i>Utpøving av Norsk funksjonsskjema</i>	<i>29</i>
<i>SF-36.....</i>	<i>31</i>
<i>COOP/WONCA og arbeidsevne</i>	<i>32</i>
<i>Andre spørsmål</i>	<i>32</i>
DELPROSJEKT II: TESTING AV NORSK FUNKSJONSSKJEMA I SAKSBEHANDLINGEN.....	33
FORMÅL.....	34
METODE	34
<i>Utvalget.....</i>	<i>34</i>
<i>Norsk funksjonsskjema i saksbehandlingen</i>	<i>34</i>
<i>Evaluerings skjema</i>	<i>34</i>
<i>Statistisk analyse.....</i>	<i>35</i>
RESULTATER.....	36
<i>Utvalget.....</i>	<i>36</i>
<i>Dokumentasjon og avklaring før 12 ukers-vedtaket.....</i>	<i>37</i>
<i>Avklaringssamtale.....</i>	<i>37</i>
<i>Nytteverdi av Norsk funksjonsskjema.....</i>	<i>38</i>
<i>Norsk funksjonsskjema i delprosjekt 1 og 2. Er skjemaet pålitelig?</i>	<i>38</i>
DISKUSJON.....	40
PROSJEKTETS KONKLUSJONER.....	43
REFERANSER.....	45
APPENDIKS 1 NORSK FUNKSJONSSKJEMA	47
APPENDIKS 2 FAKTORANALYSE.....	52
APPENDIKS 3 TABELLER.....	56
APPENDIKS 4 SAMMENHENG MELLOM EGENVURDERT FUNKSJON OG ANTATT SYKEFRAVÆRSLENGDE.....	64

Sammendrag

Økningen i sykefravær og uførepensjonering har gjort det nødvendig å prøve nye veier for oppfølging av sykmeldte og for rehabilitering. I prosjektet "Egenvurdering av funksjon" har vi utviklet et standardisert funksjonsskjema til bruk i trygdeetaten. Skjemaet ble prøvd i oppfølging av sykmeldte for utvelgelse til avklaringsamtale og for valg av tiltak. Skjemaet er i tråd med vektlegging på brukermedvirkning.

Prosjektet ble satt i gang i januar 2001 og skjemaet ble prøvd ut våren 2001. Prosjektet er altså gjennomført før Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv ble inngått. Enkelte elementer som Intensjonsavtalen er bygget på, er følgelig ikke tatt hensyn til i prosjektet. Mens avtalen legger vekt på en enkel og tidlig funksjonsvurdering som gjøres av behandlende lege, så undersøkes i dette prosjektet en mer omfattende vurdering som gjøres av den sykmeldte selv, og som kommer seinere i sykdomsforløpet, ved ca. 6 uker. Hensikten er imidlertid den samme – å bruke funksjonsvurdering i arbeidet med sykmeldte for tilrettelegging av tiltak.

Prosjektet, og de erfaringer som kan trekkes ut av det, vil derfor være et utgangspunkt for det videre og mer langsiktige arbeidet med å utvikle verktøy for vurdering av funksjon som er en del av avtalens oppfølging.

I prosjektet ønsket vi å:

- utvikle et standardisert funksjonsskjema som den sykmeldte fyller ut
- prøve om skjemaet fanger opp funksjonssvikt og ressurser
- teste nytteverdien av skjemaet i trygdeetatens arbeid med sykmeldte

På basis av WHO's klassifisering av funksjonsevne, uferhet og helse - ICF, laget vi et Norsk funksjonsskjema (NORFUNK) for egenvurdering av funksjon. Skjemaet omfattet 39 spørsmål om vanlige funksjoner, og disse ble vurdert av en ekspertgruppe til å ha relevans for arbeidslivet. På hvert funksjonsspørsmål kan den sykmeldte angi om han/hun har ingen, noe, eller mye vansker eller ikke klarte funksjonen.

I delprosjekt I ble skjemaet besvart av 386 sykmeldte ved 6-ukers tidspunktet. De besvarte også to spørreskjemaer om helse, livskvalitet og funksjon, SF-36 og COOP/WONCA, samt andre spørsmål, bl.a. om arbeidsevne. I dette delprosjektet var deltakelse frivillig og anonymt.

I delprosjekt II testet vi om saksbehandlere ved fem trygdekontor fant egenvurderingen av funksjon nyttig i sitt oppfølgingsarbeid med sykmeldte i perioden mellom 6 og 13 uker. Saksbehandlerne skulle bruke Norsk funksjonsskjema sammen med andre opplysninger, til blant annet å vurdere om den sykmeldte skulle innkalles til avklaringsamtale, til støtte i samtalen og til å vurdere hvilke tiltak som kunne settes i verk. Deretter ble saksbehandlerne tilsendt et evalueringsskjema til hver enkelt sak om nytteverdien av funksjonsopplysningene. Til sammen 286 evalueringsskjema ble returnert til analyse.

Resultater

Delprosjekt I

Svarprosenten var i underkant av 50, og utvalget var rimelig representativt, sammenliknet med tilsvarende gruppe sykmeldte i landet som helhet. Besvarelsene ble analysert med flere statistiske metoder, blant annet faktoranalyse. Norsk funksjonsskjema viste seg enkelt å besvare, og ga god kvalitet i besvarelsene. Andelen ubesvarte spørsmål på returnerte skjemaer var lavt, under 4%. De sykmeldte syntes å beherske egenrapportering av helse og funksjon som forventet.

På flertallet spørsmål svarte de sykmeldte at de ikke hadde vansker, og derigjennom ble fordelingen av svar tydelig skjev. Allikevel anga 78% av de sykmeldte at de hadde ”mye vansker” eller ”kan ikke” på minst ett av de 39 spørsmålene.

Ved hjelp av faktoranalyse kunne spørsmålene som inngår i Norsk funksjonsskjema slås sammen til syv funksjonsområder, som var vel avgrenset fra hverandre. Fire av disse er fysiske: gå/stå, holde/plukke, løfte/bære og sitte. Tre funksjonsområder er psykiske: mestre, samhandle/kommunisere, samt sansefunksjoner. I praktisk bruk er det antagelig enklere å forholde seg til disse områdene, enn til individets funksjon målt med enkeltspørsmål. For hvert av områdene kan det beregnes en gjennomsnittsskåre. Høyest skåre (og dermed dårligst funksjon) ble målt på områdene ”løfte/bære” (1,85), ”gå/stå” (1,60) og ”mestre” (1,56).

Skjemaet målte funksjon og ressurser på en uttømmende måte. Etter analyser med flere statistiske metoder syntes skjemaet å være valid og pålitelig. Så viste det seg, for eksempel, at personer med muskel- og skjelettlidelser hadde funksjonstap innenfor bestemte fysiske funksjonsområder, spesielt løfte/bære (gjennomsnitt 2,12) og gå/stå (1,80) mens personer med psykisk lidelse stort sett hadde god fysisk funksjon (løfte/bære: 1,27; gå/stå 1,22) men nedsatte mestrings- (gjennomsnitt 2,13) og samhandlingsevner (1,64). Forskjeller mellom personer med muskel- og skjelettlidelser, og de med psykiske lidelser ble meget fremtredende.

Delprosjekt II

Deltakelsen i delprosjekt II ble lavere enn forventet, 72%, men representativiteten var også her vurdert å være rimelig god. Legeerklæring og funksjonsskjema forelå ved 6 ukers-tidspunktet i henholdsvis 91% og 93% av sakene. Avklaringsamtale var gjennomført i 13% av sakene.

I saksbehandlingen ble informasjonen fra Norsk funksjonsskjema benyttet i 51% av tilfellene, hyppigst for å bestemme tiltak (42%) og for å velge ut hvem som skulle innkalles til en avklaringsamtale (31%). I 42% av de 38 tilfeller når en avklaringsamtale var gjennomført, hadde skjemaet vært nyttig for gjennomføring av selve samtalen.

Det var meget store variasjoner mellom de fem deltakende trygdekontorene i opplevd nytte av Norsk funksjonsskjema, men også i besvarelser av evalueringsskjema og svarprosent. Dette kan ha sammenheng med betydelig arbeidspress, utskifting av saksbehandlere, og manglende oppfølging fra prosjektledelsens side.

Gjennomsnittsskårene for Norsk funksjonsskjema var lik i delprosjekt I og II, til tross for at skjemaet ikke hadde noen konsekvenser for saksbehandlingen i delprosjekt I, men ble brukt til å vurdere tiltak i delprosjekt II. Dette kan tyde på at skjemaet er rimelig pålitelig, og at frykten for strategiske besvarelser er overdreven.

Norsk funksjonsskjema viste seg å ha nytteverdi for saksbehandlerne. Prosjektet viste også at det er potensiale for ytterligere utvikling av hele konseptet med egenrapportert funksjon. Valg av funksjonsskjema må reflektere mangfoldet i årsaker til sykefravær, og når i forløpet funksjon og ressurser skal undersøkes.

Det er etter vårt syn neppe hensiktsmessig å forlange funksjonsskjema fra alle sykmeldte, men fra selekterte grupper, der man forventer et lengre forløp.

Konklusjoner

I dette prosjektet ble standardiserte funksjonsskjemaer tatt i bruk innenfor trygden for første gang. Flere skjemaer ble testet og viste seg pålitelige i å skille mellom tap av fysisk og psykisk funksjon, men Norsk funksjonsskjema ga mer nøyaktig informasjon om den enkeltes funksjon enn to andre skjemaer brukt i undersøkelsen - SF-36 og COOP/WONCA.

Arbeidsgruppen mener at resultatene fra delprosjekt I og II er så lovende at videre prøving av skjemaet bør inngå som en del av det videre arbeidet med funksjonsvurderinger. Før det kan anbefales som standard i oppfølgingsarbeidet, bør effektene av skjemaet undersøkes i randomiserte studier. Prosjektet var begrenset til oppfølging av sykmeldte ved 6 uker. I sin nåværende form ble Norsk funksjonsskjema ikke undersøkt med tanke på å gi grunnlag for å vurdere rett til ytelser. Dette kan være aktuelt i en seinere fase. Skjemaet kan også prøves til å gjelde personer på rehabiliteringspenger/ uførepensjon og det kan brukes som grunnlag for å utvikle funksjonsskjemaer som skal besvares av lege.

Prosjektet viste meget tydelig at utvikling, utprøving og testing av funksjonsskjemaer er tids- og kostnadskrevende. Standardiserte funksjonsvurderinger kan imidlertid øke kvaliteten i trygdeetatens saksbehandling. Den store variasjonen i hvorledes saksbehandlere arbeider, gir grunn til mer forskning på dette området. Funksjonsvurderinger kan brukes og de kan øke kvaliteten i saksbehandlingen, men det vil kreve betydelige investeringer i kunnskapsbygging, forskning og kontinuerlig evaluering. I dag mangler et teoretisk rammeverk for hvordan trygden skal tilegne seg kunnskap om funksjon generelt. Det samme gjelder modeller som forklarer når man har behov for spesifikk funksjonskunnskap, og når man trenger kunnskap om funksjon i forhold til arbeidslivet.

Utviklingen av Norsk funksjonsskjema bør ikke anses som avsluttet. Skjemaet kan antagelig forkortes noe. Det bør vurderes om det bør tas inn flere spørsmål om psykisk funksjon. Spesielt å mestre stress og påkjenninger kan ha avgjørende betydning i arbeidslivet og verdien av ytterligere spørsmål på dette området bør undersøkes. I tillegg ble spørsmålene stilt på en slik måte at funksjonssvikt ble fokusert. I praktisk oppfølgingsarbeid for sykmeldte er det ofte verdifullt også å få et bilde av individets ressurser. Svarkategorierene kan endres til å gi et sterkere fokus på ressurser og kompetanse.

Hovedpunkter

- Utprøving taler for at egenvurdert funksjon ved hjelp av Norsk funksjonsskjema gir et gyldig mål på funksjon
- Saksbehandlerne opplever skjemaet som nyttig i forhold til sykmeldte
- Videre utvikling og utprøving er nødvendig for å avklare om Norsk funksjonsskjema bør inngå som standardverktøy i trygdens oppfølging av sykmeldte

Prosjektets bakgrunn, formål og organisering

Økningen i sykefravær og uførepensjonering har gjort det nødvendig å prøve nye veier for oppfølging og rehabilitering av sykmeldte. I Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv har arbeidslivets parter og myndighetene uttrykt målsetninger om at sykmeldte kommer tilbake i arbeid raskere og at tidlig pensjonering motvirkes ved tilrettelegging av arbeidet (St.prp. nr. 1). Som et middel vil man legge større vekt på funksjonsevne, uavhengig av hvilken sykdom personen har.

Trygdeetaten har en sentral rolle i å vurdere den sykmeldtes arbeidsevne, funksjonsevne og sykdom. Slike vurderinger skal gjøres på en systematisk måte og forutsetter at saksbehandlerne har god dokumentasjon. Trygdeetaten har i lang tid ønsket bedre kvalitet i funksjonsvurderinger, men hittil har skjemaer ikke vært brukt. Dette prosjektet er et første trinn mot mer omfattende bruk av funksjonsvurderinger i trygden, slik som er etterspurt av Sosialdepartementet.

Som følge av Intensjonsavtalen ble det tatt i bruk en ny sykmeldingsblankett fra 1.7.2002. Denne inneholder en enkel og tidlig funksjonsvurdering, som skal fylles ut av legen etter 2-4 ukers sykmelding. Denne funksjonsvurderingen har vesentlig en signaleffekt og skal varsle arbeidsgiveren om behov for omplassering eller tilrettelegging for å holde arbeidstakeren i arbeid.

Prosjektet "Egenvurdering av funksjon" er ikke primært rettet mot denne tidlige og enkle funksjonsvurdering, men mot seinere faser i sykdomsforløpet da det vil være behov for mer omfattende funksjonsvurderinger. De kan da i hovedsak ha to formål. De kan brukes som hjelpemiddel for å finne passende tiltak. I Sandmanutvalgets rapport ble de sett på som viktige verktøy i arbeidet med å tilbakeføre sykmeldte: "Ved å legge større vekt på funksjon vil det bli lettere å finne fram til riktige tiltak i arbeidslivet" (NOU 2000:27).

De kan også brukes som underlag for å fatte riktige vedtak om ytelser. I rapporten "Kvinnens helse i Norge" ble det sagt at "vurdering av funksjonsevne er et bedre grunnlag for tildeling av trygdeytelser enn kravet til sykdom og diagnose" (NOU 1999:13). Lignende tanker ble videreført i Sandmanutvalgets rapport.

I dette prosjektet er hensikten den første, dvs. å bruke funksjonsvurderinger som hjelp å finne tiltak.

Utviklingen av funksjonsvurderinger og kriterier for disse er nybrottsarbeid. Utfordringene ligger på tre områder:

1. Hvordan kan man beskrive en persons funksjon på en systematisk måte?
2. Hvor nøyaktig skal beskrivelsen være?
3. Hvem skal gjøre vurderingen?

For en systematisk innhenting av opplysninger, trenges standardiserte funksjonsskjemaer. Viktige impulser kan hentes fra medisinsk og epidemiologisk faglitteratur. Ulike skjemaer for egenrapport helse, livskvalitet og funksjon er tatt i bruk av offentlige myndigheter for å beskrive befolkningens helse og av legemiddelforskningen for å påvise effekt av nye legemidler. Flertallet har sin styrke i å påpeke forskjeller mellom grupper, men har ikke vært utviklet for vurdering av enkeltpersoner (Hunt, McKenna et al. 1980; Ware 1992). Det betyr at man ikke kjenner grenseverdier for hva som er så alvorlig tap av funksjon at det ikke er forenlig med arbeid. Hvilke funksjoner som er tatt med i disse skjemaene kan også virke tilfeldig.

I forsikringssammenheng er standardiserte skjemaer for funksjon tatt i bruk i flere land, blant annet England, Nederland og Island. Noen er også tilrettelagt for utfylling av den sykmeldte (Benefits Agency Medical Service 1995; Thorlacius, Stefansson et al. 2001). Det finnes ingen norsk dokumentasjon på at sykmeldte kan besvare et funksjonsskjema slik at det er nyttig for saksbehandlere på trygdekontorene.

Verdens helseorganisasjon avsluttet i år 2001 arbeidet med en ny klassifikasjon for funksjonstap, uførhet og helse (World Health Organization 2001). Denne klassifikasjonen er den første som på en systematisk måte benevner og klassifiserer funksjon. Man må regne med at alle funksjonsskjemaer i fremtiden enten må utgå fra, eller relateres til denne klassifikasjonen.

Spørsmålet om nøyaktighet er den største utfordringen. For å kunne brukes i trygdesammenheng må funksjonsskjemaene gi så mye informasjon om funksjonssvikt og ressurser at de er nyttige i å finne egnete tiltak for den sykmeldte (Brage 2001). De skal ikke bare registrere en generell funksjonssvikt. De må også beskrive hvilken eller hvilke funksjoner og funksjonsområder som er tapt, og hvilke ressurser som finnes. Samtidig kan ikke funksjonsbeskrivelsen være for detaljert. Det vil føre til at den ikke er anvendelig. Nøyaktigheten og omfatningen må settes i relasjon til i hvilken sammenheng skjemaet skal brukes.

Både i Sandman-rapporten og i henhold til Intensjonsavtalen la man til grunn at arbeidstakeren selv skal bidra med opplysninger om sin funksjonsevne. Dette bryter med tidligere praksis, der det har vanlig at pasientens opplevelse av symptomer og funksjonssvikt formidles ved legens erklæringer. Det har ikke vært tradisjon for å spørre pasientene direkte og systematisk om det samme. I dette prosjektet har vi ønsket å utvikle et skjema som den sykmeldte selv fyller ut og som brukes og leses i trygdeetaten uten at behandlende lege kontrollerer opplysningene. Vi ville undersøke om funksjonsvurderinger med den sykmeldte som rapportør kan anvendes i trygden.

Dette er i tråd med etatens mål om økt brukermedvirkning og gjenspeiler den utvikling som man har sett i helsetjenesten med økende vekt på pasientens autonomi og økt eget ansvar for behandling. På sikt vil styrket brukermedvirkning ha flere fordeler. Det vil føre til økt ansvarliggjøring av den sykmeldte selv, og muligens bedre felles forståelse av hans/hennes problemer. Det kan gi en bedret informasjon, med kortere saksbehandlingstid som resultat. Dette vil i sin tur muligens gi en frigjøring av ressurser ved trygdekontorene. Det vil også være avgjørende at den sykmeldte selv diskuterer sine funksjonsbegrensninger med arbeidsgiveren, slik det legges opp til i Intensjonsavtalen.

Man må regne med at standardiserte funksjonsskjemaer vil lede til at det stilles skarpere fokus på funksjonen som sentral i vurdering av ytelser, og at saksbehandlerne etter hvert blir mer vant til å tenke ressurser og funksjon blant sykmeldte. Samtidig er dette et nytt, uvant og vanskelig felt for saksbehandlerne. De har ikke kjennskap til hvordan funksjonsskjemaer skal fortolkes og hvordan opplysningene kan brukes i saksbehandlingen. Man vet ikke om de sykmeldte vil besvare skjemaet i henhold til sin virkelige funksjon eller for å oppnå et mål.

Utviklingen av standardiserte skjemaer for funksjon trenger utprøving for å underlegge skjemaene kritisk, vitenskapelig granskning og for å kvalitetssikre nytten. Man bør også sammenlikne skjemaer som beskriver funksjon eller egenopplevd helse for å finne hvilket som er mest formålstjenlig.

Formål

Prosjektet “Egenvurdering av funksjon” er delt i to delprosjekt:

- I. Utvikling av et standardisert funksjonsskjema som den sykmeldte fyller ut, samt prøving om skjemaet fanger opp funksjonssvikt og ressurser
- II. Testing av nytteverdien av funksjonsskjemaet i trygdeetatens arbeid med sykmeldte

Organisering

Prosjektansvarlig i initialfasen var Ola Heen Strømmen, Oppfølgings- og sykestønadsavdelingen, Rikstrygdeverket, deretter Nanna Stender. Prosjektet har en styringsgruppe med representanter fra Oppfølgings- og sykestønadsavdelingen (Nanna Stender og Jon Haslestad) og Utredningsavdelingen (Liv Torgersen). Arbeidsgruppen består av Nils Fleten, Fylkestrygdekontoret i Troms, Ole Gard Knudsrød, Tønsberg trygdekontor, Harald Reiso, Fylkestrygdekontoret i Aust-Agder, Arne Ryen, Fylkestrygdekontoret i Hedmark og Søren Brage, Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket. Prosjektleder er Søren Brage.

Spørreskjemaet og prosjektprotokollen ble forelagt Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion 2, for vurdering av prosjektets vitenskapelig-etiske sider. Prosjektet ble godkjent av komiteen.

Hva inneholder rapporten?

Rapportens første del omhandler utvikling og utprøving av Norsk funksjonsskjema. I dette arbeidet ble det tatt i bruk statistiske metoder, som kanskje er av begrenset interesse for mange lesere. Ved å lese diskusjonsdelen (s. 30-34) vil leseren få med seg de viktigste funnene.

Rapportens andre del omhandler testingen av Norsk funksjonsskjema i praktisk saksbehandling. I denne analysen ble brukt vanlige metoder, og delen bør leses i sin helhet.

I rapportens tredje del gis overgripende konklusjoner fra begge delprosjektene. Kopier av de brukte spørreskjemaene, en detaljert faktoranalyse til delprosjekt 1, grunntabeller, samt en egen analyse over sammenhengen mellom egenvurdert funksjon og antatt sykefraværslengde er plassert i appendiks mot slutten av rapporten.

Delprosjekt I: Utvikling og utprøving av Norsk funksjonsskjema

Introduksjon

I prosjektet "Egenvurdering av funksjon" prøves, for første gang, spørreskjemaer om funksjon på en gruppe sykmeldte, for derved å beskrive deres funksjonsnivå på en systematisk måte.

Formål

Formålet med delprosjekt I var å utvikle et skjema for egenvurdering av funksjon samt å undersøke om skjemaet fanger opp funksjonssvikt og ressurser.

Problemstillinger

Prosjektet ville besvare følgende problemstillinger:

1. Kan det utvikles et skjema for egenvurdering av funksjon til bruk i trygdeetaten basert på WHO-klassifikasjonen over funksjonsevne, uførhet og helse?
2. Er skjemaets konstruksjon tilfredstillende, dvs. besvares spørsmålene?
3. Gir skjemaet presis informasjon om funksjonstap?
4. Måler skjemaet funksjon og ressurser, dvs er skjemaet valid?
5. Er skjemaet stabilt og pålitelig?

Fordi vårt prosjekt også tok i bruk andre livskvalitets- og funksjonsskjemaer som sammenlikningsgrunnlag, ønsket vi å besvare følgende tilleggsproblemstillinger:

6. Er SF-36 et anvendbart instrument til å undersøke trygdepopulasjoner?
7. Skiller seg de sykmeldte fra normalbefolkningen med henblikk på egenrapport helse og funksjon?

Seleksjon av sykmeldte til tiltak er et problemområde for trygdeetaten. Som en problemstilling i tillegg ville vi også besvare følgende spørsmål:

8. Er egenvurdering av funksjon nyttig for å identifisere sykmeldte der tiltak på arbeidsplassen kan redusere sykefravær eller for identifisere de langvarige fraværene?

Metode

Utvikling av Norsk funksjonsskjema

Ved prosjektets start var Verdens helseorganisasjon i slutfasen med en ny versjon av en klassifikasjon av funksjoner, uforhet og helse, benevnt ICIDH-2. Det ble vurdert som hensiktsmessig å ta utgangspunkt i denne. Den har også generell aksept (Wade og De Jong 2000). ICIDH-2 omfattet ca. 120 ulike aktiviteter, fordelt på åtte domener av funksjon. Domenene omfattet aktiviteter fra det helt enkle og usammensatte, slik som å stå, til mer komplekse og sammensatte, slik som å mestre ansvar i dagliglivet (Nordenfelt 1997). Domenene var fysiske, psykiske og sosiale. ICIDH-2 forelå ved prosjektstart kun på engelsk og termene ble derfor oversatt til norsk av prosjektlederen.

Arbeids- og styringsgruppene i prosjektet hadde flere møter der de vurderte hvilke av de 120 aktivitetene som skulle inngå i et spørreskjema. Spørsmål uten relevans for funksjon i arbeidslivet ble utelatt. Et midlertidig skjema med ca. 45 spørsmål ble utarbeidet og sendt til testing blant 10 saksbehandlere i Aust-Agder og Vestfold. Saksbehandlerne ble bedt om å gi kommentarer til spørsmålene, og hvorvidt de var hensiktsmessige. Deretter ble skjemaet prøvd i et pilotprosjekt, og besvart av 15 sykmeldte ved trygdekontorene i Tønsberg og Hamar. Skjemaet ble revidert etter hver av disse fasene, med endringer av hvilke spørsmål som burde inngå, og hvordan de skulle formuleres.

Skjemaet ble også fremlagt og diskutert på andre møter ved Rikstrygdeverket, i regionale møter i trygdeetaten og ved Universitetet i Oslo. Det ble reist enkelte kritiske kommentarer, som ble tatt hensyn til i utformingen av skjemaet.

I sin endelige form omfattet skjemaet 40 spørsmål. De opprinnelige åtte domenenene ble beholdt, men rekkefølgen ble endret, slik at domener med spørsmål som var følsomme eller nærgående, ble lagt til slutten av skjemaet.

Skjemaet ble innledet med: "Har du hatt vansker med å utføre følgende aktiviteter den siste uken". Det ble valgt å spørre om funksjon sist uke, for å få en gjennomsnittsverdi for personer med sterke svingninger i funksjon. Deretter ble de 40 aktivitetene listet opp. Til hver aktivitet var fire svaralternativer mulige: ingen vansker (1), noe vansker (2), mye vansker (3) og kan ikke (4). I rettleiingen ble det forklart den sykmeldte skulle relatere sine funksjonproblemer til hva som anses vanlig blant andre med samme alder og kjønn. Spørreskjemaet blir kalt Norsk Funksjonsskjema i fortsettelsen og vedlegges i appendiks 1.

WHOs klassifisering ble ratifisert i mai 2001 og endret navn til ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health (World Health Organization 2001)). Aktivitetsdelen omfatter de samme enkelte aktivitetene, men er nå delt i ni domener. I analysen har vi imidlertid forholdt oss til de opprinnelige åtte som var utgangspunktet for konstruksjonen av skjemaet.

For å undersøke validiteten av skjemaet ble to andre spørreskjemaer, SF-36 og CCOP/WONCA, inkludert i undersøkelsen. Det ble stilt spørsmål om bakgrunnskarakteristika.

SF-36

SF-36 måler helserelatert livskvalitet, og er brukt i epidemiologisk og klinisk forskning, samt i forsikringssammenheng. Det inneholder 36 spørsmål, fordelt på åtte dimensjoner. 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. SF-36 kan brukes både for selvrappotering og for intervjuer. Bakgrunnen for

navnet – ”Short Form-36”, er at de fleste av dimensjonene er hentet fra et tidligere og mer omfattende skjema - Medical Outcomes Study. Skjema er internasjonalt anerkjent.

For sammenlikninger mellom friske og syke finnes det et norsk normalmateriale. Dette var et tilfeldig utvalg av den norske befolkningen som besvarte SF-36 (Loge 1998). SF-36 er anvendt i Statistisk sentralbyrås befolkningsundersøkelser og i helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Skjemaet har også vært brukt til å sammenligne syke og friske populasjoner over landegrensene (Freden og Fischer 2000), og til å overvåke populasjoner over tid (Cheng, Coakley et al. 2000). I ett stort internasjonalt prosjekt ”Work Incapacity and Reintegration” brukes fire av dimensjonene i SF-36 for å følge ulike modeller for reintegrering av sykmeldte over tid (Bloch 2001).

En måling av egenrapporterte helseparametre før og etter en intervensjon, kan bidra til å objektivisere nytten av intervensjonen. De enkleste intervensjonene er medikamenter – i form av utprøvinger. I en studie fra USA har man undersøkt bruken av livskvalitetsinstrumenter i legemiddelindustrien. Der var SF-36 det mest anvendte (Cliggott 2001).

Skjemaet kan også brukes for å følge et naturlig forløp av en sykdom. Et eksempel er kronisk tretthetssyndrom, der SF-36 har vært anvendt som delparameter for å måle spontan bedring av sykdommen. Blant amerikanske krigsveteraner fant man at lave skåringer på SF-36 er knyttet til risiko for framtidig medikamentavhengighet (Okano, Billups et al. 2001).

Begrensingen med SF-36 er at den er generell. Det innebærer at endringer som følge av en intervensjon rettet mot en bestemt sykdom ikke alltid vil fanges opp med et slikt skjema. Det kan i mange situasjoner være behov for sykdomsspesifikke skjema.

Spørsmålene i SF-36 er lagt opp med ulike typer av svaralternativ. Noen spørsmål er ja/nei spørsmål, mens andre kan besvares med en av opptil seks forskjellige verdier.

SF-36 er undersøkt når det gjelder validitet og reliabilitet og oppfyller de kravene man kan stille til slike instrumenter. Intern konsistens er større enn 0,85 for alle dimensjoner unntatt sosial funksjon (Brazier, Harper et al. 1992). Respondenten rapporterer opplevd helse og livskvalitet de siste 4 ukene.

Figur 1 Dimensjoner og inngående delspørsmål i SF-36

SF-36 dimensjon	Spørsmål
Fysisk funksjon	gå og løpe, støvsuge, flytte et bord, gå tur, gå i trappen, bøye seg eller sitte på huk, vaske seg og kle på seg
Generell helse	oppfattelse av egen helse, er en like frisk som andre, vil helsen forverres, blir en syk lettere enn andre.
Kroppssmerte	kroppslig smerte de siste fire uker, i hvilken grad har smerter påvirket det daglige arbeid.
Fysisk rolletilpasning	redusert tid brukt på arbeid og andre gjøremål, utrettet mindre enn en ønsker, hindret fra å gjøre visse typer arbeid eller gjøremål, problemer med arbeid eller gjøremål, pga fysisk helse og angitt for de siste fire uker.
Mental helse	følelse av nervøsitet, føle seg så langt nede at ingenting kan muntre en opp, føle seg rolig og harmonisk, føle seg nedfor og trist, føle seg glad
Emosjonell rolletilpasning	redusert tid brukt på arbeid eller gjøremål, utrettet mindre enn en ønsker, utført arbeid eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig pga psykisk helse
Vitalitet	full av tiltakslust, mye overskudd, slitenhet og trøtthet
Sosial funksjon	hvordan fysisk helse eller følelsesmessige problemer har innvirket på vanlig sosial omgang i henholdsvis tid og grad siste fire uker

Det er verdt å merke seg at de to dimensjonene fysisk rolletilpasning og emosjonell rolletilpasning inneholder direkte spørsmål om evnen til å utføre arbeid, henholdsvis betinget

av fysiske begrensinger eller emosjonelle forhold. Flere av dimensjonene måler ikke funksjon direkte, slik som generell helse og kroppssmerter.

Etter at spørsmålene er besvart omregnes svarfordelingen i hver enkelt dimensjon til verdier mellom 0 og 100 (Ware 1992). Høye verdier betegner da god funksjon, helse og livskvalitet. Den norske versjonen av SF-36 ligger vedlagt i appendiks 1.

COOP/WONCA

COOP/WONCA-skjemaet er et allment, kort skjema for selvutfylling som måler funksjon og helse blant pasienter i primærhelsetjenesten. Skjemaet består av seks spørsmål om fysisk form, følelsesmessige problem, daglige aktiviteter, sosiale aktiviteter, forandringer i helsetilstand og samlet helsetilstand, alt relatert til de siste to uker. På hvert spørsmål er det fem svarmuligheter der (1) betegner god funksjon eller ingen problemer og (5) er meget dårlig funksjon eller svært store problemer. Foruten tekst er også enkle bilder knyttet til hvert svaralternativ (Scholten og van Weel 1992; Hutchinson og Kønig-Zahn 1996).

COOP/WONCA har vært brukt i norsk allmennpraksis og synes pålitelig, samtidig som det måler viktige sider ved pasientens funksjon, helse og livskvalitet (Bentsen, Natvig et al. 1997). Reliabilitet og validitet er tilfredstillende. Skjemaet ligger i appendiks 1.

Andre spørsmål

I spørreskjemaet til de sykmeldte ble det inkludert et fem-gradert spørsmål om arbeidsevne, som er utviklet av Reiso (Reiso, Nygard et al. 2000). Det ble også inkludert fem spørsmål om den sykmeldtes oppfatning av sine rehabiliteringsmuligheter. Disse er blitt utviklet av Fleten (Fleten, Johnsen et al. 1999). I tillegg ble stilt spørsmål om kjønn, alder (gruppert 16-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 og 60-69 år), bostedsfylke, hvilke plager de var sykmeldt for, sykmeldingsgrad (angitt i %), yrke, samt grad av fysisk belastning i arbeidet (mest stillesittende, fysisk lett og vekslende, står og går mye, går og løfter mye, samt tungt kroppsarbeid). Svarene på spørsmålene om sykdomsårsak, sykmeldingsgrad og yrke skulle skrives i fri tekst. Alle andre spørsmål hadde alternativer i avkrysningbokser slik at skjemaet kunne leses maskinelt.

Utvalg

Ved prosjektets start knyttet det seg størst interesse til funksjonsvurdering som et ledd i oppfølgingsarbeidet med sykmeldte, slik som er foreslått i Sandman-utvalgets rapport og i Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv. Vi valgte å inkludere sykmeldte som hadde vært borte fra arbeid i seks uker. Da sender trygdekontorene ut et orienteringsbrev om langvarig sykmelding til alle som fortsatt er sykmeldt, og skjemaet ble sendt sammen med dette brevet.

Skjemaene ble sendt sammen med orienteringsbrevet til 798 personer som hadde vært sykmeldt i seks uker. Utsendingen skjedde fra de lokale trygdekontorene i Arendal, Grimstad, Tønsberg, Larvik, Hamar, Ringsaker, Tromsø og Harstad i april 2001 i ferdigstilte konvolutter fra Rikstrygdeverket. I et følgebrev til de sykmeldte ble det lagt vekt på at besvarelsen var anonym og frivillig. Det ble også tydeliggjort at besvarelsen ikke ville ha konsekvenser for saksbehandlingen og for medlemmets rettigheter. De sykmeldte ble bedt om å returnere skjemaene i vedlagte svarkonvolutter til Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket. To uker etter det første brevet sendte trygdekontorene ut et nytt brev med en generelt formulert påminnelse om å sende inn skjemaet.

Det ble returnert 386 skjemaer. Disse blir i fortsettelsen benevnt utvalget.

Statistisk analyse

Skjemaene var tilrettelagt for maskinell lesing av svar. Sykdommene ble kodet av Søren Brage etter ICPC (Bentsen 1991), og yrke ble kodet ved enheten for medisinsk koding,

Utredningsavdelingen, etter Nordisk yrkesklassifisering. Deretter ble skjemaene manuelt kontrollert, og lagt inn for analyse i SPSS database (SPSS, versjon 10,0).

Det ble først gjort en analyse av karakteristika ved utvalget, sammenliknet med Rikstrygdeverkets statistikk over personer med avsluttede sykepengetilfeller lengre enn 6 uker i 2000. I denne analysen ble sykdommene gruppert i 12 diagnosegrupper (se appendiks 3, tab A1). I noen tabeller ble diagnosegruppene ytterligere slått sammen i tre diagnoseområder: muskel- og skjelettsykdommer, psykiske sykdommer, samt andre sykdommer. Yrkeskodene ble gruppert på et-tegnsnivå. Sykmeldingsgrad ble omkodet, slik at 100% sykmelding benevnes "hel", og alle andre sykmeldingsgrader blir kalt "gradert". På spørsmålet om fysisk belastning i arbeidet hadde noen sykmeldte gitt flere svar. Disse ble omkodet, slik at det alternativet som merket av tyngst arbeid, ble brukt.

Svartilbøyeligheten ble undersøkt ved å se på antall ubesvarte spørsmål innenfor hvert funksjonsområde, og på spredningen av svaralternativene. For å beregne gjennomsnitt og standardavvik ble "ingen vansker" gitt verdien (1), "noe vansker" (2), "mye vansker" (3) og "kan ikke" (4).

Hvor godt de enkelte spørsmålene innenfor et funksjonsområde henger sammen med hverandre (dvs. intern konsistens) ble testet i en reliabilitetsanalyse. Svarene uttrykkes med Cronbach's alpha, som kan ha verdier mellom 0 og 1, og der verdier større en 0,70 kan være akseptable, og verdier over 0,85 er meget tilfredstillende. I den første delen av analysen ble dette testet i forhold til skjemaets opprinnelige åtte domener, i analysens andre del i forhold til de syv faktorer som fremkom i faktoranalysen.

Faktoranalyse ble utført som prinsipalkomponentanalyse. Analysen er vedlagt i appendiks 2. I en egen analyse ble forekomsten av svaralternativene "mye vansker" og "kan ikke" undersøkt, da dette kan indikere et mer betydningsfullt funksjonstap.

I undersøkelsen av validiteten av Norsk funksjonsskjema, SF-36, COOP/WONCA og arbeidsevne ble det gjort statistiske analyser (ANOVA, Kruskal-Wallis) for sammenhenger mellom dimensjoner og spørsmål med tanke på om målte forskjeller var uttrykk for tilfeldighet. I undersøkelsen av sammenhengen mellom funksjon og forventet varighet av sykmeldingen ble logistiske regresjonsanalyser benyttet, og for å vurdere hvilke forklaringsverdi de ulike funksjonsmål hadde mot behov for tilrettelegging av arbeidsplass eller sannsynlig varighet av fraværet ble også lineære regresjonsmodeller brukt.

Resultater

Utvalget

Det kom inn 386 svar fra de sykmeldte (svarprosent 48,4), fordelt på 99 fra Aust-Agder, 96 fra Vestfold, 94 fra Hedmark, og 87 fra Troms. Fylke var ikke oppgitt på 10 skjemaer. Antall svar var tilstrekkelig stort for videre analyser.

Tabell 1 Karakteristika for utvalget og for personer med avsluttede sykepengetilfeller lengre enn 6 uker i år 2000. Fordelinger i prosent

Karakteristika	Utvalget (N=386)		Avsluttede sykepenge- tilfeller > 6 uker i Norge i år 2000 (N=313 591)	
	Antall	%	Antall	%
Kjønn				
Menn	154	39,9	133 122	42,5
Kvinner	229	59,3	180 469	57,5
Ikke besvart	3	0,8	-	-
Alder				
16-19 år	3	0,8	1 551	0,5
20-29 år	53	13,7	49 789	15,9
30-39 år	106	27,5	83 102	26,5
40-49 år	102	26,4	77 299	24,6
50-59 år	96	24,9	74 523	23,8
60-69 år	26	6,7	27 327	8,7
Ikke besvart	-	-	-	-
Diagnosegruppe				
Muskel- og skjelettsykdom	192	49,6	157 128	50,1
Psykisk sykdom	45	11,7	52 336	16,7
Luftveissykdom	9	2,3	9 686	3,1
Fordøyelsesykdom	9	2,3	11 277	3,6
Hjerte- og karsykdom	19	4,9	15 919	5,1
Nervesykdom	18	4,7	13 008	4,1
Andre sykdommer	85	22,0	54 152	17,3
Ikke besvart	9	2,3	85	0,0
Sykmeldingsgrad				
Gradert (mellom 20% og 99%)	81	21,0	79 687	25,4
Hel	299	77,5	233 904	74,6
Ikke besvart	6	1,6	-	-

Vårt utvalg ble sammenliknet med avsluttede sykepengetilfeller lengre enn 6 uker i år 2000 (tab 1). I begge grupper var det flere sykmeldte kvinner enn menn, noe mer uttalt i vårt utvalg. Personer i alderen 20-29 år var underrepresenterte i vårt utvalg. Fordelingen mellom ulike diagnoser var i vårt utvalg forskjellig fra normalmaterialet. Særlig mentale sykdommer var underrepresentert. Alle yrkesgrupper i Nordisk Yrkesklassifisering, med unntak av bergverks- og gruvearbeidere, var representerte.

Norsk funksjonsskjema

Besvarelse av spørsmål

Gjennomgående var det høy svarprosent på de enkelte spørsmålene fra personer som hadde returnert spørreskjemaet. Antallet ubesvarte varierte mellom 5 og 37 (1,3% - 9,6%) på hvert av de 40 spørsmålene i Norsk funksjonsskjema. I gjennomsnitt var 3,9% av spørsmålene ubesvart (tab 2).

Tabell 2 Antall ubesvarte samt prosentfordeling av svar på de enkelte spørsmål i Norsk funksjonsskjema med angivelse av gjennomsnittverdi og standardavvik.

Har du hatt vansker med å utføre følgende aktiviteter den siste uken:	Antall ubesvart (n)	Ingen vansker (%)	Noe vansker (%)	Mye vansker (%)	Kan ikke (%)	Gjennomsnitt	Standardavvik
1. Stå	15	61	26	12	0	1,51	0,71
2. Sitte på en kjøkkenstol	18	73	20	6	1	1,35	0,63
3. Løfte en tom brusflaske fra gulvet	19	58	25	9	8	1,67	0,94
4. Bære handleposer i hendene	13	41	30	20	8	1,96	0,97
5. Bære en liten sekk på skuldrene eller ryggen	21	55	26	14	5	1,70	0,90
6. Plukke opp en mynt fra et bord med fingrene	18	89	8	3	0	1,14	0,44
7. Holde og styre et ratt med hendene	24	81	14	4	1	1,25	0,59
8. Skyve og dra med armene	17	50	27	18	5	1,77	0,91
9. Gå korte avstander på flat mark (mindre enn 1 kilometer)	15	69	23	6	3	1,43	0,73
10. Gå lange avstander på flat mark (mer enn 1 kilometer)	12	47	26	18	8	1,87	0,99
11. Gå på skiftende underlag	22	57	27	13	3	1,61	0,81
12. Gå i trapper	12	52	28	19	1	1,68	0,80
13. Bruke bil som passasjer	26	81	16	3	0	1,22	0,48
14. Bruke kollektivtransport (buss, tog) som passasjer	31	72	19	8	1	1,39	0,70
15. Kjøre bil	22	62	27	6	5	1,55	0,83
16. Handle dagligvarer	15	57	32	8	3	1,56	0,76
17. Lage mat	16	66	29	4	1	1,41	0,64
18. Gjøre vanlig rengjøring (inkl gulvvask og støvsuging)	6	25	36	30	9	2,23	0,93
19. Gjøre klesvask	13	52	32	13	3	1,68	0,82
20. Se på fjernsyn	13	86	13	2	0	1,17	0,43
21. Lytte til radio	13	92	7	1	0	1,10	0,37
22. Være oppmerksom og konsentrert	9	54	32	14	0	1,61	0,73
23. Huske	8	61	30	9	0	1,48	0,66
24. Oppfatte muntlige beskjeder	8	78	19	3	0	1,25	0,49
25. Oppfatte skriftlige beskjeder	10	88	10	2	0	1,14	0,41
26. Snakke	10	89	9	1	0	1,13	0,39
27. Skrive	11	79	16	5	0	1,26	0,54
28. Delta i samtale med flere personer	5	71	22	7	1	1,37	0,63
29. Bruke telefon	8	87	10	3	0	1,16	0,44
30. Utføre vanlige oppgaver alene	14	61	31	8	1	1,48	0,66
31. Arbeide i gruppe	29	69	20	9	2	1,44	0,75
32. Rettlede andre i deres aktiviteter	37	70	22	6	2	1,40	0,68
33. Mestres ansvar i dagliglivet	22	60	32	8	1	1,50	0,68
34. Mestres dagliglivets påkjenninger og belastninger	15	30	43	26	2	1,99	0,80
35. Drive med dine fritidsaktiviteter	16	24	37	25	14	2,28	0,99
36. Kle av og på deg	6	62	33	5	0	1,43	0,58
37. Ta på sko og strømper	6	59	31	10	0	1,51	0,67
38. Ha kontroll med vannlating og avføring*	10	89	7	3	0	1,14	0,44
39. Takle kritikk	9	62	28	9	0	1,47	0,67
40. Styre sinne og aggresjon	12	60	33	6	1	1,47	0,65

* Spørsmålet er seinere fjernet.

To spørsmål pekte seg ut med henblikk på betydelig funksjonstap hos mange individer. Spørsmål 18 ”Gjøre vanlig rengjøring (inkl gulvvask og støvsuging)” og spørsmål 35 ”Drive med dine fritidsaktiviteter”. Ved begge var det kun en mindre andel, henholdsvis 25% og 24%

av de sykmeldte som anga at de ikke hadde vansker med å utføre dette. Disse to spørsmålene hadde også gjennomsnittsverdier over 2.

Fordelingen av svar var tydelig skjev. 10 spørsmål hadde en gjennomsnittsverdi mellom 1,10 og 1,26, noe som ligger nært ”ingen vansker”. De fleste spørsmålene hadde en gjennomsnittsverdi mellom 1,35 og 1,70, det vil si omtrent midt mellom ”ingen vansker” og ”noe vansker”. Standardavviket var lavt på alle spørsmålene, mellom 0,37 og 0,99.

Gruppering av spørsmål

I Norsk funksjonsskjema i delprosjekt 1 brukte vi WHO's inndeling i 8 domener (se appendiks 1). Vi undersøkte først hvor godt WHO's inndeling reflekterte enkeltspørsmålenes innbyrdes sammenheng i en reliabilitetsanalyse med Cronbach's alpha. Denne baseres på korrelasjoner mellom de enkelte spørsmålene innenfor en domene eller område. Alpha kan ha en verdi mellom 0 og 1 innenfor hvert område. Høye verdier peker på en god indre konsistens. I psykometriske tester anses verdier over 0,85 å være meget tilfredsstillende, mens verdier mellom 0,70 og 0,84 er akseptable.

Tabell 3 WHO's inndeling i domener. Intern konsistens

Domene	Spørsmål nummer	Cronbachs alpha
Førlighet	1-8	0,82
Forflytning	9-15	0,86
Huslige aktiviteter	16-19	0,85
Læring og bruk av kunnskap	20-23	0,77
Kommunikasjon	24-29	0,83
Komplekse aktiviteter	30-35	0,83
Egenpleie	36-38	0,57
Mellommenneskelige aktiviteter	39-40	0,76

To av domene, ”forflytning” og ”huslige aktiviteter”, hadde god intern konsistens, ”egenpleie” hadde svært dårlig, mens resten hadde akseptabel konsistens. Dette var ikke optimalt, hvorfor det ble utført faktoranalyse for å undersøke underliggende dimensjoner i vårt skjema.

Faktoranalyse

I en faktoranalyse kan man undersøke om det finnes underliggende komponenter (”dimensjoner” eller ”faktorer”) som påvirker flere spørsmål og gjør at de fleste individer svarer på en bestemt måte på andre spørsmål, gitt at de svarer likt på ett. Vi utførte faktoranalyser på Norsk funksjonsskjema. Hovedtrekk av analysene er vedlagt i appendiks 2.

De syv faktorer som ble funnet ble kalt funksjonsområder. De avviker fra inndelingen i domener i ICDH-2. Fire av funksjonsområdene inkluderte spørsmål om fysisk funksjon. Disse var relatert til å gå, holde/plukke, løfte/bære og å sitte. De resterende tre funksjonsområdene inkluderte spørsmål som i hovedsak var psykiske, men også noe sosiale. Disse områdene var relatert til å mestre, kommunisere og se/høre. Spørsmål 38 ”Ha kontroll med vannlating og avføring” hadde ikke sammenheng med noe annet spørsmål, og ble fjernet i den videre analysen. Etter hvert ble spørsmålet også tatt vekk i fase 2 av prosjektet fordi det var ansett å være lite hensiktsmessig i saksbehandlingen, og dessuten kunne oppfattes som for nærgående.

De syv faktorene hadde god intern konsistens (Cronbach's alpha mellom 0,76 og 0,89).

Vi beregnet en skåre for hver persons besvarelser på hvert funksjonsområde. For beregningen brukte vi en tallfesting fra 1 til 4 på hvert spørsmål, der 1 betegner normal funksjon og 4 helt

tap av funksjon. Innenfor hvert område ble svarene for hver person summert og deretter dividert med antallet besvarelser som han/hun har gitt. Vi fikk da en skåre for hvert enkelt område av spørreskjemaet for hver person.

Tabell 4 Funksjonsområder, gjennomsnittskårer samt fordeling av skårer i Norsk funksjonsskjemas funksjonsområder

Funksjonsområde	Inkluderer spørsmål nr.	Gjennomsnittskåre	Fordeling av skårer		
			Skåre 1,00 (%)	Skåre 1,01-2,00 (%)	Skåre 2,01-4,00 (%)
Fysisk - gå/stå	1, 9, 10, 11, 12, 16, 37	1,60	27	49	24
Fysisk - holde/plukke	6, 7, 15, 17, 27, 30, 35, 36	1,48	16	74	10
Fysisk - løfte/bære	3, 4, 5, 8, 18, 19	1,85	21	41	38
Fysisk - sitte	2, 13, 14	1,33	62	30	8
Psykisk - mestre	22, 31, 32, 33, 34, 39, 40	1,56	20	62	18
Psykisk - kommunisere	23, 24, 25, 26, 28, 29	1,27	54	40	6
Psykisk - se/høre	20, 21	1,13	84	14	2
Totalt		1,52	2	88	10

Samlet sett anga 2% av de sykmeldte at de hadde "ingen vansker" på alle 39 enkeltspørsmål. De fleste anga altså funksjonstap i større eller mindre grad. Standardavvik for de syv områdene var 0,36-0,72.

Høyest gjennomsnittskåre blant de sykmeldte var på området "løfte/bære" (1,85), lavest på "se/høre" (1,13). Gjennomsnittskåre for hele skjemaet var 1,52. De forholdsvis lave gjennomsnittskårene gjenspeiler det faktum at mange personer hadde mye tapt funksjon på kun noen få enkeltfunksjoner.

Validitet

Hvor godt Norsk funksjonsskjema måler ressurser og funksjonsnivå, det vil si skjemaets validitet, er et avgjørende spørsmål. Her finnes ingen "gullstandard" som skjemaet kan måles imot, men man kan få mer eller mindre sterke argumenter for skjemaets gyldighet ved å undersøke skjemaets logiske kvaliteter, skjemaets konstruksjon og innhold i forhold til andre kjente fakta, samt sammenlikninger av skjemaets deler med andre instrumenter med kjent validitet.

Skjemaet var utviklet fra ICIDH-2. Denne klassifisering er utarbeidet på basis av mange års erfaring med tidligere funksjonsklassifiseringer, med bruk av konsensuskonferanser og ekspertgrupper og skulle, i og for seg, være en god grunn å anta at de enkelte spørsmålene i skjemaet gjenspeiler mange års erfaring med funksjonsmålinger. Tilretteleggingen av skjemaet og utformingen av spesifikke spørsmål for trygdens bruk har skjedd i samarbeid med trygdeansatte med lang erfaring.

Holdbarheten i skjemaet kan kontrolleres mot bakgrunns karakteristika hos de svarende. Det ble innhentet opplysninger om kjønn, alder, sykmeldingsgrad, grad av belastning i arbeidet og medisinsk grunn til sykmelding. Ut fra hva som er kjent fra tidligere vitenskapelige studier kan man på forhånd anta visse sammenhenger mellom karakteristika og hvordan sykmeldte svarer på ulike funksjonsspørsmål. Ved gradert sykmelding kan man, eksempelvis forvente en bedre generell funksjon.

Spesielt må man forvente betydelige forskjeller mellom individer avhengig av hvilken sykdom som ligger bak sykmeldingen. For tabell 5 ble beregnet gjennomsnittskårer for funksjonsområder og disse ble sammenlignet med hvilken sykdom den sykmeldte selv mente han/hun hadde.

Tabell 5 Gjennomsnittskårer for funksjonsområder etter diagnosegruppe og diagnoseområde

Diagnosegruppe	Antall	Fysisk-gå/stå	Fysisk-holde/plukke	Fysisk-løfte/bære	Fysisk-sitte	Psykisk-mestre	Psykisk-kommunisere	Psykisk-sanser	Hele skjemaet
Ryggsykdommer	56	1,98	1,62	2,21	1,89	1,50	1,23	1,17	1,69
Nakkesykdommer	24	1,56	1,49	2,14	1,30	1,45	1,18	1,11	1,55
Skuldersykdommer	18	1,37	1,69	2,45	1,07	1,35	1,10	1,06	1,52
Skader i musk.skjelsys	27	1,75	1,71	2,16	1,24	1,31	1,15	1,10	1,61
Andre musk.skjelsykd	67	1,88	1,54	1,93	1,31	1,35	1,14	1,05	1,53
Depresjon	20	1,21	1,30	1,25	1,22	2,07	1,63	1,37	1,47
Andre psyk. sykdomm	25	1,22	1,38	1,29	1,33	2,18	1,65	1,27	1,51
Fordøyelsessykd	9	1,30	1,10	1,39	1,04	1,22	1,06	1,00	1,19
Hjerte- og karsykd	19	1,55	1,30	1,83	1,09	1,46	1,26	1,03	1,42
Nervesykdommer	18	1,54	1,55	1,89	1,33	1,66	1,50	1,28	1,57
Luftveissykdommer	9	1,65	1,39	1,66	1,33	1,52	1,34	1,06	1,48
Alle andre sykdommer	85	1,44	1,39	1,62	1,20	1,67	1,27	1,13	1,45
Signifikansnivå*		$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p=0,02$	$p=0,009$
Diagnoseområde									
Muskel- skjelettsykd.	192	1,80	1,60	2,12	1,45	1,40	1,17	1,10	1,59
Psykisk sykdom	45	1,22	1,34	1,27	1,28	2,13	1,64	1,31	1,49
Andre sykdommer	140	1,47	1,38	1,67	1,20	1,60	1,29	1,12	1,45
Signifikansnivå*		$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,01$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p=0,002$	$p=0,003$

*Signifikans testet med ANOVA

Tabellen viser betydelige forskjeller mellom ulike diagnosegrupper og diagnoseområder. Spesielt kan vi peke på ulikhetene mellom muskel- og skjelettsykdommer og mentale sykdommer. Personer med muskel- og skjelettsykdommer hadde sterkt redusert aktivitet hva gjelder gå/stå, holde/plukke, løfte/bære og sitte. Personer med mentale sykdommer, derimot hadde god funksjon hva gjelder disse områdene.

På den annen side var funksjonsnivået for personer som var sykmeldt på grunn av en mental sykdom svært redusert i psykiske funksjonsområder, som mestre, kommunisere og sanser. På disse områdene hadde sykmeldte med muskel- og skjelettsykdommer en betydelig bedre funksjon.

Også hvis man går inn i mer detaljert studium av tabell 5 vil man finne at funksjonsnivået på ulike områder avspeiler underliggende sykdom. Sykmeldte med ryggsykdommer hadde dårligst funksjon av alle når det gjelder gå/stå og å sitte. Personer med skuldersykdommer hadde, som forventet, ingen problemer med å sitte, men med løfte/bære og i viss monn med å holde/plukke.

Vi sammenliknet deretter andre bakgrunns karakteristika (kjønn, alder, fylke, fysisk arbeidsbelastning og gradert sykmelding) blant de sykmeldte med deres gjennomsnittskåre for ulike funksjonsområder (appendiks 3, tab A2). Ingen av forskjellene i funksjonsnivå mellom menn og kvinner var i denne undersøkelsen signifikante. Ikke heller var det systematiske forskjeller i egenvurdering av funksjon etter fylke. Det var en tendens til økende generelt funksjonstap med alderen men forskjellene var så små at de ikke ble signifikante. Personer med gradert sykmelding hadde et betydelig bedre fysisk funksjonsnivå enn personer med hel sykmelding. Det var ingen forskjeller i mestring, kommunikasjon og sanser. Personer med

tyngre arbeid viste dårligere funksjon i forhold til å løfte/bære enn personer med lettere eller mer vekslende arbeid.

Vi undersøkte validiteten ved å sammenlikne tilsvarende funksjonsområder i Norsk funksjonsskjema og andre funksjonstester; SF-36, COOP/WONCA og et spørsmål om arbeidsevne. Vi forventet høy korrelasjon mellom fysiske dimensjoner i Norsk funksjonsskjema og i SF-36, men lav mellom fysiske funksjoner i det ene instrumentet og psykiske i det andre. De fysiske funksjonsområdene gå/stå, holde/plukke, løfte/bære og sitte korrelerte høyt med de tre fysiske dimensjonene fysisk funksjon, kroppssmerte og fysisk rolle tilpasning i SF-36 (appendiks 3, tab A3). De korrelerte også høyt med dimensjonene generell helse og sosial funksjon, men ikke eller lavt med de psykiske dimensjonene mental helse, emosjonell rolle tilpasning og vitalitet i SF-36. De mentale funksjonene mestre, kommunisere og se/høre, derimot, korrelerte høyt med de mentale dimensjonene i SF-36, med generell helse og sosial funksjon, men ikke med de fysiske dimensjonene.

COOP/WONCA-skjemaet har seks dimensjoner, hvorav to, fysisk form og følelsesmessige problemer er typiske funksjonsdimensjoner (appendiks 3, tab A4). Det var høye korrelasjoner mellom de fire fysiske funksjonsområdene i Norsk funksjonsskjema og fysisk form i COOP/WONCA, (0,28/0,55), men lave korrelasjoner til følelsesmessig problem (0,05/-0,12). Tilsvarende var korrelasjonene høye mellom psykiske funksjonsområder i Norsk funksjonsskjema og følelsesmessig problem i COOP/WONCA (0,23/0,63), og lave med fysisk form (-0,00/-0,02).

Spørsmålet om arbeidsevne var følgende: ”I hvilken grad er din evne til å utføre ditt vanlige arbeid nedsatt akkurat i dag”. Det var signifikante korrelasjoner mellom arbeidsevnespørsmålet og alle funksjonsområder i Norsk funksjonsskjema, spesielt høyt for løfte/bære (0,44) og mestre (0,38) (appendiks, tab A4).

Betydelig funksjonstap

For å få en oppfatning om størrelsen på funksjonstap beregnet vi hvor stor andel av utvalget som på ulike funksjonsområder anga ”mye vansker” eller ”kan ikke” på minst ett av de inngående enkeltspørsmålene (tab 6).

Tabell 6 Andel med betydelig funksjonstap i hvert funksjonsområde og totalt

Funksjonsområde	Antall svar	Andel med minst ett betydelig funksjonstap
Fysisk - gå/stå	384	39,6%
Fysisk - holde/plukke	383	45,7%
Fysisk - løfte/bære	382	52,6%
Fysisk - sitte	373	13,9%
Psykisk - mestre	385	34,0%
Psykisk - kommunisere	384	16,1%
Psykisk - se/høre	375	2,1%
Totalt	386	78,2%

Hvis vi ser på hele skjemaet, så anga 78,2% av de sykmeldte at de har minst ett betydelig funksjonstap, dvs. at de svarte ”mye vansker” eller ”kan ikke” på minst ett spørsmål.

Fire områder var viktige når det gjaldt betydelig funksjonstap. På de fysiske funksjonsområdene ”gå/stå”, ”holde/plukke” og ”løfte/bære” samt det psykiske ”mestre” anga mer enn en tredel av de sykmeldte at de hadde minst ett betydelig funksjonstap. På øvrige områder anga mindre enn en seksdel at de hadde betydelig funksjonstap.

SF-36

SF-36 er mye brukt for å sammenlikne grupper i befolkningen. Vi kan derigjennom sammenlikne det generelle funksjonsnivået i vårt utvalg med andre undersøkte grupper.

Svarsfordeling

Vi sammenliknet vårt utvalg med to populasjoner, først med en norsk normalbefolkning fra en større undersøkelse av Loge (Loge 1998). Fra den studien er resultatene presentert delt på kjønn. Vi har også sammenliknet med materiale fra engelsk allmennpraksis, der SF-36 inngikk som kontroll til utprøving av et annet selvrapporteringskjema og der inklusjonskriterium var symptomer på sykdom av minst 8 dagers varighet (Paterson 1996).

Tabell 7 Gjennomsnittskårer for SF-36 dimensjoner blant personer sykmeldt i 6 uker, i et norsk normalmateriale (Loge 1998), samt en engelsk allmennpraksispopulasjon (Paterson 1996)

SF-36 dimensjon	Sykmeldte >6 uker		Norsk normalmateriale		Engelske allmennpraksis- pasienter med sykdom >8 dager
	Antall	Skåre	Menn	Kvinner	
Fysisk funksjon	373	64	90	85	68
Generell helse	366	62	77	76	57
Kroppssmerte	379	39	77	73	52
Fysisk rolletilpasning	374	17	81	75	43
Mental helse	369	64	80	78	63
Emosjonell rolletilpasning	370	52	85	79	57
Vitalitet	371	39	63	57	44
Sosial funksjon	382	57	88	84	61

I SF-36 betyr en lav skåre dårlig funksjon og helse eller mye smerter. De to dimensjonene fysisk rolletilpasning og emosjonell rolletilpasning hadde de laveste skårene, sammenliknet med det norske normalmaterialet. Sammenliknet med den engelske studien, hadde vårt utvalg lavere skåre på fysisk rolletilpasning og kroppssmerte, men var ellers temmelig like.

Validitet

Som for Norsk funksjonsskjema fant vi signifikante forskjeller mellom diagnoseområde og de ulike dimensjonene (tab 8).

Tabell 8 Gjennomsnittskårer for SF-36 dimensjoner etter diagnoseområder blant sykmeldte etter 6 uker (N=386)

Diagnosegruppe	Fysisk funksjon	Generell helse	Kroppss- smerte	Fysisk rolletil- pasning	Mental helse	Emosjo- nell roll- tilpasn.	Vitalitet	Sosial funksjon
Muskel-/skj.sykdom	56	61	27	10	71	66	44	63
Psykisk sykdom	91	57	65	50	37	13	26	35
Alle andre sykdommer	67	64	47	17	64	48	36	56
<i>Totalt</i>	64	62	39	17	64	52	39	57
<i>Sign. nivå (ANOVA)</i>	<0,001	0,29	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Khi-kvadrat (Kruskal- Wallis)</i>	90,3	12,5	65,9	60,7	76,5	46,2	31,0	38,9
<i>DF</i>	8	8	8	8	8	8	8	8
<i>Sign. nivå (asymptot.)</i>	<0,001	0,13	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Det fremkom tydelige forskjeller i skårer for ulike dimensjoner etter diagnose (tab 8). For fysisk funksjon hadde personer som var sykmeldt for en muskel- og skjelettsykdom en skåre på 56, mens de med psykisk sykdom hadde en skåre på 91. For mental helse fant vi det motsatte, nemlig at de med psykisk lidelse skåret lavest, 37, mens de med muskel- og skjelettlidelser skåret 71. Dette kan tyde på at de fleste enten hadde tapt fysisk funksjon eller tapt psykisk funksjon, sjelden begge deler.

Det fremkom ellers variasjoner mellom diagnosegrupper innenfor hvert hoveddiagnoseområde, hvor særlig muskel/skjelettlidelsene viste variasjon. De statistiske tester som er angitt i tabell 8 ble gjort for hver enkelt dimensjon separat, unntatt den nederste i tabellen, som er resultatene fra en test med alle dimensjonene mot alle diagnosegruppene samtidig. Det ble da små tall i enkelte grupper, men forskjellene er fortsatt signifikante, bortsett fra for generell helse.

Vi undersøkte også demografiske data som alder, kjønn, grad av sykmelding og fylke relatert til hver enkelt dimensjon (appendiks 3, tab A5). Det var signifikant høyere vitalitet blant sykmeldte menn, ellers fant vi ingen forskjeller etter kjønn. Det fremkom ingen vesentlige forskjeller for alder. Ikke heller fremkom forskjeller i noen av dimensjonene for gradert/hel sykmelding. Svarfordelingen og gjennomsnittskårer var også lik i alle de representerte fire fylkene.

COOP/WONCA og arbeidsevne

COOP/WONCA-skjemaet ble brukt i Ullensaker-undersøkelsen, der et representativt utvalg av befolkningen i en norsk kommune ble tilsendt et spørreskjema i 1994 (Natvig, Nessiøy et al. 1995).

Tabell 9 Gjennomsnittskårer for COOP/WONCA blant sykmeldte 6 uker i 2001 og i Ullensakerundersøkelsen 1994.

COOP/WONCA dimensjon	Sykmeldte 6 uker (n=371)	Normalbefolkning i alder 24-66 år (n=2 864)
	Gjennomsnittskåre	Gjennomsnittskåre
Fysisk form	3,01	2,05
Følelsesmessig problem	2,76	2,09
Daglige aktiviteter	3,19	1,71
Sosiale aktiviteter	2,65	1,64
Helseforandringer ¹	2,63	-
Samlet helsetilstand	2,90	2,19

¹ Ikke brukt i Ullensaker-undersøkelsen

De sykmeldte i vårt utvalgt skåret betraktelig dårligere (mer problem, mindre aktiviteter) enn normalbefolkningen fra Ullensaker 1994. Dette var spesielt uttalt på vansker å kunne utføre sine daglige aktiviteter over den siste 14 dagers perioden.

Tabell 10 Egenvurdert arbeidsevne etter 6 ukers sykmelding

Egenvurdering av arbeidsevne	n	%
Svært mye nedsatt	137	35,8
Mye nedsatt	125	32,6
Middels nedsatt	79	20,6
Ikke særlig nedsatt	28	7,3
Ubetydelig nedsatt	14	3,7
Totalt	383*	100

*3 personer mangler arbeidsevne vurdering

Frekvensfordelingen av egenvurdert arbeidsevne framgår av tabell 10. 11 prosent vurderte arbeidsevnen ikke særlig eller ubetydelig nedsatt, mens 36 prosent vurderte den som svært mye nedsatt. Resultatet er i samsvar med Reiso og medarbeideres funn fra Aust-Agder (Reiso, Nygard et al. 2000).

Validitet

Tabell 11 viser gjennomsnittskårer for COOP/WONCA funksjonsområdene og arbeidsevnespørsmålet sammenlignet med hvilke sykdommer de sykmeldte selv mener de hadde. I COOP/WONCA-skjemaet betyr lav skåre lite problemer, mens lave verdier i spørsmålet om arbeidsevne tyder på mye nedsatt arbeidsevne.

Tabell 11 Gjennomsnittskårer for COOP/WONCA og arbeidsevne etter diagnosegruppe

Diagnosegruppe	Antall	Fysisk form	Følelser	Daglige aktiviteter	Sosiale aktiviteter	Helseforandring	Samlet helse-tilstand	Arbeidsevne
Ryggsykdommer	56	3,45	2,44	3,49	2,78	2,76	3,02	2,00
Nakkesykdommer	24	2,91	2,26	3,17	2,21	2,50	2,71	2,33
Skuldersykdommer	18	2,89	2,47	3,56	2,22	2,72	2,72	1,61
Skader i musk.skjel.sys.	27	3,27	2,15	3,50	2,23	2,46	2,54	1,85
Andre musk.skjel.syk.	67	3,29	2,39	3,18	2,40	2,77	2,83	2,02
Depresjon	20	2,50	4,53	3,39	3,79	2,50	3,58	2,16
Andre psyk. sykd.	25	2,42	4,13	3,08	3,50	2,83	3,33	2,00
Fordøyelsessyk.	9	3,22	2,33	3,00	2,56	2,56	3,22	2,22
Hjerte- og karsyk.	19	3,06	2,47	2,93	2,27	2,47	2,87	2,11
Nervesykdommer	18	3,06	2,94	3,12	2,76	2,71	2,82	2,33
Luftveissykdommer	9	3,13	3,00	2,50	3,00	2,22	2,88	2,22
Alle andre sykdommer	85	2,75	2,79	2,99	2,61	2,53	2,82	2,28

Signifikansnivå* $p = 0,005$ $p < 0,001$ $p = 0,03$ $p < 0,001$ $p = 0,43$ $p = 0,04$ $p = 0,46$

*Signifikans testet med ANOVA

Personer med muskel- og skjelettsykdommer hadde sterkt redusert aktivitet når det gjelder fysisk form og daglige aktiviteter. Personer med mentale sykdommer hadde derimot god funksjon med tanke på fysisk form, men nedsatt funksjon vedrørende følelser og sosiale aktiviteter. Arbeidsevnen var mest nedsatt hos personer med skuldersykdommer.

Skårene fra COOP/WONCA skjemaet og spørsmålet om arbeidsevne ble også vurdert mot de sykmeldtes kjønn, alder, sykmeldingsgrad og grad av belastning i arbeidet (appendiks 3, tab A6). Det var ikke signifikante forskjeller mellom menn og kvinner i funksjonsnivå. Det var ikke systematiske tegn til økt funksjonstap med personenes alder, men det var tendens til nedsatt fysisk form med alder. Det var heller ikke systematiske forskjeller i egenvurdering av funksjon etter fylke, bortsett fra at Vestfold og Hedmark skåret dårligere på fysisk form i COOP/WONCA enn Aust-Agder og Troms.

Personer med gradert sykmelding skåret signifikant bedre på fysisk form, og vurderte sin arbeidsevne som signifikant mindre nedsatt, enn personer med hel sykmelding. Det var ikke tegn til at personer med tyngre arbeid vurderer sin fysiske form som dårligere, eller sin arbeidsevne som mer nedsatt, enn personer med mindre fysisk anstrengende arbeid.

Andre spørsmål

De sykmeldtes egen tro på fremtiden og forholdet til arbeidsplassen har betydning for videre trygdeytelser. Vi forventet at den egenvurderte funksjonsevnen hadde sammenheng med slike forventninger. I spørreskjemaet hadde vi inkludert spørsmål om hvor lenge de forventet å

være sykmeldt, hva de trodde om utfallet av sykmeldingen, samt deres vurdering om tilrettelegging på arbeidsplassen kunne medføre at de kunne gå tilbake til arbeid nå eller om sykefraværet ville bli avkortet ved slik tilrettelegging.

Svarsfordelinger

For å vise de sykmeldtes forventninger til lengden på fraværet, slo vi sammen kategorier for å fremheve forskjeller. 33% forventet meget kort sykmelding, mens 8% ventet seg en meget lang sykmelding. Like stor andel av menn og kvinner forventet en kort sykmelding, men det var mange flere menn enn kvinner som forventet en meget lang sykmelding (tab 12).

Tabell 12 Fordeling av egenvurdert prognose for tilbakegang til arbeid blant sykmeldte ved 6 ukers sykmelding etter kjønn (n=359)

Antatt tilbakegang til arbeid om	Menn		Kvinner		Menn og kvinner	
	antall	%	antall	%	antall	%
Mindre enn 1 måned	48	32,9	69	32,7	117	32,6
1-10 måneder	78	53,4	133	63,1	213	59,3
Mer enn 10 måneder	20	13,7	9	4,3	29	8,1
Totalt	146	100	211	100	359	100

De sykmeldte ble også spurt om hvilket resultat de forventet etter endt sykmelding. Flertallet, 68%, ventet seg friskmelding tilbake til arbeid. Ni prosent mente de vil gå over på uførepensjon. Ytterligere fem prosent mente de vil gå over på attføring eller rehabiliteringspenger, begge som indikator på at sykefraværet forventes å bli langvarig.

De sykmeldte ble spurt om tilrettelegging på arbeidsplass kunne medføre at de kunne gå tilbake til arbeid nå eller om sykefraværet ville bli avkortet ved slik tilrettelegging (tab 13).

Tabell 13 Egenvurdering om en kunne gå tilbake til arbeidet nå dersom det ble iverksatt tiltak på arbeidsplassen og om tiltak på arbeidsplassen kan redusere dette sykefraværet enten ved redusert lengde eller ved delvis sykmelding

	Tilbake hvis tiltak		Reduksjon hvis tiltak	
	n	%	n	%
Helt sikkert ikke	107	28,7	105	28,2
Mest trolig ikke	100	26,8	102	27,4
Vet ikke	79	21,2	79	21,2
Mest trolig ja	54	14,5	61	16,4
Helt sikker ja	33	8,8	25	6,7
Totalt	373*	100	372*	100

* Henholdsvis 13 og 14 personer manglet vurdering

Svarene på de to spørsmålene var like, med høy grad av korrelasjon (Spearman's korrelasjonskoeffisient 0,7). 23% mente at de kunne gå tilbake dersom tiltak ble iverksatt, og samme andel trodde tiltak kunne redusere det aktuelle sykefraværet. For personer med psykiske lidelser var andelene henholdsvis 14% og 12%, noe som tyder på mindre tro på tiltak enn blant personer med muskel- og skjelettsykdommer. Forskjellen var imidlertid ikke signifikant.

Sammenheng mellom funksjonsvurderinger og forventet lengde av sykefraværet

Det foreligger ennå ikke data fra prosjektet som viser hvor langt sykefravær de sykmeldte hadde. I stedet undersøkte vi sammenhengen mellom egenvurdert funksjon og hvor lenge den sykmeldte selv trodde han/hun vil bli sykmeldt. I analysen ble det brukt lineære regresjonsmodeller, der variablene i de ulike funksjonsskjema ble inkludert for så å bli

ekskludert med grense $p=0,10$. Forklaringsverdien av modellene ble vurdert ved R^2 . Analysen ligger vedlagt i appendiks 4.

For alle tre funksjonsskjemaene var sammenhengen svak, men tydeligst i sammenheng med forventet fravær lengre enn 10 måneder.

Det ble også undersøkt hvilken betydning de enkelte spørsmålene i hvert funksjonsskjema hadde. Spørsmål om generell helse og om generell arbeidsevne samsvarte i betydelig grad med forventet lengde på sykefraværet. Andre funksjonsspørsmål hadde kun marginal betydning.

Sammenhengen mellom funksjon og forventet resultat av sykmelding var ikke heller sterk. Derimot var egenvurdert lengde klart korrelert til sannsynlig mer varige trygdeytelser med korrelasjonskoeffisient på 0,46. I en regresjonsmodell (justert R^2 0,46; $F = 34,1$ med 8 variabler) hadde også alder og generell helse betydning for forventet resultat (appendiks 4, tab A16).

Sammenheng mellom funksjonsvurderinger og troen på tiltak

Vi undersøkte sammenhengen mellom egenvurdert funksjon og troen på å kunne gå tilbake til arbeidet nå dersom tiltak på arbeidsplassen ble iverksatt, troen på at tiltak/tilrettelegging på arbeidsplassen ville redusere sykefraværet og på hvilke tiltak som kunne være hensiktsmessige.

For Norsk funksjonsskjemas fysiske funksjonsområder samt det å mestre var det signifikant trend mot bedre funksjon hos de som trodde på tiltak for å kunne vende tilbake til arbeidet nå (tab 14) Også enkelte dimensjoner fra SF-36 viser signifikant bedre fysisk funksjon hos de som trodde på tiltak. Ved en oppdeling av materialet etter diagnose, kan det synes som om sammenhengen mellom egenvurdert funksjon og tro på tiltak gjaldt for både muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser, men den sistnevnte gruppen hadde for få inkluderte for å vise statistisk signifikante forskjeller.

Tabell 14 Gjennomsnittlige funksjonsskårer for Norsk funksjonsskjemas funksjonsområder og totalt, samt for dimensjoner i SF-36 relatert til sykmeldtes tro på at de kunne vende tilbake til arbeidet nå dersom tiltak på arbeidsplassen ble iverksatt

Funksjonsområder/ dimensjoner	Tror tiltak gir tilbakevending nå				Signifi- kansnivå <i>p</i>
	N	Ja (n=87) Skåre	Vet ikke (n=79) Skåre	Nei (n=207) Skåre	
Norsk funksjonsskjema					
Gå/stå	372	1,40	1,53	1,73	<0,001
Holde/plukke	371	1,31	1,44	1,59	<0,001
Løfte/bære	370	1,66	1,76	1,98	0,001
Sitte	363	1,21	1,21	1,44	<0,001
Mestre	373	1,37	1,56	1,65	<0,001
Kommunisere	372	1,17	1,25	1,32	0,018
Se/høre	365	1,07	1,13	1,16	0,17
Total funksjon	373	1,36	1,46	1,61	<0,001
SF-36					
Mental helse	360	70	63	62	0,022
Vitalitet	361	46	39	35	0,001
Kroppssmerte	368	41	42	36	0,205
Generell helse	356	67	64	58	0,009
Sosial funksjon	369	65	61	51	<0,001
Fysisk funksjon	363	71	68	58	<0,001
Fysisk rolletilpassning	362	22	14	16	0,199
Emosjonell rolletilpassning	359	62	53	48	0,053

Samme trender gikk igjen i spørsmålet om de trodde tiltak kunne redusere fraværet, men her var sammenhengene noe svakere (appendiks 3, tab A7).

Samlet ga imidlertid funksjonsvurderinger kun et relativt lite bidrag til å forklare de sykmeldtes vurdering om tiltak kunne gjøre at de kan gå tilbake til arbeid, mens spørsmålet om egenvurdert arbeidsevne var viktigere (Justert R^2 økte fra 0,12 til 0,27 i en lineær regresjonsmodell ved innføring av egenvurdert arbeidsevne). I appendiks 3, tabell A8, vises en optimalisert lineær regresjonsmodell basert på alle tre funksjonsskjemaer.

Funksjonsspørsmål hadde også tilsvarende relativt liten forklaringsverdi for tro på at tiltak/tilrettelegging på arbeidsplassen kan redusere det aktuelle fraværet. Også her hadde egenvurdert arbeidsevne stor forklaringskraft (appendiks 3, tab A9).

Samlet kan vi si at personer med dårlig funksjon forventet at sykmeldingen ville bli lang, at de vil få varige ytelser, og de hadde mindre tro på at tiltak på arbeidsplassen ville gjøre det lettere for dem å komme tilbake.

De fysiske funksjonsmålene viste bedre funksjon hos sykmeldte med muskel- og skjelettsykdommer som trodde på tiltak i muskelskjelettgruppen, mens sosial funksjon syntes å ha større betydning for tro på tiltak i gruppen med psykiske sykdommer.

Diskusjon

Utvikling av Norsk funksjonsskjema

Vi ønsket å utvikle og prøve ut et nytt funksjonsinstrument for bruk i trygdeetaten med vitenskapelig metodikk. Skjemaet skulle gi et bilde av individets aktiviteter og ressurser.

Problemet med funksjonsskjemaer i praktisk bruk er nøyaktighet. På den ene siden vil et skjema som er lite nøyaktig ("det generelle funksjonsnivået er lavt") ikke gi mer opplysninger enn hva en vanlig sykmelding gir. På den annen side kan ikke skjemaet være så omfattende at saksbehandlere ikke kan bruke det praktisk.

Spørsmålet om nøyaktighet ble tatt opp i møter med saksbehandlerne. Hvis skjemaet inneholdt for mye informasjon ville det aldri brukes i saksbehandlingen.

Det er heller ikke mulig å relatere funksjonsskjemaet til alle tenkelige arbeidsoppgaver. Skjemaet ble derfor begrenset til spørsmål om hvordan personen kunne utføre enkelte aktiviteter i sin alminnelighet. De aktiviteter som ble inkludert i skjemaet ble ansett av en ekspertgruppe å ha relevans for de fleste yrker i arbeidslivet.

Arbeidsplassforhold må selvsagt belyses i oppfølgingen av sykmeldte, og da settes i relasjon til den funksjon individet har. Sagt på en annen måte: funksjonsopplysningene har varierende betydning, alt etter yrke. Som eksempel vil manglende løfte-funksjon ha liten betydning for en psykolog, men være avgjørende for en snekker.

Faktoranalysen ga syv funksjonsområder, som syntes viktige i forhold til de langtidssykmeldte. I praktisk bruk bør man forholde seg til disse områdene og i mindre grad til de 39 enkeltspørsmålene i skjemaet. De enkelte spørsmålene kan relateres til funksjonsområdene på to forskjellige måter. Man kan, slik som er gjort i rapporten for å vise resultater, regne ut skårer for hvert individ på hvert område. Man kan også, slik som ble anbefalt som fremgangsmåte for saksbehandlerne, regne et funksjonsområde som nedsatt hvis den sykmeldte på minst ett av de inngående spørsmålene hadde svart at han/hun har mye nedsatt funksjon eller kan ikke. Den siste fremgangsmåten er enklere å forholde seg til i praksis, og man unngår da også å forholde seg til grenseverdier for hva som er/ikke er nedsatt funksjon i et helt område.

I forhold til trygdens krav til omhyggelig og individualisert saksbehandling virker en inndeling i syv ulike funksjonsområder mer tiltalende enn en enkel inndeling i fysisk/psykisk som brukes i andre standardiserte skjemaer. I en tidligere rapport ble allerede etablerte instrumenter for funksjonsvurdering vurdert for bruk i trygdeetaten (Brage 2001). Det ble reist sterkt tvil om eksisterende skjemaer, slik som SF-36, COOP/WONCA charts, og Nottingham Health Profile kan møte trygdeetatens krav til saklig presisjon ved saksbehandlingen. Nottingham Health Profile fokuserer mye på smerter og konsekvenser av smerter. COOP/WONCA Charts gir bare en grov oversikt, delt i tre: fysisk, psykisk og sosial funksjon. I SF-36 er det kun to dimensjoner, "fysisk funksjon" og "mental helse", som er direkte funksjonsmål. Ytterligere to, "fysisk rolletilpassning" og "emosjonell rolletilpassning" måler de sosiale konsekvensene av funksjonstap. Det ble derfor vurdert at ingen av disse skjemaene var anvendelige i praktisk saksbehandling.

Analysene viste at de syv funksjonsområdene hadde god avgrensning mot hverandre, samtidig som de inkluderte enkeltspørsmålene i hvert område hadde god sammenheng med hverandre. Lengden på skjemaet skulle tilsi at man kan prøve å redusere antallet enkeltspørsmål, og dette vil antakelig kunne gjøres uten at informasjonen om områdene går tapt. Som det fremgår av skjemaet er f.eks gå-funksjonen (med fire spørsmål) antakelig alt for detaljert beskrevet. På

den annen side har det blitt hevdet at de psykiske funksjonsområdene ikke var tilstrekkelig belyst. Resultatene viste at mange sykmeldte hadde sin hovedsaklige funksjonssvikt innenfor områdene med psykiske funksjoner. Det finnes andre skjemaer for dette som kan gi impulser. Vi vil fortsatt diskutere disse i fremtiden.

I utviklingen av skjemaet baserte vi oss på arbeidsgruppe, styringsgruppe og pilotprosjekter og diskusjoner med lokale trygdefunksjonærer. Betydningen av hva som kan brukes praktisk kan ikke overvurderes, og mer tid skulle antakelig ha vært avsatt for slike kontakter.

Norsk funksjonsskjema kan enkelt brukes til klassifisering av funksjonsnivå for statistiske formål. I og med at spørsmålene direkte er tatt ut fra WHO's klassifisering, er de allerede kodet i forhold til klassifiseringen. På sikt vil det kunne bli aktuelt med en slik statistisk registrering av funksjonsnivå, i tråd med de anbefalinger som er gitt om bruk av ICF i Norge.

Utprøving av Norsk funksjonsskjema

Utvalget

Svarprosenten i undersøkelsen var 48%. Skjemaet ble sendt personer med seks uker sykmelding. Deltagelse i undersøkelsen var frivillig og man kan anta at mange snart ble friskmeldt og unnlot å svare. Funksjonsnedsettelsen antas derfor å være mer uttalt i vårt utvalg enn blant alle med seks uker sykmelding.

Vårt utvalg hadde færre yngre personer enn forventet ut fra alders sammensetningen. Det var også noe underrepresentasjon av menn i utvalget. For konklusjonene i rapporten er dette av underordnet betydning, da kjønn og alder i flertallet analyser er kontrollert for. Det kan derimot ha viss betydning hvis skjemaet skal tas i bruk. Man må da forvente seg lavere deltakelse blant yngre menn.

Vi fant at personer med mentale sykdommer var underrepresenterte i vårt utvalg. Vi antar at den lavere svarprosenten blant personer med mentale sykdommer er en konsekvens av deres sykdom. Det kan ha gitt skjevhet i materialet, med overvekt av mindre funksjonsforstyrrelser registrert i de psykiske funksjonsområdene, enn som virkelig forekommer. Det kan også by på problemer å få god deltakelse fra denne pasientgruppen hvis skjemaet tas i praktisk bruk.

Andelen på gradert sykmelding i vårt utvalg, 21%, var noe lavere enn andelen blant alle sykmeldte lengre enn 6 uker i 2000, men mer i overensstemmelse med en studie fra Aust-Agder (Brage og Reiso 1999). Personer på graderte sykepenger hadde noe bedre funksjon enn personer på 100% sykmelding.

Til tross for disse skjevhetene i materialet regner vi med at det var rimelig representativt for gruppen av sykmeldte. Antallet var også stort nok for inngående analyser av validitet og samsvar med andre skjemaer.

Besvarelse av spørsmål

Andelen ubesvarte spørsmål i de returnerte skjemaene var lavt, i gjennomsnitt i underkant av 4%. De fleste frafallene forekom antakelig ved spørsmål som var uten relevans for respondenten, f.eks evnen til å kjøre bil, bruke kollektive transportmidler og å rettlede andre. I andre undersøkelser har Nottingham Health Profile hatt en andel ubesvarte spørsmål på 7%, mens SF-36 i en større engelsk undersøkelse hadde en andel ubesvarte spørsmål på mellom 0,5% og 4% i sine ulike deler (Brazier, Harper et al. 1992). Norsk funksjonsskjema synes derfor å ha vært rimelig enkelt, og besvarelsene var av god kvalitet. Dette kan tyde på at skjemaet er lett å fylle ut og at flertallet spørsmål oppfattes som relevante.

Spredningen av svar på enkeltspørsmål og på funksjonsområder var tydelig skjev. Dette kunne forventes ut fra det faktum at verdien (1) betegner "ingen vansker". Spredningen i

Norsk funksjonsskjema var mindre tilfredsstillende. Mange personer hadde intakt funksjon på de fleste områder.

Norsk funksjonsskjema fokuserer på svikt og tap av funksjoner, i likhet med mange andre funksjonsskjemaer. Det kunne overveies å inkludere flere svaralternativer til spørsmålene, slik at man fanget opp funksjoner som var bedre enn normalt. Dette ville gi et tydeligere bilde av individets ressurser.

Gruppering i funksjonsområder

Faktoranalysen ga andre funksjonsområder enn de opprinnelige domeneene fra ICIDH-2. I den modell som til sist ble brukt, fremkom en inndeling i fire fysiske og tre psykiske funksjonsområder. De fysiske var gå-, løfte/bære-, plukke/holde- og sitte-funksjon. Sansorganfunksjon (se og lytte) fremkom som egen funksjon. De psykiske funksjonsområdene ble to: en med mestring og en med fokus på kommunikasjon. De nye funksjonsområdene fra faktoranalysen ga en bedre forståelse av den sykmeldtes behov for tiltak. Den interne konsistensen var tilfredsstillende etter den nye inndelingen i syv funksjonsområder.

Betydelig funksjonstap var spesielt vanlige på enkelte funksjonsområder, slik som løfte/bære- og gå-funksjoner, mens andre, slik som se/høre var betydningsfullt for kun et lite antall individer i undersøkelsen. Allikevel må også mer sjeldne funksjonstap inkluderes, da det selvfølgelig har betydning for enkeltindivider.

Sammenliknet med de andre inkluderte skjemaene i spørreundersøkelsen ga Norsk funksjonsskjema en bedre presisjon enn SF-36 og COOP/WONCA som kun gir to distinkte funksjonsdimensjoner hver. Norsk funksjonsskjema synes derved å gi mer relevant informasjon for oppfølging av sykmeldte.

Validitet

Validitetsprøvingen av skjemaet ga meget tilfredsstillende resultat. Skjemaet fanget opp et betydelig funksjonstap hos mange sykmeldte og ga vesentlig informasjon om hvor dette funksjonstapet forekom.

I analysen fremkom en meget sterk sammenheng mellom funksjonsområde og oppgitt sykdom, slik at personer med muskel- og skjelettlidelser hadde funksjonstap innenfor fysiske funksjonsområder, og personer med psykiske lidelser, funksjonstap innenfor psykiske områder. Et interessant funn i vår undersøkelse var at forholdsvis få personer syntes å ha samtidig svikt både på fysiske og psykiske områder. Det er velkjent at langvarig sykmeldte ofte oppviser svikt på mange områder, og behandling av psykiske, sekundære plager er viktig ved muskel- og skjelettlidelser (Linton 2000). Vår undersøkte inkluderte imidlertid kun personer med 6 ukers sykmelding, og det er sannsynlig at sekundære plager, og svikt på flere områder, først utvikler seg etter lengre sykdomsforløp.

Det var også, som forventet, mindre funksjonstap blant personer med gradert sykmelding, sammenliknet med personer på hel sykmelding. I en tidligere undersøkelse ble det påvist at selvrapportert arbeidsevne var mindre redusert blant personer på graderte sykepenges (Brage og Reiso 1999). Det samme funn ble gjort i COOP/WONCA-skjemaet, mens SF-36 ikke klarte å vise forskjeller i funksjon mellom personer på henholdsvis hel og gradert sykmelding.

Det fremkom ingen forskjeller i funksjonsnivå blant sykmeldte etter kjønn og alder. Dette kan være betinget av at vårt utvalg var sykmeldte 6 uker, der man hos menn og kvinner, uansett alder, må regne med betydelig funksjonstap. Ved bruk av Norsk funksjonsskjema på en normalbefolkning, vil man antagelig finne en aldersgradient.

Det var ingen forskjeller i funksjonsnivå etter fylke. Dette kan tyde på en rimelig ens vurdering av sykmeldingsbehovet i alle de inngående trygdekontorene. Det taler også for at skjemaet er stabilt.

Ved en sammenlikning mellom de ulike dimensjonene i SF-36 og funksjonsområdene i Norsk funksjonsskjema fremkom meget høye korrelasjoner mellom korresponderende områder. Fysiske dimensjoner i SF-36 korrelerte høyt med fysiske områder i Norsk funksjonsskjema, det samme for psykiske dimensjoner og områder i de to skjemaene. Vi fant en høy konvergerende validitet. Korrelasjonen var lav mellom psykiske dimensjoner i et skjema og fysiske funksjonsområder i det andre. Den divergerende validiteten var også høy.

Korrelasjonen var høy med tilsvarende områder i COOP/WONCA-skjemaet og mellom de syv funksjonsområdene i Norsk funksjonsskjema og Reisos enkeltspørsmål om arbeidsevne.

I utformingen av spørreskjemaet valgte vi å etterspørre aktiviteter i løpet av den siste uken ut fra et ønske å få en "gjennomsnittsverdi" av funksjon uten alt for store døgnmessige variasjoner. I andre skjemaer har kortere tidsperspektiv vært brukt, f.eks hvordan funksjon er akkurat nå (Reiso, Nygård et al. 1998). Som konsekvens fikk vi antakelig en viss "avflating", dvs. at svarene nærmet seg det statistiske gjennomsnitt.

De sykmeldte vurderer trolig svaralternativene på funksjonsspørsmålene opp mot jobbkravene i de jobbene de er sykmeldt fra. Det er mulig at ulikheter i funksjon delvis oppheves ved at det implisitt tas hensyn til jobbkrav i funksjonsnivåsvarene.

I Norsk funksjonsskjema ble det kun inkludert spørsmål om funksjon som inngår i ICF. Andre funksjonsspørsmål, f.eks om generell helse og om funksjonsvariasjoner fra dag til dag kan være av interesse for vurdering av den sykmeldtes arbeidsevne og eventuelt for å identifisere lange sykdomsforløp. Også spørsmål om utholdenhet kan ha betydning. Noen sykmeldte har vansker med å gjennomføre aktiviteter under en hel dag. Spørsmål om hvor lenge personen f.eks kan holde seg oppmerksom og konsentrert kan være viktig.

SF-36

Hovedfunnet for SF-36 var at respondentene svarte som forventet. De to dimensjonene som klarest er knyttet til sykefravær, fysisk og emosjonell rolletilpasning, ga de laveste skårene, og markert lavere enn i et norsk normalmateriale (Loge 1998). I motsetning til Loge som fant kjønnsforskjeller i alle dimensjoner bortsett fra generell helse, fant vi forskjeller bare for vitalitet. Vi fant derimot godt samsvar mellom vårt utvalg og allmennpraksismaterialet fra England (Paterson 1996). Tallene skilte seg når det gjaldt fysisk rolletilpasning og kroppssmerte men var ellers like.

For alder fant vi ikke vesentlige forskjeller. I det norske normalmateriale, derimot, var det lavere skårer med økende alder på flertallet dimensjoner for menn og kvinner.

Med økende fysisk belastning var opplevd kroppssmerte økende og den opplevde fysiske funksjonen var avtagende. Tross dette var vitalitet og sosial funksjon signifikant økende. Ut fra slike funn, kan en fristes til utsagn i retning av: "Det er ikke hvordan man har det men hvordan man tar det, som betyr noe".

Vi fant at sykmeldte for rygglidelser hadde lav fysisk funksjonsskåre (50), mens de med psykisk lidelse hadde høyere fysisk funksjonsskåre (90). Hagen fant i en undersøkelse av ca 700 sykmeldte med rygglidelse en snittscore på 67,9 på fysisk funksjon etter 3 mnd sykefravær (Hagen, 2002, personlig meddelelse) For mental helse fant vi det motsatte forhold, nemlig at de med psykisk lidelse skåret lavest. Det er interessant å merke seg at de med psykisk lidelse for fysisk funksjon skåret nær det norske normalmateriale, mens de med

muskel- og skjelettsykdom skåret nesten normalt for mental helse. SF-36 syntes derfor sensitivt nok til å fange opp relevante forskjeller mellom sykmeldte etter 6 ukers sykefravær.

SF-36 ga informasjon på populasjonsnivå, men vi vet ikke om trygdefunksjonærene vil ha nytte av et slikt skjema i enkeltsaker. SF-36 kan også brukes til individuell skåring. Det er vist høy grad av korrelasjon mellom SF-36 og Norsk funksjonsskjema annet sted i denne rapporten, men det er ikke testet om SF-36 oppleves som anvendelig.

Flere andre parametere er viktige når det gjelder sammenhengen mellom egenrapportert helse, funksjon og yrke. En prospektiv kohort-studie over 20 000 amerikanske kvinner påpekte at høyere SF-36 skåring over tid syntes å henge sammen med større grad av jobb-kontroll og jobb-relatert sosialt nettverk, og mindre jobb-krav (Cheng, Coakley et al. 2000).

COOP/WONCA og arbeidsevne

Besvarelsene på COOP/WONCA-skjemaet sammenliknet med andre bakgrunnsvariable ga liknende resultat som for SF-36. COOP/WONCA-skjemaet har vært brukt til å sammenlikne befolkningsgrupper i allmennpraksis og også til å følge enkeltindivider over tid for å registrere funksjonsforandringer (Bentsen, Natvig et al. 1997).

Arbeidsevnespørsmålet var høyt korrelert til de fleste funksjonsspørsmål. I en studie viste spørsmålet høy korrelasjon til lengde av sykefraværet, spesielt blant personer som har vært lenge sykmeldt (Reiso, Nygard et al. 2001). Spørsmålet er generelt og kan neppe ha betydning for å vurdere tiltak i oppfølgingen av sykmeldte hvis det ikke brukes sammen med andre spørsmål eller skjemaer.

Andre spørsmål

Forventet lengde på fraværet, forventet resultat og tro på tiltak viste til viss grad samvariasjon med funksjonsspørsmålene. Noen særtrekk ble funnet. Generell vurdering av egen helsetilstand var en klar forklaringsvariabel for forventet lengde på fraværet og resultatet etter endt sykmelding. Dette var i tråd med Månsson og medarbeidere som fant egen vurdert helse som en klar prediktor for uførepensjon (Månsson og Råstam 2001).

For personer med psykiske lidelser var andelen med tro på tiltak lav. Fleten og medarbeidere fant ikke denne tendens til mindre tro på tiltak hos de med psykiske lidelser ved bruk av samme spørsmål i Troms (Fleten, Johnsen et al. 1999). Dette kan vel være tilfeldige forskjeller med små tall, men kan også åpne for at tidsdimensjonen spiller inn hos de med psykisk lidelse på den måten at tro på tiltak fortaper seg jo lenger fraværet har vart. I den sammenlignende undersøkelsen ble utsendelse av spørreskjema gjort etter 14 dagers fravær.

De sykmeldte sine vurderinger om mulig effekt av tiltak og tilrettelegging på arbeidsplass taler for at det er et potensiale her for redusert sykefravær. Samtidig ga ikke resultatene fra funksjonsskjemaene grunnlag for stor optimisme når det gjelder å benytte funksjonsvurdering som utvelgelseskriterier for oppfølging av sykmeldte. Mer generelle spørsmål om egenvurdert arbeidsevne og egenvurdert helsetilstand syntes viktig for å identifisere de med potensiell langvarig sykefravær, og i utvelgelse til iverksetting av tiltak på arbeidsplassen er egenvurdert arbeidsevne viktigere. I den grad funksjon har sammenheng med forventet lengde synes samhandlingsfaktorer forklare mer en rent fysiske funksjonsmål.

Delprosjekt II: Testing av Norsk funksjonsskjema i saksbehandlingen

I delprosjekt 1 utviklet vi et skjema for egenvurdering av funksjon (Norsk funksjonsskjema). Det ble prøvd blant 400 sykmeldte og ga informasjon om de sykmeldtes funksjon.

Det er flere muligheter for bruk av standardiserte funksjonsskjemaer i trygdeetatens arbeid med sykmeldte :

- Den sykmeldte fyller ut skjemaet og gir det til sin behandlende lege som integrerer opplysningene om funksjon i sin erklæring til trygdeetaten
- Skjemaet leveres til det lokale trygdekontor, for en gjennomgang av rådgivende lege, eller direkte til saksbehandler som anvender det i saksbehandlingen og med kopi til behandlende lege

Vi valgte i delprosjekt 2 å bruke den sist nevnte fremgangsmåten og å teste bruken av Norsk funksjonsskjema i den konkrete saksbehandlingen av sykmeldte. Rådgivende lege eller behandlende lege var ikke involvert i prosjektet.

Formål

Formålet med delprosjekt 2 var å teste om saksbehandlerne fant Norsk funksjonsskjema som nyttig i sitt oppfølgingsarbeid med sykmeldte.

Metode

Utvalget

Fem trygdekontor stilte seg positive til deltakelse. Ved hvert av de fem kontorene ble 3-5 saksbehandlere rekruttert, til sammen 20. Hver saksbehandler skulle bruke Norsk funksjonsskjema i oppfølgingen av 20 sykmeldte etter seks ukers sykmelding. Totalt ønsket vi å rekruttere 400 sykmeldte.

Norsk funksjonsskjema i saksbehandlingen

Fra hvert kontor ble den ansvarlige for sykepengeutbetalinger og en saksbehandler invitert til et introduksjonsmøte ved Rikstrygdeverket, der formålet med prosjektet ble presentert og diskutert. Prosjektledelsen foreslo at saksbehandlerne primært skulle se hvilket/hvilke funksjonsområder (eks. løfte/bære eller mestre) som viste svikt, og hvilke som viste gode ressurser. Dette kunne ligge til grunn for hvem man ønsket å samtale ytterligere med. Saksbehandleren kunne så bruke Norsk funksjonsskjema, sammen med medisinske opplysninger tilsendt fra behandlende lege, i vurderingen av hvilke tiltak som kunne være aktuelle. Funksjonsopplysningene kunne også bli sammenfattet i den skriftlige fremstillingen før 12-ukers vedtaket, noe som også ble gjort ved to kontorer.

Samtidig med orienteringsbrevet etter seks ukers sykmelding, fikk de sykmeldte tilsendt Norsk funksjonsskjema. Dette skulle returneres til saksbehandleren. I dette delprosjektet var besvarelsen av Norsk funksjonsskjema ikke frivillig eller anonym, men den sykmeldte kunne selv velge om besvarelsen skulle sendes videre til Rikstrygdeverket for analyse.

Evalueringskjema

For å evaluere verdien av funksjonsopplysningene ble det laget et to-delt skjema:

Del 1 skulle besvares etter at saksbehandleren hadde fått tilbake Norsk funksjonsskjema, noe som vanligvis skjedde syv til åtte uker etter påbegynt sykmelding. Denne delen av evalueringskjemaet inneholdt spørsmål om hvor mye dokumentasjon som forelå i saken, hvor avklart saken var og en foreløpig vurdering av tiltak.

Del 2 skulle besvares etter 12-ukersvedtaket. Denne delen inneholdt spørsmål om det hadde vært avklaringsamtale og hvis og når saksbehandleren hadde funnet Norsk funksjonsskjema nyttig.

Evalueringskjemaet skulle returneres til Rikstrygdeverket sammen med oppfølgingsnotat og Norsk funksjonsskjema. Evalueringskjemaet er vedlagt i appendiks 1.

Statistisk analyse

Norsk funksjonsskjema og evalueringsskjemaet var tilrettelagt for maskinell lesing og lagt in i SPSS, versjon 10.0. Dette ble gjort ved Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket. Skjemaene ble manuelt kontrollert for feilregistrering.

Fødselsnummer, kjønn og diagnose ble lagt inn manuelt fordi disse opplysningene ble gitt i klartekst. Diagnosene ble først kodet til ICPC, og deretter gruppert på samme måte som i delprosjekt 1.

For å sammenlikne besvarelsene i delprosjekt 1 og 2, ble det beregnet gjennomsnittskårer for grupper. Forskjellene mellom gruppene ble statistisk testet med to-sidig t-test.

Resultater

Gjennomføringen av evalueringsfasen viste seg vanskelig. Trygdeetaten satte i gang andre oppfølgingstiltak ved samme tidspunkt som undersøkelsen. Dessuten påbegynte man implementeringen av inkluderende arbeidslivstiltak. To av de deltagende kontorene hadde mye utskifting av personell, og betydelig arbeidspress. Noen skjemaer ble derfor returnert betydelig forsinket. Det ble returnert 286 evalueringsskjemaer og 228 funksjonsskjemaer.

Utvalget

De to utvalgene av sykmeldte med henholdsvis besvart evalueringsskjema og besvart Norsk funksjonsskjema skilte seg i liten grad fra alle med 6 ukers sykmelding i år 2000 (tab 15). Menn var underrepresenterte i begge utvalgene, og personer med psykisk lidelse var overrepresenterte.

Tabell 15 Fordeling etter kjønn, alder og diagnose blant 6 ukers sykmeldte med evalueringsskjema (n=286), med Norsk funksjonsskjema (n=228) samt blant alle avsluttede sykepengetilfeller som varte minst seks uker i år 2000

Karakteristika	Utvalg med evalueringsskjema (n=286)		Utvalg med Norsk funksjonsskjema (n=228)		Avsluttede sykepengetilfeller i år 2000 (N=313 591)	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
<i>Kjønn</i>						
Menn	103	36,0	78	34,2	133 122	42,5
Kvinner	183	64,0	150	65,8	180 469	57,5
<i>Alder</i>						
16-19 år	6	2,1	4	1,8	1 551	0,5
20-29 år	42	14,7	30	13,2	49 789	15,9
30-39 år	67	23,4	53	23,2	83 102	26,5
40-49 år	79	27,6	65	28,5	77 299	24,6
50-59 år	72	25,2	61	26,8	74 523	23,8
60-69 år	20	7,0	15	6,6	27 327	8,7
<i>Diagnosegruppe</i>						
Muskel- og skjelettsykdom	147	51,4	117	51,3	157 128	50,1
Psykisk sykdom	62	21,7	53	23,2	52 336	16,7
Alle andre sykdommer	73	25,5	57	25,0	104 042	33,2
Ikke besvart	4	1,4	1	0,4	85	0,0
<i>Trygdekontor</i>						
1	65	22,7	51	22,4		
2	30	10,5	24	10,5		
3	56	19,6	48	21,1		
4	80	28,0	75	32,9		
5	55	19,2	30	13,2		

Deltakelsen fra de fem trygdekontorene var svært ujevn (tabell 1). Trygdekontor 2 og 5 hadde hatt store problemer med gjennomføringen.

Dokumentasjon og avklaring før 12 ukers-vedtaket

Trygdekontorene oppga at Norsk funksjonsskjema hadde blitt returnert i 261 (91%) av de 286 sakene. Flertallet av manglende skjemaer forekom ved trygdekontor 5 (tab 16). Legeerklæring forelå i 267 tilfeller (93%).

Tabell 16 Grad av dokumentasjon før 12 ukers vedtaket

Trygdekontor	Var Norsk funksjonsskjema returnert?		Var legeerklæring mottatt?		Total
	Ja	Nei	Ja	Nei ¹	
1	61	4	63	2	65
2	28	2	28	2	30
3	56	-	53	3	56
4	80	-	73	7	80
5	36	19	50	5	55
Total	261	25	267	19	286

¹Inkludert to tilfeller som var ubesvart

Av de 261 skjemaer som ble returnert til saksbehandlerne, ble 228 sendt videre til analyse ved Utredningsavdelingen. Forskjellen skyldes sykmeldte som ikke ønsket at deres besvarelse skulle brukes i ytterligere analyser.

Saksbehandlerne ved trygdekontor 1-4 mente at sykdomsbeskrivelsen var klar i 92%, behandlingsplanen var klar i 85%, og funksjonsnivået var klarlagt i 83% (tab 17).

Tabell 17 Grad av avklaring før 12 ukers vedtaket av sykdomsbeskrivelse, behandlingsplan og funksjonsnivå

Trygdekontor ¹	Var sykdomsbeskrivelse klar?			Var behandlingsplan klar?			Var funksjonsnivå klart?			Total
	Ja	Nei	Ikke besvart	Ja	Nei	Ikke besvart	Ja	Nei	Ikke besvart	
1	63	2	0	54	10	1	54	9	2	65
2	29	1	0	23	7	0	26	0	4	30
3	50	5	1	50	3	3	49	3	4	56
4	74	5	1	70	7	3	62	10	8	80
Totalt	216	13	2	197	27	7	191	22	16	231

¹Trygdekontor 5 ble utelatt pga manglende besvarelser

Avklaringsamtale

Når saksdokumentene forelå tok saksbehandlerne stilling til om det var behov for en avklaringsamtale. Etter 12 ukers vedtaket var fattet, skulle saksbehandlerne oppgi om avklaringsamtalen virkelig hadde funnet sted. I tabell 18 har vi regnet med at avklaringsamtaler kun var vurdert og gjennomført i de tilfeller spørsmålet var besvart.

Tabell 18 Behov og gjennomføring av avklaringsamtale i prosent blant sykmeldte (n=286)

Trygdekontor	Behov for avklaringsamtale ¹		Gjennomført avklaringsamtale ²	
	Antall ja	Andel i %	Antall ja	Andel i %
1	16	25%	13	20%
2	8	27%	5	17%
3	9	16%	6	11%
4	17	21%	10	13%
5	2	4%	4	7%
Totalt	52	18%	38	13%

¹I 46 tilfeller forelå ikke opplysninger om behov. Dette er da regnet som "nei"

²I 28 tilfeller forelå ikke opplysninger om gjennomføring av samtale. Dette er da regnet som "nei"

Sett under ett mente saksbehandlerne at det var behov for avklaringssamtale i 18% av de 286 sakene. Det var betydelig variasjon mellom de ulike trygdekontorene i hvor stort behovet var av en avklaringssamtale, fra 4 - 27%. I 13% av alle sakene ble avklaringssamtalen gjennomført.

Nytteverdi av Norsk funksjonsskjema

Etter 12 ukers vedtaket skulle saksbehandlerne ta stilling til om Norsk funksjonsskjema hadde hatt betydning for vurderingene i den videre saksbehandlingen. Det var betydelige forskjeller mellom de fem trygdekontorene i opplevd nytteverdi, og resultatene presenteres derfor for hvert enkelt kontor. Det var også en rekke skjemaer der spørsmålene ikke var besvart, muligens fordi saken var avsluttet før tolv ukers vedtaket.

Tabell 19 viser om saksbehandlerne mente at skjemaet hadde hatt betydning for utvelgelse til avklaringssamtale, om det hadde vært til nytte i selve samtalen, om det hadde betydning for vurdering eller valg av tiltak, og om det hadde hatt betydning for minst én av de tre spørsmålene.

Tabell 19 Norsk funksjonsskjemas betydning i saksbehandlingen

Trygdekontor	Betydning for					
	Avklaringssamtale (n=212)		Vurdering og valg av tiltak (n=192)		Hjelp for noe formål (n=220)	
	Antall ja	Andel ja	Antall ja	Andel ja	Antall ja	Andel ja
1	20	71%	8	32%	24	83%
2	4	21%	13	68%	14	56%
3	22	42%	27	61%	34	65%
4	19	26%	32	50%	39	53%
5	0	0%	1	3%	1	3%
Totalt	65	31%	81	42%	112	51%

Skjemaet hadde hatt noe betydning i 51% av sakene, med betydelig spredning mellom kontorene. Skjemaet hadde betydning for 42% av sakene for vurdering og valg av mulige tiltak, og for utvelgelse til avklaringssamtale i 31% av sakene.

Forskjellene mellom kontorene var påtagelig. For spørsmålet om skjemaet hadde betydning for å velge ut hvem som skulle ha en avklaringssamtale, varierte andelen fra 71% (kontor 1) til 0% (kontor 5). Ved kontor 5 hadde skjemaet gjennomgående vært svært lite brukt.

Det ble også spurt om skjemaet hadde betydning som praktisk hjelp i samtalen med den sykmeldte. Av de 38 tilfellene der en avklaringssamtale ble gjennomført, hadde skjemaet vært nyttig i 17 tilfeller (45%). I 16 (42%) tilfeller var det ikke nyttig, og i 5 tilfeller (13%) var spørsmålet ikke besvart.

Norsk funksjonsskjema i delprosjekt 1 og 2. Er skjemaet pålitelig?

Et interessant spørsmål er om besvarelsene i delprosjekt 1 var atypiske fordi besvarelsen var anonym og frivillig. I delprosjekt 2 ble Norsk funksjonsskjema brukt i vanlig saksbehandling, og individet hadde da ikke rett å unnlate å besvare skjemaet. Imidlertid hadde individet mulighet å nekte innsending av sitt skjema til Rikstrygdeverket. Det er derfor av interesse å sammenlikne besvarelsene i utvalgene fra de to delprosjektene.

I begge tilfeller ble skjemaene besvart av individer som hadde vært sykmeldt i seks uker. Som fremgår av tabell 20 var de to utvalgene forskjellige med hensyn til kjønn og sykmeldingsdiagnose.

Tabell 20 Karakteristika og gjennomsnittskårer for utvalgene av sykmeldte som besvarte Norsk funksjonsskjema i delprosjekt 1 (n=386) og delprosjekt 2 (n=228)

Karakteristika	Utvalg 1 (n=386)			Utvalg 2 (n=228)		
	Antall	%	Gjennomsnittskåre	Antall	%	Gjennomsnittskåre
<i>Kjønn</i>						
Menn	154	39,9	1,52	78	34,2	1,60
Kvinner	229	59,3	1,52	150	65,8	1,49
Ikke besvart	3	0,8		-	-	
<i>Alder</i>						
16-19 år	3	0,8	1,41	4	1,8	1,49
20-29 år	53	13,7	1,49	30	13,2	1,65
30-39 år	106	27,5	1,52	53	23,2	1,54
40-49 år	102	26,4	1,52	65	28,5	1,55
50-59 år	96	24,9	1,54	61	26,8	1,46
60-69 år	26	6,7	1,53	15	6,6	1,43
Ikke besvart	-	-		-	-	
<i>Diagnoseområde</i>						
Muskel- og skjelettsykdom	192	49,6	1,59	117	51,3	1,56
Psykisk sykdom	45	11,7	1,49	53	23,2	1,42
Alle andre sykdommer	140	36,3	1,45	57	25,0	1,56
Ikke besvart	9	2,3		1	0,4	
Totalt	386	100,0	1,52	228	100,0	1,53

Gjennomsnittskårene for hele Norsk funksjonsskjema i delprosjekt 1 var 1,52, i delprosjekt 2 1,53. Forskjellen er ikke signifikant. Imidlertid skilte seg de to utvalgene seg slik at det var færre menn, og flere med psykisk lidelse i utvalget fra delprosjekt 2. Derfor er gjennomsnittskårene også beregnet for kjønn, aldersgrupper og diagnoseområde separat. Forskjellene var små, og ingen av dem er signifikante.

Diskusjon

Deltakelsen i delprosjekt 2 ble mindre enn forventet. Det var sannsynligvis flere årsaker til frafallet. Gjennomføringen ble hindret av omstruktureringer på de deltakende trygdekontorene. Medarbeidere som hadde blitt informert og rekruttert for prosjektet fikk andre oppgaver, noe som sannsynligvis påvirket deltakelsen i negativ retning. Imidlertid var antallet besvarte skjemaer så stort at materialet lot seg analysere.

Den lave deltakelsen kan også bero på manglende erfaring og usikkerhet knyttet til et ukjent instrument. Opplæringsbehovet var misligholdt forut for prosjektoppstart. For å få effekt av skjemaet kreves åpenbart en arbeidsinnsats for å tilrettelegge og forklare bruken blant saksbehandlere.

Metode

Til fase 2 ble rekruttert fem trygdekontor. De responderte svært forskjellig. Dette kan tyde på at enhetligheten i saksbehandlingen på de lokale trygdekontorene er ikke så stor som ønskelig fra sentralt hold.

Evalueringen var utformet som spørsmål om hvilke inntrykk saksbehandlere hadde av saksbehandlingen. Det ble ikke undersøkt om bruken av Norsk funksjonsskjema faktisk hadde konsekvenser for å velge tiltak og om det forkortet sykefraværet. Det ble heller ikke bedt om en kvalitativ vurdering av om skjemaet forbedret saksbehandlingen. Endelige svar på denne type spørsmål kan bare gis i studier der en over tid sammenlikner effekter av intervensjon i en gruppe der egenrapport funksjon inngår i saksbehandlingen med en gruppe der dette ikke inngår.

I utviklingen av skjemaet var det nødvendig å gjøre tillempinger for å operasjonalisere funksjonsbegrepet, slik at skjemaet kunne brukes praktisk. Å beskrive funksjon i et skjema er en standardisering, og fører med seg at en rekke forhold som er viktige for den enkelte, faller bort. Det var altså foretatt en betydelig avgrensning.

Utvalget

Sammenliknet med hele gruppen sykmeldte i 6 uker, skilte utvalgene seg i liten grad. Utvalgene var representative for saksbehandlernes vanlige oppfølgingsarbeid.

Det var imidlertid betydelige forskjeller fra utvalget som ble undersøkt i delprosjekt 1 (se tab 1). I delprosjekt 2 var andelen sykmeldte med en psykisk lidelse dobbelt så stor som i delprosjekt 1, og andelen menn som deltok var ytterligere lavere sammenliknet med delprosjekt 1. Deltakelsen i delprosjekt 1 var frivillig og dette kan ha medvirket til den lavere deltakelsen blant personer med psykiske sykdommer.

Forskjellene mellom utvalgene kan ha hatt betydning når besvarelsen på funksjonsskjemaet ble sammenliknet. Analysene ble derfor gjort stratifisert for kjønn, alder og diagnose.

Dokumentasjon og avklaringssamtale

Dokumentasjonsgrunnlaget syntes å være rimelig tilfredstillende. Når saksbehandlere gjorde sin første evaluering etter syv til åtte uker, manglet legeerklæring og funksjonsskjema i henholdsvis 7% og 9% av tilfellene. Det må antas at legeerklæring etter hvert ble innhentet til saksbehandlingen.

Ved samme tidspunkt vurderte saksbehandlere at sykdomsbeskrivelsen var klar i 93%, behandlingsplanen i 85%, og funksjonsnivået var klarlagt i 83% av tilfellene. Alle tilfeller fra trygdekontor 5 ble utelatt i denne analysen, da spørsmålet var ubesvart i 41 av 55 tilfeller. For å belyse sykdommen synes derfor de behandlende legene å ha gjort et tilfredstillende arbeid.

Fortsatt var imidlertid funksjonsnivået for de sykmeldte uklart eller var ubesvart i et av seks tilfeller.

I 18% av tilfellene var det angitt et behov for avklaringsamtale, men det var betydelig variasjon mellom trygdekontorene, og også her var svært mange skjemaer ubesvarte ved trygdekontor 5. I 13% ble samtalen virkelig gjennomført, dvs i 2 av 3 tilfeller med angitt behov. Årsakene til at samtaler ikke ble gjennomført ble ikke undersøkt videre. Allikevel peker dette resultatet på at saksbehandlere i mange tilfeller har behov for ytterligere kontakt med den sykmeldte.

Vårt funn, at avklaringsamtale ble gjennomført i 13% av alle tilfeller, kan sammenliknes med resultatene fra Riksrevisjonens undersøkelse om trygdeetatens oppfølging av sykmeldte (Riksrevisjonen 1999). I den undersøkelsen var det dokumentert møter med den sykmeldte i 8% av 194 saker.

Pålitelighet

Norsk funksjonsskjema ble brukt i de to delprosjektene under forskjellige forutsetninger for de sykmeldte. I delprosjekt 1 var deltakelse frivillig og anonym, mens den var obligatorisk, som ledd i vanlig saksbehandling, i delprosjekt 2. Når resultatene blir så like mellom de to gruppene, tyder det på at skjemaet er pålitelig og at resultatene kan reproduseres. Allikevel er det ønskelig å teste påliteligheten ved å sende skjemaet til samme individer to ganger med kort intervall.

Likheten i besvarelse mellom de to delprosjektene tyder på at de sykmeldte i liten grad svarer "strategisk". Man kunne forvente at sykmeldte, i delprosjekt 2, ville svartmale situasjonen mest mulig, for å oppnå god behandling og oppfølging. Dette synes ikke å ha skjedd.

Nytteverdi

Norsk funksjonsskjema var ansett som nyttig i vel halvparten av tilfellene. Det hadde nytte for vurdering og valg av mulige tiltak og for utvelgelse til avklaringsamtale. I de forholdsvis få tilfeller når en avklaringsamtale ble gjennomført, var skjemaet i 45% av tilfellene oppfattet som en konkret hjelp i samtalen med den sykmeldte. At skjemaet var nyttig i en så pass stor andel var kanskje noe overraskende. Man kan ikke se bort fra at fokuseringen på funksjonsvurdering ved de deltakende trygdekontorene kan ha medvirket til en positiv holdning og stor opplevd nytteverdi i denne undersøkelsen. Den høye graden av nytte kan også tyde på at skjemaet var lagt på et riktig presisjonsnivå.

Det økte fokus på funksjonsnivå kan gi et bredere perspektiv i oppfølgingsarbeidet med sykmeldte. Det blir lettere for saksbehandleren å motivere til aktiv sykmelding eller yrkesrettet attføring når man kan peke på den sykmeldtes ressurser i samtalen.

Analysen av nytteverdi viste store variasjoner mellom de deltakende trygdekontorene. Trygdekontor 5 avviste entydig nytte av Norsk funksjonsskjema. Den store variasjonen tydet på større heterogenitet i saksbehandling enn den en på forhånd tenkte seg. Variasjonen i bruk av funksjonsskjema kan oppfattes som manglende tillit til mulighetene i denne type instrumenter, men kan også forklares ut fra heterogenitet blant saksbehandlere og trygdekontor. Dersom det er tilfelle, må framtidige utprøvinger og utforminger av skjema for funksjonsvurdering ta hensyn til denne heterogeniteten. Rikstrygdeverket vil da få en viktig oppgave i å arbeide for større grad av enhetlighet i saksbehandlingen. En etterundersøkelse av dette materialet ved årsskiftet 2002-2003 vil gi svar på hvor mange som er friskmeldt, når de ble friskmeldt og om det var samvariasjon mellom bruk av funksjonsskjema og tidspunkt for friskmelding.

Noen tilfeller som ble avsluttet uten at skjemaet ble brukt var snarlige friskmeldinger, der skjemaet ikke har verdi. Dette reiser spørsmålet om når skjemaet skal brukes. Hvis det sendes

til alle sykmeldte, vil man oppleve at noen ikke har bruk for det. Det er antagelig mer ønskelig å rette skjemaet mot saker som ikke går mot en snarlig avklaring. Dersom en skal selektere skjemaetsendelsen, så vil det forutsette at det finnes definerte seleksjonskriterier som sikrer en korrekt fordeling.

Delprosjekt 2 kan ses på som et forsøk på å beskrive forventet kost-nytteverdi av funksjonsvurderinger i praktisk saksbehandling. Vi valgte å bruke et skjema som den sykmeldte selv fyller ut. For kartlegging av funksjonssvikt i relativt tidlig fase av sykmelding, er dette et viktig skritt i retning av operasjonalisering. Delprosjekt 2 ga grunn til å forvente nytteverdi av slik standardisering i ca 50% av tilfellene, og de supplerer legeerklæringen. Vi har ikke undersøkt om det har større verdi ved enkelte lidelser, for eksempel ved tilstander uten påvisbare ("objektive") tegn til sykdom. Vi har heller ikke noe grunnlag for å tallfeste kost-nytteverdien. Kostnaden for trygden vil være en grundig opplæring av saksbehandlere.

I praktisk saksbehandling vil et skjema også ha en læringseffekt. Det finnes i dag ikke noe forum for saksbehandlere for å lære om funksjon og funksjonsbeskrivelse og de er ikke vant å bruke funksjonsvurderinger. Norsk funksjonsskjema inneholder de spørsmål om funksjon som anses som de viktigste for gruppen av sykmeldte. Det vil sannsynlig ha den virkningen at saksbehandlerne fokuserer på de antatt viktigste funksjonsområdene. Utover dette ga prosjektet ikke anledning til opplæring av saksbehandlerne.

Egenrapport funksjon er egnet, gitt et nivå av skrive/leseferdighet som kan forenes med rasjonell utfylling. Hvis den sykmeldte trenger hjelp til utfylling, for eksempel av pårørende eller av trygdeansatte, bør besvarelsen kvalitetssikres ved at man går igjennom denne muntlig med den sykmeldte.

Prosjektets konklusjoner

I prosjektet "Egenvurdering av funksjon" ble et standardisert funksjonsskjema brukt i oppfølging av sykmeldte for utvelgelse til avklaringsamtale og for valg av tiltak. I sin nåværende form ble det ikke undersøkt med tanke på rett til ytelser. Prosjektet er i tråd med Intensjonsavtalens ønsker om økt bruk av funksjonsvurdering i arbeidet med sykmeldte, og er også et uttrykk for økt brukermedvirkning.

På basis av WHO's klassifisering av funksjonsevne, uførhet og helse laget vi Norsk funksjonsskjema (NORFUNK) for egenvurdering av funksjon. Skjemaet var enkelt å besvare, og ga god kvalitet i besvarelsene. Svaralternativene i skjemaet kan muligens forbedres, fordi det er ønskelig med en større spredning av svar.

De 39 spørsmålene som inngår i skjemaet kunne enkelt slås sammen til syv grupper - kalt funksjonsområder. Disse områdene ga mer informasjon om den enkeltes funksjon enn to andre skjemaer brukt i undersøkelsen - SF-36 og COOP/WONCA.

Skjemaet måler funksjon og ressurser på en uttømmende måte. Etter undersøkelse med flere metoder synes skjemaet å være valid. Den interne konsistensen er høy og skjemaet synes å være pålitelig. Det er en viktig oppgave å teste skjemaets reliabilitet ytterligere ved en test-retest. Skjemaet kan forkortes ved at spørsmål som i betydelig grad dekkes av andre spørsmål utelates.

Det kan vurderes å ta inn flere spørsmål om psykisk funksjon. I Norsk funksjonsskjema dekkes de to psykiske funksjonsområdene "mestre" og "kommunisere" av henholdsvis syv og seks spørsmål. Spesielt å mestre stress og påkjenninger kan ha avgjørende betydning i arbeidslivet og verdien av andre enkeltspørsmål i tillegg bør undersøkes.

Norsk funksjonsskjema fokuserte på svikt i funksjoner, mens det i praktisk oppfølgingsarbeid for sykmeldte ofte er verdifullt å få opplysninger om individets ressurser. I den nåværende versjonen av skjemaet skal man regne med at besvarelsen "ingen vansker" betegner god funksjon og ressurser. Et alternativ hadde vært å endre ordlyden i spørsmål og svarkategoriene i skjemaet, slik at man kunde gi svaret "bedre enn gjennomsnittet". Dette vil gi et sterkere fokus på ressurser og kompetanse.

Norsk funksjonsskjema stilte spørsmål om funksjon på en generell måte, uten å være direkte knyttet til hvilke krav som stilles i arbeidslivet. Hvis det er ønskelig med en sterkere tilknytning til arbeidslivet, kan man til hvert av de 39 spørsmålene ha tilleggsspørsmål av typen: "Har denne aktiviteten betydning for ditt forhold til arbeidet og arbeidslivet?". Dette vil være nyttig ved spørsmål om atferd, der man ofte ønsker mer konkrete, arbeidsrelaterte opplysninger om funksjon.

I praktisk saksbehandling ble informasjonen fra Norsk funksjonsskjema benyttet i vel halvparten av tilfellene, oftest for å bestemme tiltak og for å velge ut hvem som skulle innkalles til en avklaringsamtale. Det er neppe hensiktsmessig å forlange funksjonsskjema fra alle sykmeldte, men snarere fra selekterte grupper, der man forventer et lengre forløp. På den annen side etterlater prosjektet uavklarte spørsmål knyttet til praktisk nytte av funksjonsvurderinger som seleksjonsinstrument til videre oppfølging. Resultatene fra prosjektet kan tyde på at konkrete spørsmål om arbeidsevne og generell egen helsevurdering gir større seleksjonshjelp i et brukermedvirkningsperspektiv.

Saksbehandlerne rapporterte nytteverdi av Norsk funksjonsskjema. Hvis det ved videre forskning også kan dokumenteres positive virkninger for de sykmeldte i form av kortere fravær eller en raskere avklaring til riktig ytelse bør skjemaet tas i bruk som standard i

trygden. Samtidig med at saksbehandlere læres opp til å ta skjemaet i bruk, vil det være behov for ytterligere utvikling av egenrapport funksjon. Valg av funksjonsskjema skal reflektere både mangfoldet i årsaker til sykefravær og når i forløpet funksjon og ressurser skal undersøkes.

En sammenlikning mellom besvarelsene i delprosjekt 1 og 2 viste stor likhet i besvarelsene. Det synes ikke å være utstrakt bruk av strategiske svar, når skjemaet brukes aktivt i saksbehandlingen for å finne tiltak.

I delprosjekt 1 ble det brukt flere funksjonsskjemaer. Alle skilte klart mellom personer med nedsatt og bevart funksjon på generelle fysiske og psykiske funksjonsområder. Forskjellene mellom personer med muskel- og skjelettlidelser og med psykiske lidelser var meget tydelige.

I undersøkelsen ble SF-36 brukt for første gang for å måle helse, livskvalitet og funksjon blant sykmeldte uavhengig av diagnose. Ved bruk av SF-36 var det mulig å sammenlikne funksjonsnivåer mellom grupper av sykmeldte, mellom sykmeldte og friske, og med andre sykdomspopulasjoner. SF-36 ble ikke testet hva gjelder anvendelighet i saksbehandlingen.

De sykmeldte syntes å beherske egenrapportering av helse og funksjon som forventet. SF-36 var sensitiv nok til å skille pasienter med ulik sykdom fra hverandre når det gjelder opplevd helse og funksjon – med unntak av spørsmål om generell helse, der forskjellen ikke var overbevisende til stede. Det er mulig at spørsmål om generell helse er en vesentlig prediktor for fortsatt sykefravær, og viktigere enn andre spørsmål om opplevd helse og funksjon. SF-36 syntes i undersøkelsen også å være robust nok til ikke å variere med geografiske forskjeller. Framtidige skjemaer for egenvurdering av funksjon bør inneholde spørsmål som er like robuste hva gjelder populasjonsforskjeller, men samtidig sensitive til å fange opp forskjeller avhengig av sykdomstilstand. I omfattende uttesting av funksjonssvikt kan sykdomsspesifikke skåringsinstrument vise seg nyttige.

I Sandman-utvalgets rapport ble det foreslått bruk av COOP/WONCA-skjemaet uten at skjemaet var testet i arbeidet med sykmeldte. Vår undersøkelse viste at skjemaet, i denne sammenhengen, ikke er presist og at nytteverdien i trygdens praktiske arbeid er tvilsom. Norsk funksjonsskjema syntes å være det mest egnete til å brukes i den praktiske oppfølgingen av sykmeldte.

Norsk funksjonsskjema var begrenset til oppfølging av sykmeldte ved 6 uker. Skjemaet kan også brukes av personer på rehabiliteringspenger/ uførepensjon, men trenger da tilrettelegging. Det kan være aktuelt å bruke det ved flere tidspunkter for å registrere forandringer i oppfølgingsarbeidet. Skjemaet kan brukes som grunnlag for å utvikle funksjonsskjemaer til besvarelse av lege eller andre faggrupper.

Bruken av funksjonsskjemaer er komplisert og utviklingen av slike skjemaer er tids- og kostnadskrevende. Imidlertid kan standardiserte funksjonsvurderinger øke kvaliteten i trygdetatens saksbehandling. Den store variasjonen i hvorledes saksbehandlere arbeider, gir grunn til mer uttømmende forskning på dette området. Det er også viktig å se på konsekvenser for de sykmeldte som er i en usikker livssituasjon med tvil om framtidig ervervsevne. Det kan være betenkelig dersom det etableres grenseverdier for funksjonssvikt som gir ”verdige” og ”ikke-verdige” mottakere av trygdeytelser. Man kan klage på både lege og trygdefunksjonær, men kan man klage over sin egenrapporterte funksjon, når den brukes i saksbehandlingen?

Et krav om vektlegging av funksjon stiller trygden overfor en utfordring og ansvarlige myndigheter overfor et valg. Funksjonsvurderinger kan brukes og de kan øke kvaliteten i saksbehandlingen, men dette vil kreve betydelige investeringer i kunnskapsbygging,

forskning og kontinuerlig evaluering. I dag mangler et teoretisk rammeverk for hvordan trygden skal tilegne seg kunnskap om funksjon. Det mangler også modeller som forklarer når man har behov for spesifikk funksjonskunnskap, og når man trenger kunnskap om funksjon i forhold til arbeidslivet.

Et slikt rammeverk vil forenkle kunnskapsinnsamlingen og være til hjelp når man bevilger midler for å bedømme nytte og effektivitet. Ingen av de fagmiljøer som i dag finnes, har påtatt seg å arbeide fram et slikt teoretisk rammeverk. I arbeidet med prosjektet har mangelen på en referansemodell vært en gjentatt utfordring. En strategi for implementering av funksjonsvurderinger som inkluderer både teoretisk rammeverk og praktisk nytte i trygden, kan være å opprette en egen arbeidsgruppe for funksjonsbasert trygdemedisin i Rikstrygdeverket.

- Utprøving taler for at egenvurdert funksjon ved hjelp av NORFUNK gir et valid mål på funksjon
- Saksbehandlerne opplever skjemaet som nyttig i forhold til sykmeldte
- Videre utvikling og utprøving er nødvendig for å avklare om NORFUNK bør inngå som standardverktøy i trygdens oppfølging av sykmeldte

Referanser

- Benefits Agency Medical Service (1995). The All Work Test. London, Department of Social Security.
- Bentsen B, red. (1991). ICPC. ICHPPC-2-Defined. IC-Process-PC. Klassifikasjoner og definisjoner for primærhelsetjenesten. Oslo, Tano Forlag, Norsk selskap for almenmedisin.
- Bentsen B, Natvig B et al. (1997). Vurdering av egen funksjonsevne. COOP-WONCAs spørreskjemaer i klinikk og forskning. Tidsskr Nor Lægeforen; 117: 1790-3.
- Bloch F (2001). Who returns to work and why. San Fransisco, Transaction Publishers.
- Brage S (2001). Funksjonsvurdering i trygden. Rapport fra prosjektet: "Standardisering av funksjonsvurderinger ved ryggsykdommer". Oslo, Seksjon for arbeids- og trygdemedisin, IASAM, Universitetet i Oslo.
- Brage S, Reiso H (1999). Arbeidsevne og kjønn - legers vurderinger av sykmeldte. Tidsskr Nor Lægeforen; 119: 3737-40.
- Brazier J, Harper R et al. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ; 305: 160-4.
- Cheng Y, Coakley E et al. (2000). Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. BMJ; 320: 1432-6.
- Cliggott J (2001). The value of providing quality-of-life information to managed care decision makers. Drug Benefit Trends; 13: 45-52.

- Fleten N, Johnsen R et al. (1999). Sykmeldte tror tiltak på arbeidsplassen kan redusere sykefravær. Tidsskr Nor Lægeforen; 119: 3730-4.
- Freden H og Fischer A (2000). Rapport Interreg. www.ostfold-f.kommune.no/statistikesider/livskvalitet/grensehelse.doc
- Hunt, S, McKenna S et al. (1980). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. J Epidemiol Community Health; 34: 281-6.
- Hutchinson A, König-Zahn C (1996). Cross Cultural Health Outcome Assessment. Groningen, European Research Group On Health Outcomes.
- Linton S (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine; 25: 1148-56.
- Loge J (1998). Short Form 36 (SF-36) health survey; normative data from the general Norwegian population. Scand J Soc Med; 26: 250-8.
- Månsson N, Råstam L (2001). Self-rated health as a predictor of disability pension and death-a prospective study of middle-aged men. Scand J Public Health; 29: 151-8.
- Natvig B, Nessiøy I et al. (1995). Musculoskeletal symptoms in a local community. Eur J Gen Practice; 1: 25-8.
- Nordenfelt L (1997). The importance of a disability/handicap distinction. Journal of Medicine and Philosophy; 22: 607-22.
- Norges offentlige utredninger (1999). Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13. Oslo, Statens forvaltningstjenester, Seksjon statens trykning.
- Norges offentlige utredninger (2000). Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 27. Oslo, Statens forvaltningstjenester, Seksjon statens trykning.
- Okano G, Billups S et al. (2001). Reduced quality of life in veterans at risk for drug-related problems. Pharmacotherapy; 21: 1123-9.
- Paterson C (1996). Measuring outcomes in primary care: a patient generated measure MYMOP, compared with the SF-36 health survey. BMJ; 312: 1016-20.
- Reiso H, Nygård J et al. (2000). Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. Fam Pract; 17: 139-44.
- Reiso H, Nygård J et al. (2001). Work ability and duration of certified sickness absence. Scand J Public Health; 29: 218-25.
- Reiso H, Nygård J et al. (1998). Arbeidsevne og sykmelding. Forslag til endringer av sykmeldingsattest IA og II. Rapport 98:2. Oslo, Seksjon for trygdemedisin. Universitetet i Oslo.
- Riksrevisjonen (1999). Dokument nr 3:9. Riksrevisjonens undersøkelse om trygdeetatens oppfølging av sykmeldte. Oslo, Riksrevisjonen.
- Scholten J, van Weel C (1992). Functional status assessment in family practice. The Dartmouth COOP functional health assessment charts/WONCA. Lelystad, Meditekst.
- St.prp. nr. 1 (2001). Intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv - budsjettmessige konsekvenser mv.
- Thorlacius S, Stefansson S et al. (2001). Öorkumat fyrir og eftir gildistöku öorkumatsstadals (Incidence of disability in Iceland before and after introduction of a new method of disability evaluation). Læknablaðið; 87: 721-3.
- Tsai S, Gilstrap E et al. (1992). Personal and job characteristics of musculoskeletal injuries in an industrial population. J Occup Med; 34: 606-12.
- Wade D, De Jong B (2000). Recent advances in rehabilitation. BMJ; 320: 1385-8.
- Ware J (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care; 30: 473-83.
- World Health Organization (2001). ICF-International Classification of Functioning, Disability, and Health. Geneva, World Health Organization.

Appendiks 1 Norsk Funksjonsskjema

Instruksjon

I dette skjemaet ønsker vi å vite om du har hatt vansker med å utføre en del vanlige aktiviteter i løpet av **den siste uken**. Sett et kryss i den rute som du synes passer best ved hvert spørsmål. Hvis du ikke synes at spørsmålene passer riktig på din situasjon, ønsker vi allikevel at du svarer så godt du kan.

Hvis du av ulike grunner ikke har utført aktiviteten, så vil vi vite hvordan du tror at du ville ha gjort det dersom du hadde prøvd. Hvis du bruker et hjelpemiddel, eksempelvis stokk, høreapparat eller briller, så angir du hvordan du kan utføre aktiviteten **når du bruker hjelpemiddelet**.

Med vansker i denne sammenheng mener vi at du av ulike **helsemessige** grunner, for eksempel smerter, stivhet, angst eller uro, ikke klarer å utføre aktiviteten på en måte som du mener er normalt i forhold til din alder og ditt kjønn. Det kan også være at du bare klarer aktiviteten av og til. Hvis spørsmålet ikke er aktuelt for deg, for eksempel fordi du aldri kjører bil, kan du stryke spørsmålet.

--	--	--	--	--

>

Alder:

 16-19 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69

↓

Kjønn:

 Mann Kvinne

Bostedsfylke:

 Aust-Agder Vestfold Hedmark Troms

Hvilke plager er du sykmeldt for?.....

Er du fullt (100%) eller delvis sykmeldt, oppgi grad.....%

Hvilket yrke har du?.....

Hvilken beskrivelse passer best på det arbeidet du utfører? **Mest stillesittende arbeid** Arbeid som er fysisk lett og vekslende Arbeid som krever at en står og går mye+ Arbeid hvor man går og løfter mye Tungt kroppsarbeid

Har du hatt vansker med å utføre følgende aktiviteter den siste uken:

Ingen vansker Noe vansker Mye vansker Kan ikke

1. Stå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sitte på en kjøkkenstol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Løfte en tom bruske fra gulvet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bære handleposer i hendene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bære en liten sekk på skuldrene eller ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Plukke opp en mynt fra et bord med fingrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Holde og styre et ratt med hendene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Skyve og dra med armene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

9. Gå korte avstander på flat mark (mindre enn 1 kilometer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Gå lange avstander på flat mark (mer enn 1 kilometer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gå på skiftende underlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gå i trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bruke bil som passasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bruke kollektivtransport (buss, tog) som passasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kjøre bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

>

16. Handle dagligvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lage mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gjøre vanlig rengjøring (inkl gulvvask og støvsuging)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gjøre klesvask	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

20. Se på fjernsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Lytte på radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Være oppmerksom og konsentrert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Huske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du hatt vansker med å utføre følgende aktiviteter den siste uken:

Ingen vansker	Noe vansker	Mye vansker	Kan ikke
---------------	-------------	-------------	----------

24. Oppfatte muntlige beskjeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Oppfatte skriftlige beskjeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Snakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Skrive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Delta i samtale med flere personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Bruke telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

30. Utføre vanlige oppgaver alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Arbeide i gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Rettlede andre i deres aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Mest ansvar i dagliglivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Mest dagliglivets påkjenninger og belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Drive med dine fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

36. Kle av og på deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ta på sko og strømper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ha kontroll med vannlating og avføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

>

39. Takle kritikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Styre sinne og aggresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. I hvilken grad er din evne til å utføre ditt vanlige arbeid nedsatt akkurat i dag? (Her angis den nedsettelsen som skyldes de plagene du er sykmeldt for):

- Svært mye nedsatt
- Mye nedsatt
- Middels nedsatt
- Ikke særlig nedsatt
- Ubetydelig nedsatt

42. Hvor lenge tror du at du fortsatt vil være sykmeldt fra i dag?

- Mindre enn en måned
- 1-2 måneder
- 2-4 måneder
- 4-10 måneder
- Mer enn 10 måneder

43. Hva tror du blir resultatet ved endt sykmelding?

- Friskmeldt til arbeid
- Går over på fødselspenger (svangerskapspermisjon)
- Går over på attføring eller rehabiliteringspenger
- Går over på uføretrygd (helt eller delvis)
- Går over på alderspensjon eller avtalefestet pensjon (AFP)
- Annet. Hva _____?

44. Dersom det hadde blitt iverksatt tiltak eller tilrettelegging for deg på arbeidsplassen, tror du at du kunne gått helt eller delvis tilbake til arbeidet nå?

- Helt sikkert ikke
- Mest sannsynlig ikke
- Vet ikke
- Mest sannsynlig ja
- Helt sikkert ja

45. Tror du at tiltak eller tilrettelegging for deg på arbeidsplassen ville kunne redusere (enten ved redusert lengde eller ved delvis sykmelding) det nåværende sykefraværet ditt?

- Helt sikkert ikke
- Mest sannsynlig ikke
- Vet ikke
- Mest sannsynlig ja
- Helt sikkert ja

46. Hvilke tiltak eller tilrettelegging på arbeidsplassen tror du vil kunne redusere det nåværende sykefraværet for din del? (sett eventuelt flere kryss)

- Ingen
- Tilpasning av arbeidsplassen, nytt tilpasset utstyr, tekniske hjelpemidler og lignende
- Tilpasning av arbeidsoppgaver, andre arbeidsoppgaver, fysisk lettere arbeid, og lignende
- Økt mulighet for å styre egen arbeidsdag etter "dagsformen"
- Tiltak som øker trivsel og/eller rydder opp i mulige konflikter
- Økt anerkjennelse for arbeidet av sjefen(e), herunder oppjustering av lønn, endret ansvar og lignende
- Attføring til annet arbeid
- Andre tiltak

Takk for hjelpen!!!

Appendiks 2 Faktoranalise

I en faktoranalyse undersøkes den innbyrdes sammenhengen mellom spørsmål i et spørreskjema. Basert på korrelasjoner mellom spørsmålene, kan man undersøke om det finnes underliggende komponenter ("dimensjoner" eller "faktorer") som påvirker flere spørsmål og gjør at de fleste individer svarer på en bestemt måte på andre spørsmål, gitt at de svarer likt på ett.

Vi utførte faktoranalyser på Norsk funksjonsskjema og presenterer hovedtrekk av resultatene. Analysene er gjort med bistand av Rodica Balanescu, Utredningsavdelingen.

Spesielt interessant var det å sammenligne de dimensjoner som fremkom i faktoranalysen, med WHO's inndeling i funksjonsområder som vi hadde beholdt i vårt skjema. Her er det en del interessante ulikheter.

Trinn 1. Korrelasjonsmatrise. Egner materialet seg for faktoranalyse?

I en generell korrelasjonsmatrise viste alle 40 spørsmålene tilfredsstillende korrelasjon ($>0,3$) med minst et annet spørsmål, med unntak av spørsmål 38, som hadde korrelasjoner med alle andre spørsmål mindre enn 0,1. Dette spørsmålet: "Ha kontroll med vannlating og avføring", ble fjernet i fase 2 av prosjektet fordi det var ansett å være lite hensiktsmessig i saksbehandlingen. Det kunne også oppfattes som alt for nærgående. I den videre analysen er spørsmålet tatt vekk.

Materialet var egnet for faktoranalyse. Bartlett's test of sphericity var høyst signifikant ($p < 0,001$), og Kaiser-Meyer-Olkin's mål på utvalgstilsekkelighet var 0,892, hvilket er svært tilfredsstillende.

Trinn 2. Faktorekstraksjon

I faktoranalysen brukte vi prinsipalkomponentmetoden. De underliggende faktorene ble testet med tanke på forklart varians. Screeplot kunne tyde på at mellom 6 og 8 faktorer kunne identifiseres. Når faktorer med Eigenverdi større enn 1 ble inkludert, ga modellen åtte underliggende faktorer. En analyse av hvilke delspørsmål som inngikk i faktorene viste imidlertid at noen faktorer ikke var forståelige og inneholdt svært få spørsmål. Likeså ble den interne konsistensen lav for en faktor (0,50).

En ny faktormodell basert på prinsipalkomponentmetoden og begrenset til 7 faktorer ga en mer tilfredsstillende løsning. Denne modellen hadde en samlet forklart varians på 64,6%.

Trinn 3. Rotasjon. Identifisering av faktorer

For å identifisere hvilke spørsmål som skulle inngå i de 7 faktorene ble det først gjort ortogonal rotasjon med varimax-metoden, og deretter skrå etter oblimin-metoden. Resultatene fra de to metodene var sammenfallende med henblikk på hvilke spørsmål som inngikk i faktorene. Oblimin-metoden ga tilleggsinformasjon om et spørsmål som hadde lik betydning for to faktorer i varimax-matrisen. I tabell A0 presenteres derfor kun resultatene fra varimax-analysen. I tabellen er lagt til informasjon om intern konsistens for de 7 faktorene, målt med Cronbach's alpha.

Tabell A0 Faktoranalyse med faktorer, faktorladning og total forklart varians etter varimax rotasjon samt Cronbach's alpha, ordnet etter synkende forklar varians. Basert på 7 faktorer.

Komponent/Spørsmål	Faktor							Total forklart varians	alpha
	1	2	3	4	5	6	7		
Fysisk funksjon – gå/stå									
1. Stå	,609								
9. Gå korte avstander på flat mark (< 1 km)	,837								
10. Gå lange avstander på flat mark (> 1 km)	,887							26,2%	0,89
11. Gå på skiftende underlag	,876								
12. Gå i trapper	,823								
16. Handle dagligvarer	,480								
37. Ta på sko og strømper	,548								
Psykisk funksjon - mestre									
22. Være oppmerksom og konsentrert		,652							
31. Arbeide i gruppe		,704							
32. Rettlede andre i deres aktiviteter		,712							
33. Mestre ansvar i dagliglivet		,778							
34. Mestre dagliglivets påkjenninger/belastninger		,778							
39. Takle kritikk		,652							
40. Styre sinne og aggresjon		,609						43,7%	0,87
Fysisk funksjon – holde/plukke									
6. Plukke opp en mynt fra et bord med fingrene			,501						
7. Holde og styre et ratt med hendene			,653						
15. Kjøre bil			,550						
17. Lage mat			,625						
27. Skrive			,616	,526					
30. Utføre vanlige oppgaver alene			,498						
35. Drive med dine fritidsaktiviteter			,447						
36. Kle av og på deg			,622					50,3%	0,78
Psykisk funksjon - kommunisere									
23. Huske*		,520		,520					
24. Oppfatte muntlige beskjeder				,791					
25. Oppfatte skriftlige beskjeder				,733					
26. Snakke				,714					
28. Delta i samtale med flere personer		,501		,596					
29. Bruke telefon				,506				54,6%	0,84
Fysisk funksjon – løfte/bære									
3. Løfte en tom bruske fra gulvet					,531				
4. Bære handleposer i hendene					,685				
5. Bære en liten sekk på skuldrene eller ryggen					,763				
8. Skyve og dra med armene					,765				
18. Gjøre vanlig rengjøring					,526				
19. Gjøre klesvask					,416			58,3%	0,87
Fysisk funksjon – sitte									
2. Sitte på en kjøkkenstol						,708			
13. Bruke bil som passasjer						,792			
14. Bruke kollektivtransport som passasjer						,543		61,5%	0,77
Psykisk funksjon - sanser									
20. Se på fjernsyn							,658		
21. Lytte til radio							,734	64,6%	0,76
38. Ha kontroll med vannlating og avføring**									

*Lagt til faktor 4 pga resultat fra oblmin rotation

**Spørsmål 38 hadde svært lav korrelasjon og ble fjernet fra analysen

De enkelte spørsmålene er i denne modellen lagt til den faktor hvor de viste høyest faktorladning. I tre tilfeller viste spørsmålet i tillegg ladning større enn 0,5 til en annen faktor. Disse er også vist i tabellen.

Resultatet fra faktoranalysen var meget tilfredsstillende og viser godt avgrensede faktorer, med god intern konsistens. En korrelasjonsmatrise etter obliminanalysen viser at alle korrelasjoner mellom faktorene var lave. Den høyeste var 0,39 (ikke vist i tabell). Denne faktorinndelingen ble beholdt i den videre analysen.

Appendiks 3 Tabeller

Tabell A1 Inndeling i 12 diagnosegrupper og 3 diagnoseområder

<i>Diagnoseområde</i>	<i>Diagnosegruppe</i>	<i>ICPC kode</i>
Muskel- og skjelettsykdommer	Ryggsykdommer	L02, L03, L84, L85, L86
	Nakkesykdommer	L01, L83
	Skuldersykdommer	L08, L92
	Skader i muskel- og skjelettsystemet	L72-L81
	Andre muskel- og skjelettsykdommer	L04-L07, L09-L29, L70-L71, L82, L87-L91, L93-L99
Psykiske sykdommer	Depresjon	P03, P76
	Andre psykiske sykdommer	P01-P02, P04-P75, P77-P99
Andre sykdommer	Fordøyelsesykdommer	D01-D99
	Hjerte- og karsykdommer	K01-K99
	Nervesykdommer	N01-N99
	Luftveissykdommer	R01-R99
	Alle andre sykdommer	Hele kapitlene A, B, F, H, S, T, V, W, X, Y, Z

Tabell A2 Gjennomsnittskårer for funksjonsområder i Norsk funksjonsskjema etter kjønn, alder, sykmeldingsgrad og grad av fysisk belastning i yrket

Variabel	Antall	Fysisk – gå/stå	Fysisk- holde/ plukke	Fysisk- løfte/ bære	Fysisk- sitte	Psykisk- mestre	Psykisk- kommun- isere	Psykisk- sanser	Hele skjemaet
Kjønn									
Menn	154	1,61	1,48	1,80	1,35	1,58	1,31	1,12	1,52
Kvinner	229	1,60	1,49	1,89	1,31	1,55	1,24	1,15	1,52
<i>Signifikansnivå*</i>		-	-	-	-	-	-	-	-
Alder (år)									
16-19	3	1,38	1,27	1,50	1,22	1,76	1,44	1,00	1,41
20-29	53	1,67	1,50	1,75	1,38	1,47	1,20	1,18	1,49
30-39	106	1,52	1,51	1,77	1,35	1,68	1,29	1,16	1,52
40-49	102	1,62	1,47	1,90	1,29	1,50	1,26	1,14	1,52
50-59	96	1,63	1,46	1,89	1,32	1,56	1,33	1,11	1,54
60-69	26	1,65	1,49	2,10	1,32	1,46	1,14	1,00	1,53
<i>Signifikansnivå*</i>		-	-	-	-	-	-	-	-
Fylke									
Aust-Agder	99	1,55	1,52	1,77	1,34	1,65	1,32	1,18	1,52
Vestfold	96	1,65	1,47	1,87	1,31	1,56	1,24	1,11	1,54
Hedmark	94	1,56	1,46	1,92	1,36	1,47	1,23	1,13	1,49
Troms	87	1,66	1,50	1,88	1,31	1,57	1,29	1,12	1,54
<i>Signifikansnivå*</i>		-	-	-	-	-	-	-	-
Sykmeldingsgrad									
Hel	299	1,64	1,52	1,91	1,36	1,56	1,28	1,14	1,55
Gradert	81	1,46	1,36	1,62	1,22	1,55	1,25	1,14	1,42
<i>Signifikansnivå*</i>		<i>p=0,02</i>	<i>p=0,004</i>	<i>p=0,001</i>	<i>p=0,034</i>	-	-	-	<i>p=0,009</i>
Fysisk arbeids- belastning									
Mest stillesittende	45	1,52	1,48	1,78	1,33	1,66	1,31	1,09	1,50
Fysisk lett /vekslende	82	1,41	1,38	1,61	1,23	1,60	1,29	1,17	1,43
Står og går mye	90	1,64	1,46	1,74	1,29	1,64	1,28	1,16	1,53
Går og løfter mye	109	1,70	1,52	2,03	1,40	1,48	1,23	1,14	1,56
Tungt kroppsarbeid	59	1,63	1,53	1,99	1,33	1,44	1,26	1,11	1,53
<i>Signifikansnivå*</i>		-	-	<i>p=0,003</i>	-	<i>p=0,031</i>	-	-	-

*Signifikans testet med ANOVA

Tabell A3 Korrelasjoner mellom 7 funksjonsområder i Norsk funksjonsskjema og 8 dimensjoner i SF-36

Funksjonsområde i Norsk funksjonsskjema	SF-36 dimensjon							
	Fysisk funksjon	Kropps- smerte	Fysisk rolle- tilpasning	Generell helse	Sosial funksjon	Mental helse	Emosjonell rolle- tilpasning	Vitalitet
Gå/stå	-0,71***	-0,41***	-0,30***	-0,20***	-0,20***	0,08	0,10	-0,08
Holde/plukke	-0,44***	-0,41***	-0,28***	-0,18***	-0,32***	-0,09	-0,05	-0,15**
Løfte/bære	-0,52***	-0,52***	-0,34***	-0,21***	-0,17***	0,09*	0,11*	-0,11*
Sitte	-0,40***	-0,32***	-0,17***	-0,29***	-0,33***	-0,11	-0,04	-0,16**
Mestre	0,04	0,22	0,07	-0,35***	-0,55***	-0,63***	-0,54***	-0,53***
Kommunisere	0,06	-0,02	0,04	-0,32***	-0,45***	-0,46***	0,42***	-0,39***
Se/høre	0,05	-0,12*	-0,06	-0,20***	-0,26**	-0,24***	-0,21***	-0,26***

* Signifikant korrelasjon $p < 0,05$ (Pearson)

** Signifikant korrelasjon $p < 0,01$

*** Signifikant korrelasjon $p < 0,001$

Tabell A4 Korrelasjoner mellom 7 funksjonsområder i Norsk funksjonsskjema, 6 dimensjoner i COOP/WONCA og arbeidsevne

Norsk funksjonsskjema	COOP/WONCA						Arbeidsevne
	Fysisk form	Følelses- problem	Daglige aktiviteter	Sosiale aktiviteter	Helse- forandring	Samlet helsetilstand	
Gå/stå	0,55**	-0,12*	0,44**	0,16**	0,18**	0,20	0,32**
Holde/plukke	0,29**	0,05	0,47**	0,26**	0,10	0,22**	0,17**
Løfte/bære	0,40**	-0,11*	0,46**	0,15**	0,15**	0,14**	0,44**
Sitte	0,28**	0,06	0,32**	0,31**	0,18**	0,29**	0,13**
Mestre	-0,00	0,63**	0,28**	0,57**	0,14**	0,47**	0,38**
Kommunisere	-0,02	0,46**	0,21**	0,48**	0,16**	0,38**	0,23**
Se/høre	0,01	0,23**	0,13*	0,27**	0,01	0,19**	0,13**

* Signifikant korrelasjon $p < 0,05$ (Spearman)

** Signifikant korrelasjon $p < 0,01$ (Spearman)

Tabell A5 Gjennomsnittskårer for funksjonsområder i SF-36 etter kjønn, alder, sykmeldingsgrad og fysisk belastning i yrke og fylke blant sykmeldte etter 6 uker. (N=386)

Variabel	Antall	Dimensjon i SF-36							
		Fysisk funksjon	Generell helse	Kropps- smerte	Fysisk rolle- til- pasning	Mental helse	Emosjo- nell rolle- til- pasning	Vitalitet	Sosial funksjon
Kjønn									
Mann	149	64,0	60,3	36,4	15,3	64,9	49,7	44,1	59,4
Kvinne	221	63,8	62,5	40,2	18,1	63,9	54,1	35,0	55,3
Signifikansnivå		<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<0,01	<i>n.s.</i>
Alder									
16-19	3	82,8	67,0	61,3	41,7	50,7	44,4	38,3	58,3
20-29	53	63,6	66,3	35,4	15,6	67,6	56,0	46,7	60,4
30-39	105	67,1	64,4	40,6	21,0	59,2	46,7	32,5	53,0
40-49	101	64,5	62,7	38,6	22,3	66,6	57,7	42,0	58,4
50-59	94	60,8	54,7	38,2	8,1	63,2	48,9	34,9	55,3
60-69	26	55,6	59,1	35,8	13,0	74,1	61,1	49,3	65,4
Signifikansnivå		<i>n.s.</i>	0,06	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
Sykmeldingsgrad									
Gradert	79	65,8	63,6	43,0	16,8	67,6	54,9	37,5	61,9
Hel	294	63,2	60,9	37,5	17,2	63,2	51,6	38,9	55,6
Signifikansnivå		<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	0,07
Fysisk arbeidsbelastning									
Mest stillesittende	81	68,8	58,7	43,7	16,8	61,2	49,4	33,6	49,8
Fysisk lett, vekslende	45	73,7	64,2	42,1	25,6	61,2	40,0	38,9	53,1
Står og går mye	89	63,6	62,3	44,3	17,5	63,4	48,9	40,1	56,5
Går og løfter mye	109	58,6	60,6	34,3	14,4	65,8	57,9	37,1	60,8
Tungt kroppsarbeid	57	58,4	63,8	28,1	15,3	68,4	61,0	45,9	62,7
Signifikansnivå		0,02	<i>n.s.</i>	<0,01	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	0,04	0,03
Fylke									
Troms	87	64,1	61,0	39,2	18,3	65,0	53,7	39,8	58,6
Hedmark	94	62,1	66,5	40,1	14,8	64,0	55,2	39,4	55,2
Vestfold	96	62,3	62,3	38,8	17,6	67,5	59,3	36,9	58,4
Aust-Agder	99	66,1	58,1	37,3	18,4	60,9	40,8	38,4	55,3

*Signifikans er beregnet etter Anova

Tabell A6 Gjennomsnittskårer for COOP/WONCA (1=ikke problemer) og arbeidsevne (1=svært mye nedsatt) etter kjønn, alder, fylke, sykmeldingsgrad, grad av fysisk belastning i yrket og sykdom

Variabel	Antall	Fysisk form	Følelser	Daglige aktiviteter	Sosiale aktiviteter	Helseforandring	Samlet helse-tilstand	Arbeidsevne
Kjønn								
Menn	154	2,97	2,72	3,22	2,54	2,66	2,95	2,01
Kvinner	229	3,05	2,76	3,18	2,72	2,61	2,87	2,18
Signifikansnivå*		-	-	-	-	-	-	-
Alder (år)								
16-19	3	3,50	2,50	3,50	3,50	2,00	2,00	3,67
20-29	53	2,98	2,60	2,98	2,50	2,65	2,83	1,94
30-39	106	2,82	3,07	3,29	2,83	2,61	2,85	2,05
40-49	102	3,04	2,63	3,11	2,57	2,66	2,88	2,14
50-59	96	3,10	2,79	3,31	2,76	2,61	3,06	2,12
60-69	26	3,42	2,23	3,08	2,08	2,61	2,88	2,31
Signifikansnivå*		-	$p=0,03$	-	$p=0,04$	-	-	-
Signifikansnivå**		-	-	-	-	-	-	-
Fylke								
Aust-Agder	99	2,77	3,02	3,25	2,78	2,76	2,96	2,13
Vestfold	96	3,21	2,64	3,09	2,48	2,54	2,83	2,23
Hedmark	94	3,20	2,65	3,27	2,85	2,48	2,84	2,09
Troms	87	2,86	2,65	3,13	2,48	2,67	2,97	1,94
Signifikansnivå*		$p=0,02$	-	-	-	-	-	-
Sykmeldingsgrad								
Hel	299	3,07	2,78	3,24	2,66	2,60	2,90	1,96
Gradert	81	2,76	2,70	3,04	2,58	2,72	2,87	2,61
Signifikansnivå*		$p=0,04$	-	-	-	-	-	$p<0,001$
Fysisk arbeidsbelastning								
Mest stillesittende	45	2,95	3,02	3,26	2,98	2,72	3,15	2,23
Fysisk lett /vekslende	82	2,87	2,95	2,96	2,77	2,47	2,91	2,16
Står og går mye	90	3,09	2,77	3,07	2,63	2,61	2,74	2,27
Går og løfter mye	109	3,05	2,54	3,29	2,47	2,66	2,91	1,88
Tungt kroppsarbeid	59	3,04	2,58	3,27	2,46	2,60	2,77	2,05
Signifikansnivå*		-	-	-	$p=0,03$	-	-	-
Signifikansnivå**		-	$p=0,01$	-	$p=0,01$	-	$p=0,04$	-
Diagnoseområde								
Muskel-skjelettsykdom	192	3,25	2,36	3,35	2,45	2,68	2,82	1,99
Psykisk sykdom	45	2,45	4,30	3,21	3,63	2,69	3,44	2,07
Andre sykdommer	140	2,88	2,75	2,97	2,61	2,53	2,85	2,26
Signifikansnivå*		$p<0,001$	$p<0,001$	$P=0,002$	$p<0,001$	-	$p<0,001$	-

*Signifikans testet med ANOVA

**Signifikans testet med ANOVA linear

Tabell A7 Gjennomsnittsskårer for funksjonsområder i Norsk funksjonsskjema og for SF-36 dimensjoner, relatert til sykmeldtes tro på at tiltak kan redusere det aktuelle sykefraværet

Funksjonsområder/ dimensjoner	N	Tror tiltak kan redusere fraværet			Signifi- kansnivå <i>p</i>
		Ja (n=86) Skåre	Vet ikke (n=79) Skåre	Nei (n=207) Skåre	
Norsk funksjonsskjema					
Gå/stå	371	1,46	1,57	1,69	0,009
Holde/plukke	372	1,42	1,58	1,62	0,15
Løfte/bære	370	1,39	1,48	1,54	0,024
Sitte	371	1,19	1,26	1,31	0,072
Mestre	369	1,72	1,87	1,92	0,085
Kommunisere	362	1,20	1,36	1,38	0,031
Se/høre	364	1,07	1,16	1,15	0,144
Total funksjon	372	1,41	1,52	1,57	0,002
SF-36					
Mental helse	358	67	64	63	0,32
Vitalitet	360	44	39	36	0,023
Kroppssmerter	366	40	38	37	0,76
Generell helse	354	67	62	59	0,047
Sosial funksjon	368	62	62	52	0,001
Fysisk funksjon	361	68	68	59	0,007
Fysisk rolletilpassning	360	23	15	15	0,080
Emosjonell rolletilpassning	357	57	53	50	0,45

Tabell A8 Optimalisert lineær regresjonsmodell sammensatt av enkeltsspørsmål fra Norsk funksjonsskjema, SF-36, COOP/WONCA og arbeidsevne for å predikere sykmeldtes tro på at de kan gå tilbake til arbeid nå dersom tiltak på arbeidsplassen ble iverksatt* (n=338)

Enkeltspørsmål	Beta	95 % CI beta		<i>p</i> -verdi
<i>Norsk funksjonsskjema</i>				
Handle dagligvarer	-0,24	-0,42	-0,07	0,007
Oppfatte muntlige beskjeder	0,26	-0,03	0,55	0,076
Delta i samtale med flere	-0,31	-0,56	-0,07	0,013
<i>SF-36</i>				
Helse sammenlignet med for ett år siden	-0,14	-0,27	-0,01	0,039
Gå hundre meter	0,26	0,04	0,48	0,019
Kroppslige smerter siste 4 uker	0,18	0,08	0,27	0,001
Hatt mye overskudd siste 4 uker	-0,12	-0,24	-0,01	0,037
Følt deg glad siste 4 uker hele tiden til ikke i det hele	0,10	-0,1	0,22	0,084
<i>COOP/WONCA</i>				
Bedre dårligere helse enn 2 uker siden	-0,19	-0,35	-0,03	0,020
Redusert arbeidsevne	0,40	0,28	0,53	<0,001

* R square 0,29, justert 0,27. DF 10. F=13,7

Tabell A9 Optimalisert lineær regresjonsmodell sammensatt av enkeltsspørsmål fra Norsk funksjonsskjema, SF-36, COOP/WONCA og arbeidsevne for å predikere sykmeldtes tro på at tiltak eller tilrettelegging på arbeidsplassen kan redusere dette sykefraværet* (n=329).

Enkeltspørsmål	Beta	95 % CI beta		p-verdi
<i>Norsk funksjonsskjema</i>				
Handle dagligvarer	-0,19	-0,37	-0,002	0,047
Snakke	-0,34	-0,64	-0,03	0,030
Kontroll vannlating avføring	-0,39	-0,67	-0,12	0,005
<i>SF-36</i>				
Helse sammenlignet med for ett år siden	-0,163	-0,29	-0,04	0,013
Utrettet mindre enn ønsket siste 4 uker	0,49	-0,01	0,99	0,053
Vært forhindret fra visse typer arbeid /gjøremål	-0,53	-0,99	-0,06	0,029
Kroppslige smerter siste 4 uker	0,15	0,04	0,26	0,007
<i>COOP/WONCA</i>				
Fysisk form	-0,17	-0,28	-0,06	0,003
Redusert arbeidsevne	0,25	0,12	0,38	<0,001
Kjønn	0,28	0,03	0,53	0,029

* R square 0,21, justert 0,18. DF 10. F=8,4

Appendiks 4 Sammenheng mellom egenvurdert funksjon og antatt sykefraværslengde

Etter seks uker sykmelding har funksjonen antakelig sammenheng med hvor lenge sykmeldingen vil vare. Personer med mer nedsatt funksjon vil ha en dårlig prognose for å komme raskt tilbake i jobb.

I en senere fase av prosjektet "Egenvurdering av funksjon" vil vi kunne undersøke sammenhengen mellom egenvurdert funksjon og lengde på sykefraværet, som registrert i sykefraværsregistret. En slik mulighet foreligger ikke ennå, og derfor har vi undersøkt sammenhengen med hva den sykmeldte selv tror om lengden på sitt fravær.

Norsk funksjonsskjema

Sammenhengen mellom funksjonsskårer på Norsk funksjonsskjema og egenvurdert prognose ble undersøkt i logistiske regresjonsanalyser. Sammenhengen uttrykkes som odds ratioer (tilnærmet relativ risiko) med angivelse av konfidensintervall.

Vi undersøkte sammenhengen med svært dårlig prognose, her definert som ikke tilbakegang i løpet av 10 måneder (N=29), som da ble sammenliknet med personer med forventet tilbakegang kortere enn ti måneder (N=329). I analysen ble kontrollert for alder, kjønn, sykmeldingsgrad (hel/gradert) og diagnoseområde (muskel- og skjelettlidelse/ psykisk lidelse/ andre lidelser).

Tabell A10 Sammenheng mellom skårer på syv funksjonsområder og antatt fortsatt sykmelding i minst 10 måneder analysert med logistisk regresjon, kontrollert for alder, kjønn, sykmeldingsgrad og diagnoseområde, uttrykt som odds ratio med 95% konfidensintervall (N=358)

Funksjonsområde i Norsk funksjonsskjema	Odds ratio	95% konfidensintervall	Andre variabler med signifikant OR
Gå/stå	2,01	1,07-3,77	kjønn***
Holde/plukke	1,91	0,80-4,57	kjønn***
Løfte/bære	1,37	0,74-2,53	kjønn***
Sitte	3,34	1,70-6,56	kjønn***
Mestre	2,63	1,27-5,44	kjønn**
Kommunisere	3,68	1,66-8,17	kjønn**
Se/høre	2,27	0,99-5,21	kjønn***
EF total (39 items)	3,47	1,36-8,83	kjønn***

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Oddsratioer for å predikere de svært lange fraværene lå mellom 1,4 og 3,7. Det betyr at en person med et poeng høyere skåre, hadde en "risiko" for svært langt fravær som var 1,4-3,7 ganger større avhengig av funksjonsområde. Svært lange fravær hadde sammenheng med to fysiske funksjonsområder, gå/stå og sitte, samt to psykiske, mestre og kommunisere. I alle regresjonsmodellene hadde kjønn betydelig innvirkning fordi menn mente de hadde en forholdsvis dårligere prognose enn kvinner. Selv med kontroll for denne skjevheten hadde altså flere av funksjonsområdene betydelig prediktiv verdi. For å predikere svært lange fravær hadde diagnose ingen betydning.

SF-36

Sammenhengen mellom dimensjonene i SF-36 og egenvurdert prognose ble undersøkt i logistiske regresjonsanalyser. I analysen ble kontrollert for alder, kjønn, sykmeldingsgrad (hel/gradert) og diagnoseområde (muskel- og skjelettlidelse/ psykisk lidelse/ andre lidelser).

Tabell A11 Sammenheng mellom SF-36 dimensjoner og antatt fortsatt sykmelding i minst 10 måneder analysert med logistisk regresjon, kontrollert for alder, kjønn, sykmeldingsgrad og diagnosegruppe, uttrykt som odds ratio med 95% konfidensintervall (N=358)

SF-36 dimensjon	Odds ratio	95% konfidensintervall	Andre variabler med signifikant OR
Fysisk funksjon	0,98	0,96-0,99	kjønn*
Generell helse	0,95	0,93-0,97	kjønn**
Kroppssmerte	0,99	0,97-1,01	kjønn**
Fysisk rolletilpasning	1,00	0,99-1,01	kjønn***
Mental helse	0,98	0,96-1,00	kjønn**
Emosjonell rolletilpasning	0,99	0,98-1,00	kjønn***
Vitalitet	0,99	0,97-1,01	kjønn***
Sosial funksjon	0,99	0,97-1,00	kjønn***

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Svært lange fravær, mer enn ti måneder, hadde sammenheng med dimensjonene fysisk funksjon og generell helse. Særlig den siste var høyst signifikant og hadde betydelig innvirkning på modellen. I alle regresjonsmodellene hadde kjønn betydelig innvirkning.

Det ble også gjort en lineær regresjonsanalyse (tab A12), som skilte mellom de som trodde at fortsatt sykmelding ville vare opp til to måneder (n = 240) og de som trodde at det ville ta lenger tid enn to måneder før de var tilbake i arbeid (n = 117).

Tabell A12 Linear regresjonsanalyse, SF-36 mot antatt fortsatt sykmelding mindre eller mer enn to måneder. I kolonnene til høyre er materialet splittet etter diagnoseområde

	Koeffesient beta	Signifikans total	Signifikans Muskel/skj	Signifikans psyk	Signifikans Andre syk
Mental helse	0,04	0,66	0,21	0,57	0,66
Vitalitet	0,05	0,46	0,78	0,70	0,73
Kroppssmerte	-0,04	0,56	0,50	0,32	0,55
Generell helse	-0,31	<0,001	0,001	0,16	<0,001
Sosial funksjon	-0,12	0,10	0,86	0,03	0,67
Fysisk funksjon	-0,05	0,49	0,03	0,10	0,82
Fysisk rolletilpasning	0,16	0,02	0,06	0,59	0,33
Emosjonell rolletilpasning	-0,09	0,22	0,10	0,45	0,71

COOP/WONCA og arbeidsevne

Sammenhengen mellom egenvurdert prognose for de tre prognostiske kategoriene sykmeldt mindre enn en måned, sykmeldte i 1-10 måneder og mer enn 10 måneder, og gjennomsnittlige funksjonsskårer for COOP/WONCA-områdene og egenvurdert arbeidsevne ble undersøkt (tab A13). Forskjeller i gjennomsnitt skåre ble testet med ANOVA.

Tabell A13 Sammenheng mellom egenvurdert prognose og gjennomsnittsskårer for COOP/WONCA og arbeidsevne*

Variabel	Fysisk form	Følelser	Daglige aktiviteter	Sosiale aktiviteter	Helseforandring	Samlet helse-tilstand	Arbeidsevne
< 1 måned	2,80	2,54	2,95	2,41	2,09	2,56	2,60
1-10 måneder	3,07	2,84	3,29	2,72	2,84	2,98	1,86
>10 måneder	3,18	3,11	3,46	3,12	3,15	3,69	1,69
Signifikansnivå**	<0,05	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

* I COOP/WONCA betegner (1) ikke problemer og (5) meget store problemer, mens i arbeidsevnespørsmålet betegner (1) "svært mye nedsatt" og (5) "ikke nedsatt" arbeidsevne.

**Signifikans testet med ANOVA, linear

Alle funksjonsområdene viste signifikant dårligere skårer for prognosen ” >10 måneders varighet” enn for prognosen ” <1 måned”.

Samlet modell

Det ble også laget modeller, basert på lineær regresjonsanalyse, der enkeltspørsmålene fra Norsk funksjonsskjema, SF-36 og COOP/WONCA inngikk som "forklaringsvariable" til egenvurdert lengde på sykefraværet. I modellene ble det kontrollert for kjønn, alder, sykmeldingsgrad (hel/gradert) og diagnoseområde (muskel- og skjelettlidelse/ psykisk lidelse/ andre lidelser). I denne modellen var forklaringsverdien uttrykt ved R^2 og justert R^2 . For hvert skjema ble det først laget en modell, der alle variable ble lagt inn samtidig ("samtidig" modell), deretter en modell, der variabler med ikke-signifikant sammenheng (p større eller lik med 0,10) ble fjernet trinnvis ("baklengs" modell).

Tabell A14 Lineær regresjonsmodell for å forklare forventet lengde av sykefraværet*

	Norsk funksjonsskjemas spørsmål		SF-36 spørsmål		COOP/WONCA -område	
	R^2	R^2 justert	R^2	R^2 justert	R^2	R^2 justert
"samtidig" modell	0,257	0,153	0,359	0,260	0,251	0,23
"baklengs" modell	0,199	0,178	0,310	0,290	0,249	0,239

* Justert for alder, kjønn, sykmeldingsgrad og diagnoseområde

Spørsmålene i SF-36 syntes gi bedre forklaring enn spørsmålene fra Norsk funksjonsskjema og COOP/WONCA (tab A 14).

Det ble så laget en optimalisert modell, der spørsmål fra alle skjemaer og egenvurdert arbeidsevne inngikk. I tabell A15 vises resultatet av denne modellen. Kun spørsmål med forklaringsverdi ($p < 0,05$) ble inkludert i modellen.

Tabell A15 Optimalisert modell med spørsmål fra alle spørreskjema som hadde betydning for egenvurdert lengde av pågående sykefravær (n=303)*

Variabel	Beta	95 % CI beta		p-verdi
<i>Norsk funksjonsskjema</i>				
Sitte på en kjøkkenstol	0,21	0,02	0,40	0,031
Skyve og dra med armene	0,16	0,02	0,30	0,021
Bruke telefon	0,42	0,16	0,68	0,002
Drive med fritidsaktiviteter	-0,23	-0,35	-0,11	<0,001
<i>SF-36</i>				
Helse sammenlignet med for ett år siden	0,16	0,05	0,28	0,006
Gå hundre meter	-0,39	-0,63	-0,16	0,001
Forhindret i å utføre arbeid./ gjøremål siste 4 uker	0,73	0,40	1,06	<0,001
Utrettet mindre enn ønsket	0,36	0,001	0,71	0,049
Utført arbeid/ gjøremål mindre grundig enn vanlig	-0,38	-0,73	-0,03	0,035
Hatt mye overskudd siste 4 uker	-0,14	-0,24	-0,05	0,004
Utmerket helse	0,23	0,14	0,32	<0,001
<i>COOP/Wonca</i>				
Samlet generell helsetilstand siste to uker	0,42	0,27	0,56	<0,001
Redusert arbeidsevne	-0,17	-0,30	-0,05	0,006
Diagnoseområde	0,15	0,03	0,29	0,019

*Samlet modell R square = 0,454, justert R square = 0,423. F=14,89. DF=16

Forklaringsverdien var god med $R^2 = 0,45$. I modellen hadde vurdering av arbeidsevne stor betydning, sammen med generell helse og helse siste to uker.

Det er ellers verdt å merke seg at problem med fritidsaktiviteter, gå hundre meter og det å ha hatt lite overskudd talte for redusert lengde av sykmeldingen. Dette kan muligens ha sammenheng med at personer som har mye problemer med disse funksjonene har enn mer akutt sykdom med forhåpning om rask bedring. Spørsmål om smerte i SF-36 hadde ikke prediksjonsverdi for lengre forventet sykefravær.

Resultatene fra analysene av forventet lengde ble til stor del bekreftet av en analyse for å finne forklaringsvariable for forventede "varige" trygdeytelser, dvs. de personer som ventet seg uførepensjon eller attføring/rehabilitering etter endt sykefravær (n=51). Også her hadde generell helsevurdering stor betydning (tab A16)

Tabell A16 Linier regresjonsmodell for å forklare "varig" trygdeytelse*

Variabel	Beta	95 % CI beta		P
Alder	0,005	0,001	0,11	0,045
Kjønn	-0,12	-0,24	0,005	0,059
Plukke opp mynt med hender	0,15	-0,001	0,30	0,072
Drive med fritidsaktiviteter	-0,005	-0,12	0,006	0,077
Egenvurdert lengde av sykmelding	0,27	0,22	0,33	< 0,001
Generell helsevurdering	0,009	0,02	0,17	0,019
Følt seg veldig nervøs	-0,005	-0,10	0,00	0,050
Utmerket helse.	0,006	-0,001	0,12	0,055

* Modell inklusive egenvurdert lengde. R kvadrat 0,48, justert 0,46. F=34,14 df 8 Total 308

Diskusjon

For analysen av SF-36 syntes generell helse å bety mest, men også fysiske rolletilpasning. Det fremkom i modellen at lav sosial funksjon synes å predikere et lengre sykefravær hos personer med psykisk lidelse, mens fysisk funksjon var prediktor for langvarig sykefravær for personer med muskel- og skjelettsykdommer. Generell helse var en mindre viktig prediktor blant de med psykiske lidelser. Det er verdt å merke seg at generell helse er den dimensjonen som i minst grad syntes å være nyttig for å skille pasienter fra hverandre når det gjelder opplevd helse og funksjon relatert til diagnose, allikevel syntes å være svært betydningsfull med tanke på varighet av framtidig sykefravær.

8% av utvalget besto av personer med pessimistisk utsyn på evnen å komme tilbake i arbeid. To tredeler av dem er menn. For dem slo generell helse og fysisk funksjon igjen ut som forklaringsvariable for forventet lengde av fraværet. I prosjektet "Work capacity and integration" brukte man fire av dimensjonene i SF-36 for å se på endring over tid i helse, funksjon og livskvalitet blant personer som deltok i en dansk reintegreringsmodell og en nederlandsk. Generell helse var en av de parametrene som ble benyttet i dette prosjektet, men forfatterne viste at den ikke endret seg i forløpet (ref til art). Det er altså mulig at det foreligger en faktor som predikerer langtidssykmelding, men til gjengjeld er den samme faktoren resistent mot tiltak.

Ingen av de undersøkte skjemaene var tenkt som skjema for predikering av videre sykmelding, men man kan allikevel forvente en viss sammenheng mellom funksjonsnivå og sykmeldingens varighet. I denne fase av prosjektet hadde vi kun tilgjengelig den sykmeldtes egen prognose på hvor lenge sykmeldingen ville være. Dette er kun en tilnærming til reell varighet av sykmeldingen, og man bør ikke overvurdere betydningen av de påviste sammenhenger.