



**Karolinska  
Institutet**

**IMM, Institutet för Miljömedicin**

Magisterprogrammet i arbete och hälsa, [Ergonomi]

Huvudämnet arbete och hälsa

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Vårterminen 2017

---

# **Är Krav och Funktionsschema (KOF) en användbar metod vid arbetslivsinriktad rehabilitering?**

- Deskriptiv studie om användande samt styrkor och svagheter med metoden.

Författare: Maria Saevig

Handledare: Margareta Torgén, M.D, PhD, Arbets- och miljömedicin Akademiska sjukhuset i Uppsala

Examinator: Jenny Selander, Med Dr, Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet



**Karolinska  
Institutet**

**IMM, Institutet för Miljömedicin**

Magisterprogrammet i arbete och hälsa, Ergonomi

Huvudämne: Arbete och hälsa

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Vårterminen 2015

## Är Krav och Funktionsschema (KOF) en användbar metod vid arbetslivsinriktad rehabilitering?

### Sammanfattning

**Introduktion:** Med bakgrund av de senaste årens ökade sjukskrivningar framkommer behov av att utveckla och förbättra insatser inom arbetslivsinriktad rehabilitering för att tidigt fånga upp signaler på ohälsa. Att utvärdera och förbättra bedömningsstöd kan utgöra en åtgärd för att se över metoder att tidigt upptäcka behov av rehabilitering och arbetsanpassningar för att förhindra sjukskrivning eller möjliggöra en arbetsåtergång.

**Syfte:** Studien ämnar undersöka Krav och Funktionsschema (KOF) som metod i syfte att undersöka om och hur metoden används samt identifiera styrkor och svagheter.

**Metod:** En kvantitativ forskningsstudie har genomförts utifrån en enkätundersökning där samtliga deltagare som genomgått en introduktionsutbildning i KOF-metodik inkluderats. Materialet har bearbetats deskriptivt.

**Resultat:** Av respondenterna svarade 45 av 69 (65 %) att de använder KOF-metoden i någon utsträckning. Metoden används framför allt av läkare men även till stor del av sjuksköterskor och sjukgymnaster inom företagshälsor. Det framkommer inget signifikant samband vid användande av metoden mellan läkare och övriga yrkeskategorier. Användningsområdet för metoden är framför allt vid förebyggande inventering eller vid sjukskrivningsärenden där den används vid arbetsförmågeutredningar. Strategibeslut är det primära anledningen till om metoden används eller inte. Struktur och metodik ses som de största styrkorna medan tidsaspekt skattades något lägre. Det sågs även som positivt att chef på ett naturligt sätt blev delaktig i processen. Däremot angavs ett behov av fler frågor kring psykosociala aspekter på arbetet samt att metoden ansågs tidskrävande.

**Konklusioner:** Krav och Funktionsschema (KOF) möter flera framgångsfaktorer kring att arbeta med arbetslivsinriktad rehabilitering och beaktar arbetsförmåga ur ett flerdimensionellt perspektiv. En god struktur och metodik samt en metod som involverar arbetsgivare kan möjliggöra att fånga upp tidiga signaler kring obalanser mellan krav och förmåga i arbetet. Detta gäller förutsatt att samverkansrutiner mellan till exempel företagshälsor och respektive kundföretag/organisationer fungerar. Tidsaspekten ses dock som en hindrande faktor och innebär en kostnadsaspekt för kundföretag. Likaså finns önskemål om att beakta psykosociala aspekter i större omfattning vilket ligger i linje med den utveckling vi ser av de ökade sjukskrivningarna kring psykosocial ohälsa och kan tala mot användbarheten i metoden. Resultatet är såra att generalisera då svarsfrekvensen är tämligen låg men motiverar till fortsatt uppföljning av KOF-metodens användbarhet.



**Karolinska  
Institutet**

**IMM, Institute of Environmental Medicine**

Master's Programme in Work and Health, [Ergonomics]

Main field of study: Ergonomics

Degree project, 15 credits

Spring 2017

## ” Krav och Funktionsschema” (KOF) – a descriptive study of how the method is used in occupational rehabilitation

### **Abstract**

**Introduction:** Due to a recent and considerable increase in sick-leaves, it has become important to develop and improve methods to identify early signs of work related illness. Evaluating and improving methods for assessing the ability to work are important in order to improve the rehabilitation processes. By finding early signs of illness through assessment methods, the rehabilitation processes are facilitated. This can work as basis for initiating work-related activities in order to prevent sick leave or enable people to return to work.

**Purpose:** The purpose of this study was to examine the Krav och Funktionsschema (KOF) as a method, with the purpose of investigate how the method is used and identify strengths and weaknesses of the method.

**Method:** A quantitative research study has been conducted through a questionnaire survey. Subjects of the study included all participants of an introductory course in KOF methodology. The material has been processed descriptively.

**Results:** 45 of 69 (65%) of the included subjects use the KOF method to some extent. The method is used primarily by doctors, but also by a large number of nurses and physiotherapists in corporate health. There is no significant connection in using the method between doctors and other occupational categories. The method is primarily used for preventive purposes or in sick leave investigations, where it is used to evaluate the ability to work. Strategic decisions are the primary indicator to using the method. Structure and methodology are considered the greatest strengths, while the time aspect was estimated slightly lower. The presence of the manager was also perceived as a big advantage in the KOF-dialogue. However, other findings show a need for more questions regarding psychosocial aspects of work. Also, the method was considered time consuming.

**Conclusions:** Krav och Funktionsschema (KOF) presents several success factors in work-life rehabilitation, and are treating work ability from a multi-dimensional perspective. The KOF method is perceived to be well-structured and to have a good methodology. It involves employers, thus capturing early signals of imbalances between demands and abilities at work. There still is, however, a need for improving routines between corporate health and customer companies /organizations in order to initiate early actions. The time aspect is seen as a weakness, as it means greater costs for the companies employing the method. Moreover, the psychosocial aspects of the method might require reviewing, since the results indicates a desire to explore such matters further. The increase in number of sickness leaves due to psychosocial problems, might disfavor the usefulness of the method.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND.....</b>	<b>3</b>
2.1	DEFINITIONER/BEGREPPSTEORI.....	4
2.1.1	Arbetsförmåga.....	4
2.1.2	Rehabilitering.....	5
2.1.3	Arbetslivsinriktad rehabilitering .....	6
2.2	METODER VID ARBETSLIVSINRIKTAD REHABILITERING .....	7
2.2.1	Krav och Funktionsschema (KOF) .....	7
2.2.2	Andra metoder/Modeller vid arbetslivsinriktade insatser .....	8
<b>3</b>	<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>METOD.....</b>	<b>10</b>
4.1	METODVAL.....	10
4.2	DATAINSAMLING.....	10
4.3	STUDIEPOPULATION .....	11
4.4	MÄTINSTRUMENT/ENKÄTDESIGN .....	11
4.5	DATABEARBETNING OCH ANALYS .....	11
4.6	ETIK .....	12
<b>5</b>	<b>RESULTAT.....</b>	<b>12</b>
5.1	DELTAGANDE OCH BORTFALL.....	12
5.2	ANVÄNDANDE.....	13
5.3	STYRKOR OCH SVAGHETER VID ANVÄNDANDE.....	15
5.4	ORSAKER TILL ATT METODEN INTE ANVÄNDS .....	16
<b>6</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>17</b>
6.1	METODDISKUSSION .....	17
6.1.1	Datainsamling.....	17
6.1.2	Bortfall.....	18
6.1.3	Mätinstrument och dataanalys.....	18
6.2	RESULTATDISKUSSION .....	19
6.2.1	Användande .....	19
6.2.2	Hindrande och underlättande faktorer vid användning.....	20
6.2.3	Praktiska implikationer .....	20
6.2.4	Förslag på forskning/utveckling.....	21
<b>7</b>	<b>SLUTSATSER.....</b>	<b>21</b>
<b>8</b>	<b>REFERENSER.....</b>	<b>22</b>
	BILAGA 1 ENKÄT .....	25
	BILAGA 2 FÖLJEBREV.....	28

# 1 INLEDNING

Att ha människor sjukskrivna drabbar såväl individ som arbetsgivare och innebär även stora samhällskostnader. Det är därför av stor vikt att arbeta för att förhindra sjukskrivning och att främja återgång till arbete. I ett slutbetänkande från parlamentariska socialförsäkringsutredningen (SOU 2015:21) identifieras problem inom socialförsäkringarna som bedöms som viktiga att prioriteras, däribland den ökande sjukfrånvaron. Den förklaras till en del med ökade långtidssjukskrivningar då tidiga insatser och utredningar inte genomförts. Det framkommer en otydlighet kring ansvar för att tidigt upptäcka behov och påbörja insatser där man sett en minskad effekt vid sent initierade insatser (Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, 2015). Längre sjukskrivningar visar även på större svårigheter att komma tillbaka till arbete och ser man ur ett vidare perspektiv så utgör frånvaro från arbetslivet i sin tur en ökad risk för ohälsa, till exempel genom social isolering och ekonomiska svårigheter (Centrum för arbets- och miljömedicin, 2016).

Socialdepartementet har i år, 2017, utkommit med en departementsskrivelse (DS 2017:9) kring förstärkt rehabilitering för återgång i arbete. I korthet innebär det en skyldighet för arbetsgivare att ta fram en plan för arbetsåtergång kring anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder om en medarbetare varit sjukskriven i mer än 30 dagar, det vill säga i ett tidigt skede. Det arbetslivsinriktade rehabiliteringsstödet ska vidgas till att innefatta planering, genomförande och uppföljning (Socialdepartementet, 2017). Det framkommer således ett uttalat behov av att utveckla och förbättra insatser kring tidig arbetslivsinriktad rehabilitering där bedömningsstöd för hälso- och sjukvården kan vara ett bra verktyg för att tidigt upptäcka behov kring rehabilitering och arbetsanpassning. Behovet av att ta fram effektiva arbetssätt för att kartlägga tidiga åtgärder stöds även i en Arbetsplatsrapport (Centrum för arbets- och miljömedicin, 2016) som betonar vikten av att identifiera arbetsförhållanden som ökar risken för ohälsa och nedsatt arbetsförmåga.

Bland framgångsfaktorer vid arbetslivsinriktad rehabilitering nämns bland annat en tydlig arbetsfokuserad hälso- och sjukvård samt delaktiga och ansvarstagande arbetsgivare (Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, 2015). Därför föreslås ett ökat stöd till arbetsgivare, exempelvis genom trepartssamtal och rehabiliteringsöverenskommelser. Det finns idag ingen rekommenderad metod (golden standard) för företagshälsor att få fram underlag för lämpliga arbetslivsinriktade insatser. Olika metoder används, vilket delvis kan förklaras med komplexiteten kring sjukskrivningar och bedömning av arbetsförmåga.

En möjlig metod är ”Krav och Funktionsschema” (KOF) som syftar till att tidigt undersöka och identifiera obalanser mellan krav som ställs i befintligt arbete och funktionsförmågan hos en medarbetare. KOF genomförs som en strukturerad dialog mellan arbetsgivare, arbetstagare och en tredje part, till exempel en företagshälsorepresentant som leder samtalet. Att identifiera obalanser kan ge underlag för att sätta in lämpliga och tidiga åtgärder i form av arbetsanpassning och rehabilitering.

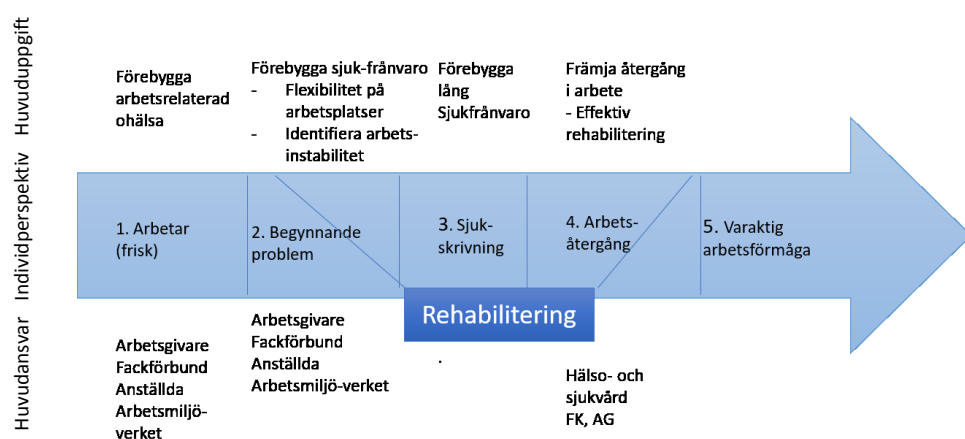
Med utgångspunkt i ovanstående avser denna uppsats att undersöka Krav och funktionsschema som metod med syfte att dels undersöka hur metoden används och dels identifiera upplevda styrkor och svagheter. Resultatet av studien är tänkt att ge en indikation om metodens användbarhet kring arbetslivsinriktad rehabilitering samt om det är en metod som kan användas för att ge underlag för att initiera tidiga och anpassade insatser för att förhindra sjukskrivning eller främja arbetsåtergång.

## 2 BAKGRUND

Enligt statistik från Statistiska Centralbyrån och Försäkringskassan minskade antalet sjukskrivningar under åren 2002–2010 från femton till strax under sex dagar för att sedan stiga kontinuerligt (Centrum för arbets- och miljömedicin, 2016; Försäkringskassan, 2012; SCB). Från 2012 till och med september 2016 har man sedan sett en ökning av sjukpenningdagar från cirka sju dagar till över tio dagar per individ och år (Udin, 2016). Ökningen innebär stora konsekvenser för individ, företag och samhälle. För att kostnader för sjukskrivningar inte ska skena, har regeringen gett Försäkringskassan i uppdrag att arbeta för att nå ett sjukpenningtal på högst nio dagar per år i slutet av 2020 (Udin, 2016).

Att tidigt kartlägga orsaker till ohälsa ger möjlighet att kunna initiera adekvata rehabiliteringsinsatser för att undvika sjukskrivning eller arbeta för en hållbar arbetsåtergång. Det är därför viktigt att identifiera individens arbetsförmåga i relation till arbetets krav. Bland orsaker till sjukskrivningar är det sedan 2012 framför allt stress och psykisk ohälsa som utgör den största ökningen av sjukskrivningar bland män och kvinnor. Bland kvinnor är nu stress och psykisk ohälsa den vanligaste orsaken till arbetsrelaterade besvär och den näst vanligaste bland män (Centrum för arbets- och miljömedicin, 2016; Försäkringskassan, 2012; Udin, 2016). Det finns även behov av fortsatt arbete med fysiska arbetsmiljöförhållanden då cirka 30 % av kvinnor och cirka 20 % av män upplever besvär för rörelseorganen, vilket tillsammans med psykisk ohälsa toppar faktorer vid sjukskrivning för arbetsrelaterade besvär (Centrum för arbets- och miljömedicin, 2016).

Oavsett om det är fysiska eller psykosociala besvär är det viktigt att tidigt identifiera tecken på ohälsa. Ekberg, Eklund och Hensning (2015b) visar hur sjukskrivning och rehabiliteringsprocessen kan se ut och vilka aktörer som är delaktiga under en sjukskrivningsprocess. Spannet av åtgärder, som på bilden presenteras som rehabilitering, sträcker sig från att arbeta med förebyggande åtgärder för sjukfrånvaro till insatser om att förebygga långtidsfrånvaro och att senare tillsätta åtgärder för arbetsåtergång. Vilka metoder som används, och när i processen de används är därför intressant att studera.



Figur 1 Sjukskrivning och rehabiliteringsprocessen (Ekberg et al., 2015b).

## 2.1 Definitioner/Begreppsteori

För att undersöka KOF som metod är det av värde att centrala begrepp förklaras så att metoden sätts i en begriplig kontext. I nedanstående kapitel förklaras därför arbetsförmåga, rehabilitering samt arbetslivsinriktad rehabilitering samt aktuell forskning kring arbetslivsinriktade insatser för arbetsåtergång.

### 2.1.1 Arbetsförmåga

Arbetsförmåga är ett centralt begrepp både vad gäller arbetslivsinriktad rehabilitering och ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv. För att den sjukskrivne ska få kompensation för utebliven inkomst måste en sjukdom eller skada innebära nedsatt arbetsförmåga om minst 25 %, vilket i praktiken kan vara svårt att bedöma (Ekholm, Vahlne Westerhäll, Bergroth, & Schöldt Ekholm, 2015). En förklaring är att det finns olika teorier och definitioner kring begreppet arbetsförmåga. Exempelvis finns det ingen tydlig definition av begreppet arbetsförmåga i lagtexter (Ekberg, Eklund, & Hensing, 2015a).

I en litteraturgenomgång från Arbetslivsinstitutet av begreppet arbetsförmåga identifieras arbetsförmåga ur en fysisk, psykisk och en social dimension som står i relation till arbetets krav (Ludvigsson, Svensson, & Alexanderson, 2006). Det finns däremot olika teorier och modeller kring arbetsförmågebegreppet och de olika dimensioner som inkluderas i begreppet. Några av dem presenteras nedan för att visa på de olika dimensioner som anges i litteraturen och som kan beaktas vid bedömningsmetoder vid arbetslivsinriktad rehabilitering. I Ilmarinens arbetsförmågemodell beskrivs begreppet som ett samspel mellan individens fysiska, psykiska och sociala förmågor samt de yttre krav som ställs för att ett specifikt arbete skall bli utfört. I linje med sammanfattningen av Ludvigsson et al (2006), ses begreppet som komplext och flerdimensionellt. Ilmarinen är en av förespråkarna för att beakta individens resurser utifrån hälsofaktorer, funktionella kapaciteter men även utbildning, attityd, motivation och värderingar, som han anser bör vägas samman med arbetets fysiska, sociala och mentala krav (Ilmarinen, 2001). Även Staaf, Berglind och Ekholm (1995) beskriver begreppet som ett relationsbegrepp där arbetsförmågan ses som sett samspel mellan individens kapacitet och arbetets krav på individen som då blir ett mått på balansen mellan krav och förmåga i en viss arbetssituation.

Att begreppet är relationellt och flerdimensionellt ses även i Tenglands teorier som har liknande utgångspunkt med att arbetsförmågan bestäms av individfaktorer och arbetskrav. Han presenterar även en annan dimension där arbetsförmågebegreppet delas i två delar: en specifik och en mer generell. Den ena delen innebär arbetsförmåga då ett visst arbete kräver specifik träning eller utbildning, medan den andra delen bygger på att klara ett arbete utifrån kortare träning (Tengland, 2011). Dessa teorier och tankesätt känns igen inom Försäkringskassans rehabiliteringskedja där individens kapacitet bedöms utifrån arbetets krav samt att individens arbetsförmåga initialt provas mot eget arbete och sedan mot hela arbetsmarknaden. Tankegångarna tas även upp i en SOU-rapport (2009:89) som ser arbetsförmåga som relationellt och situationsberoende där den bedöms utifrån en viss individ som utför specifika arbetsuppgifter i en specifik miljö. Då Försäkringskassan bedömer individen mot hela arbetsmarknaden bör detta istället utgöra en bedömning av medicinska förutsättningar för arbete då de inte har ett specifikt arbete att bedömas mot (Arbetsförmågutredningen, 2009).

Arbetsförmågebegreppet kan även ses ur ett bredare och mer holistiskt perspektiv. I Nordenfelts mer filosofiska handlingsteoretiska perspektiv beaktas sjukfrånvaro och funktionsnedsättningar utifrån arbetskapaletet och arbetsförmåga i kombination med yttre möjligheter och motivation. Likt Ilmarinen ses motivation som en viktig påverkande faktor och

där Nordenfelt delar upp begreppet i kognition, behov och känslor. Känslor ses till exempel i värdering av arbetets betydelse för individen där samhörighet, struktur eller mening har betydelse (Ludvigsson et al., 2006; Nordenfelt, 2008). Arbetsförmåga förklaras som individens förmåga att klara av de krav som arbetet ställer förutsatt att arbetsmiljön är tillfredsställande.

Ur ett bedömningsperspektiv kring arbetsförmåga vid arbetslivsinriktad rehabilitering är ovanstående begrepp således mer eller mindre svåra att relatera till vid bedömning kring sjukskrivning. Exempelvis är de olika teorierna gällande om och hur individens motivation påverkar arbetsförmågan en komplex diskussion då arbetsförmåga även bedöms ur ett försäkringsjuridiskt perspektiv kring rätten till sjukpenning eller andra stöd inom socialförsäkringssystemet (J Ekholm et al., 2015).

Inom socialförsäkringssystemet har International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en tydlig koppling kring arbetsförmågebegreppet. ICF inkluderas i begreppsteorin då det är ett klassifikationssystem som används framförallt inom hälso- och sjukvården. Modellen utarbetades 2001 av World Health Organization (WHO) och fokuserar på individens arbetsförmåga och i form av funktionsnedsättning, aktivitet och delaktighet men beaktar även individens personliga och omgivningsfaktorer. Försäkringskassan tar ställning till effekterna av diagnos vid bedömning av rätt till sjukpenning i linje med ICF:s terminologi i sin DFA-kedja (Diagnos-Funktionsnedsättning- Aktivitetsbegränsning). En nackdel med dessa modeller är att de inte inkluderar analys av individens arbetskrav (Ludvigsson et al., 2006).

Även om de olika begreppsteorierna kring arbetsförmåga varierar ses ändå likheter kring arbetsförmåga som ett relationellt begrepp där individens förmåga står i relation till arbetets krav utifrån ett flerdimensionellt perspektiv. Däremot skiljer sig åsikter kring vilka dimensioner som ska inkluderas i begreppet. I Ludvigssons litteratursammanställning sammanfattas därför begreppet som ofullständigt och oprecist och att det finns ett stort behov av tydligare definitioner för att kunna bedöma och mäta arbetsförmåga (Ludvigsson et al., 2006). Ovanstående begreppsteori kan således förklara de olika metoder och modellers olika utgångspunkter vid arbetslivsinriktad rehabilitering.

## 2.1.2 Rehabilitering

Socialstyrelsen definierar begreppet rehabilitering som ”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet” (Socialstyrelsen, 2010). Detta liknar WHO:s definition av begreppet. En mer kortfattad definition anges i en SOU-rapport (2010:58) där begreppet definieras som ”de åtgärder som kan riktas till en individ eller omgivning för att möjliggöra ett optimalt fungerande för en individ i dagligt liv och i arbete” (Rehabiliteringsrådet, 2010).

Rehabilitering kan även ses ur olika perspektiv och delas ofta upp i medicinsk rehabilitering, social rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering där olika rehabiliteringsaktörer är delaktiga. Hälso- och sjukvården står för den medicinska rehabiliteringen och den sociala rehabiliteringen hanteras på kommunnivå och inom socialtjänsten. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen involverar såväl arbetsmarknadsmyndigheter som arbetsgivare, försäkringskassa och FHV som tillsammans med individ samverkar i rehabiliteringsprocessen (J Ekholm et al., 2015).



### 2.1.3 Arbetslivsinriktad rehabilitering

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är relativt nytt och infördes på 1990-talet. Skillnaden mellan rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering är att den senare fokuserar på att underlätta återgång i arbete. Båda begreppen syftar till att förbättra och återställa funktion hos individen och att stärka det friska. Arbetslivsinriktad rehabilitering ses även som ett samlingsbegrepp som innefattar medicinska, sociala, psykologiska och arbetslivsinriktade aspekter för att kunna få människor att återfå sin funktionsförmåga till arbete och ett normalt liv (J Ekholm et al., 2015).

Olika aktörer är ofta delaktiga vid arbetsrelaterad ohälsa. Utöver individ och arbetsgivare kan fackliga organisationer, FHV samt hälso- och sjukvård vara involverade. Arbetsgivaren har vid arbetslivsinriktad rehabilitering både ansvar och skyldigheter. Enligt arbetsmiljöförordningen, AFS1994:01, är arbetsgivaren skyldig att så tidigt som möjligt organisera och bedriva verksamhet för arbetsanpassning och rehabilitering vilket innebär att fortlöpande se över eventuella behov av åtgärder för arbetsanpassning (Arbetsmiljöverket, 1994). Även individen har ett ansvar att aktivt delta i insatser som syftar till en arbetsåtergång (Ekholm et al 2015). Ur ett försäkringsjuridiskt perspektiv innebär det för individen, enligt Socialförsäkringsbalken kap 31, 3§, att ”den försäkrade har rätt till rehabiliteringsersättning under den tid han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan” (SFS 2010:110).

Företagshälsovården kan även utgöra ett stöd som en oberoende expertresurs och kan anlitas i medicinska, tekniska och beteendevetenskapliga frågor i syfte att stödja företag och deras medarbetare vid exempelvis arbetsåtergång (Arbetsmiljöverket, 1994; Tägtström, 2015). Deras roll är att vara behjälpliga med att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatsen samt att hjälpa till att planera och följa upp arbetslivsinriktade åtgärder genom olika metoder och modeller. För en lyckad rehabilitering är samverkan mellan olika aktörer viktig för att möjliggöra för individen att kunna återgå till arbetet.

Beträffande forskning kring arbetslivsinriktad rehabilitering uppger SOU 2010:04 att det idag finns ett visst forskningsstöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering är en betydande faktor för hållbar arbetsåtergång. Att det inte ses som starkt stöd kan dels förklaras med svårigheten att definiera själva begreppet, dels att insatserna ofta föregås eller kombineras med medicinska insatser från hälso- och sjukvården, vilket gör det svårt att utvärdera den specifika interventionen (Arbetsförmågeutredningen, 2009; Johansson, 2011). Det finns därför inte heller något tydligt svar på vad som är den bästa interventionen för arbetsåtergång. Det är dock av intresse att identifiera framgångsfaktorer vid arbetslivsinriktade interventioner för att kunna hitta bra metoder och instrument som beaktar dessa faktorer. Nedan redovisas därför ett antal översikter som belyser detta.

En systematisk litteraturoversikt av Franche et al (2005), som granskat arbetsplatsinterventioner för arbetsåtergång, visar på god evidens för en tidigare arbetsåtergång vid möjlighet till anpassat arbete samt vikten av tydlig kontakt mellan vårdgivare och arbetsplatsen. Viss evidens framkom även vid interventioner såsom tidig kontakt med arbetsplatsen, ergonomi och närvaro av en rehabiliteringskoordinator. Även Williams et al (2007) redovisar i sin översikt tillräcklig evidens för att tidig kontakt med arbetsplatsen, arbetsöversyn av ergonom samt involvering av rehabiliteringskoordinator har god effekt för tidig arbetsåtergång för medarbetare med ländryggsbesvär. Ser man det ur ett kostnads- och effektivitetsperspektiv kring arbetslivsinriktade interventioner bland individer med ländryggsbesvär, ses samverkan mellan medarbetare, arbetsgivare och hälso- och sjukvårdspersonal kring arbetsanpassning som mer effektivt än andra interventioner (Carroll, Rick, Pilgrim, Cameron, & Hillage, 2010a).

En nyare översikt från Cullen et al (2017), har undersökt effektivitet av arbetsplatsinterventioner för medarbetare med en eller flera besvär såsom muskeloskeletala besvär, värk som mental ohälsa. Arbetsplatsinterventionerna har i sammanställningen delats in i hälsoinriktade insatser, koordinering samt arbetsanpassning. Resultatet visar en stark evidens vid att kombinera flera arbetslivsinriktade insatser men betonar att det behövs fler kvalitetsartiklar kring arbetsplatsinterventioner för arbetsåtergång.

Van Wilsteren et al (2015), har i en översiktsstudie visat på en signifikant skillnad vad gäller tidigare arbetsåtergång vid arbetsplatsinterventioner jämfört med andra interventioner. Den visar även hög evidens för att arbetsplatsinterventioner minskar den sammanlagda tiden för sjukfrånvaro även om resultaten är något varierande. Arbetsplatsinterventioner visar på snabbare arbetsåtergång bland medarbetare med muskeloskeletala besvär och resulterar i minskad värk och bättre muskelfunktion jämfört med medarbetare med psykosociala besvär där man inte ser lika tydliga resultat. Det framkommer dock att kvaliteten för denna evidens är låg.

## **2.2 Metoder vid arbetslivsinriktad rehabilitering**

Fler utredningar betonar behovet av väl underbyggda metoder för att arbeta med bedömningar av arbetsförmåga. I en SOU-rapport (2008:66) diskuteras olika länders instrument vid bedömningar av framförallt långvariga ersättningar. Det framkommer däremot inte någon golden standard kring hur en metod ska se ut utan området anses som otillräckligt studerat. Rekommendationer framkommer om en mer systematisk kunskapsuppbyggnad och ett vetenskapligt angreppssätt kring de metoder och instrument som idag används. Behov av fler randomiserade kontrollerade studier (RCT) anser man behövs för kunskap kring hur instrumenten tillämpas, dess effekt samt information hur de ligger till grund för bedömning av myndigheters beslutstagande. Det är emellertid svårt att genomföra RCT-studier inom detta område då det är svårt att genomföra blindade interventioner. Även fler analyser kring validitet och reliabilitet av metoderna krävs (Arbetsförmågutredningen, 2008).

Att det finns behov av att utveckla och implementera effektiva metoder för FHV stöds även av Kjellberg et al (2014). I sin rapport undersöks hur FHV arbetar med tidig arbetslivsinriktad rehabilitering inom kommuner och landsting där det framhålls att strukturerade arbetsmetoder underlättar relationer mellan FHV och företag/organisationer. En annan framgångsfaktor är delaktighet från såväl FHV som arbetsgivare tidigt i rehabiliteringsprocessen.

Metoder definieras i denna studie som ett bedömningsinstrument som en bedömare kan använda sig av för att samla in och analysera information av betydelse för arbetsförmåga och rehabilitering. Förekommande metoder/instrument i Sverige skiljer sig åt avseende innehåll och metodik för bedömning men beaktar individfaktorer och arbetskrav, dock i olika omfattning. Däremot ses likheter där individens förmåga bedöms i relation till dess arbetskrav sett ur ett flerdimensionellt perspektiv. Nedan redovisas KOF samt några vanligt förekommande bedömningsmodeller och verktyg inom FHV.

### **2.2.1 Krav och Funktionsschema (KOF)**

KOF är en metod för arbetsförmågutredning som genomförs i form av en dialog mellan chef och medarbetare under ledning av en rehabiliteringsaktör (till exempel FHV) och är tänkt att användas i ett tidigt skede vid ohälsa/rehabilitering. Metoden ska kunna användas i alla branscher och oberoende av storlek på företag eller organisation (miljömedicin, 2012). Syftet med metoden är att identifiera och tydliggöra obalanser mellan arbetskrav och

funktionsförmåga inom olika områden hos en individ i sitt befintliga arbete och genomförs som en strukturerad dialog med stöd av ett formulär. För att använda metoden krävs en introduktionsutbildning, antingen webbaserad eller i form av en traditionellt förlagd fysisk utbildning. Samtalet tar cirka en timme, exklusive förberedande kontakt med medarbetare och arbetsgivare för att tydliggöra orsak till samtalet, tillvägagångssätt samt hur resultaten kan användas.

Den holländska förlagan FML ("Funktionele Mogelijkheid Lijst/ "Functional Ability List" FAL) används som medicinsk insats kring bedömning kring rätten till förtidspension och bedömer hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan. Denna metod har omarbetats i Norge till norska förhållanden i syfte att ha ett verktyg för att få fram mer information kring arbetskrav och arbetsförmåga. För att tydligare identifiera obalanserna mellan krav och funktion har omarbetningen framför allt innefattat utveckling av kravaspekten i arbetet.

En utvärdering av metoden saknas för svenska förhållanden och KOF har heller inte testats vid tidiga tecken på sviktande arbetsförmåga. En pilotstudie har däremot genomförts för utvärdering av KOF-metoden i svensk industrimiljö med syfte att utvärdera användarvänlighet för anställda, arbetsledare och FHV-aktörer. Resultat visade på en god användarbarhet samt minskning av sjukfrånvaro den närmsta månaden efter ett KOF-samtal (Liethof, 2011).

Samtalsformuläret behandlar olika arbetskrav utifrån sex områden med ICF-baserade frågor och syftar till att skapa en dialog mellan arbetstagaren och arbetsgivaren:

1. Krav på psykisk och kognitiv förmåga
2. Krav på basala färdigheter och social förmåga
3. Krav på tolerans för fysiska förhållanden
4. Krav på förmåga till dynamiskt arbete
5. Krav på statiskt arbete
6. Krav på förmåga att kunna arbeta vissa tider

Inom varje område förs en dialog kring arbetskrav och funktionsförmåga, där arbetsledare/chef resonerar kring arbetskrav tillsammans med medarbetaren samt för en dialog kring medarbetarens aktuella funktionsförmåga relaterad till angiven kravnivå. På detta sätt blir både chef och medarbetare på ett naturligt sätt delaktiga i rehabiliteringen.

Kravnivån identifieras i tre nivåer:

1. Irrelevant för arbetet
2. Generell funktionsnivå som flertalet kan behärska utan träning eller upplärning
3. Höga krav på funktionsförmåga

Även funktionsförmågan bedöms i tre nivåer. På den första nivån bedöms funktionsförmågan vara lägre än vad man kan förvänta sig av en frisk person i yrkesaktiv ålder medan man i nivå två och tre har en funktionsnivå som motsvarar respektive överstiger vad man kan förvänta sig. De områden där obalans mellan krav och funktion noteras bör orsaker diskuteras närmare och se över möjlighet till att öka den anställdes funktionsförmåga genom arbetsanpassning. Utfallet av dialogen kan därifrån utgöra underlag för att anpassa arbetskrav eller föreslå insatser som kan öka arbetsförmåga hos medarbetaren.

## 2.2.2 Andra metoder/Modeller vid arbetslivsinriktade insatser

Det finns flera olika bedömningsmetoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga – från subjektiva självskattningsformulär, semistrukturerade intervjuer och observationer till

trepartssamtal. Ett vanligt förekommande bedömningsinstrument inom FHV är Work Ability Index (WAI) som i likhet med KOF avser utvärdera en individs arbetsförmåga i förhållande till arbetets krav. Instrumentet är ett självskattningsformulär, har funnits i cirka 30 år och är framtaget av forskarna Ilmarinen och Tuomi. Det består av en arbetsförmågeenkät på tio frågor inom sju områden med syftet att kunna identifiera tidiga tecken på ohälsa hos medarbetare. Det kan användas som underlag till att sätta in lämpliga åtgärder för att bibehålla medarbetares arbetsförmåga (FHV-metodik, 2014). Instrumentet är testat för validitet och bedöms ha en acceptabel förutsäggande validitet (Lundin, Leijon, Vaez, Hallgren, & Torgén, 2017)

Work Role Functioning Questionnaire (WRFQ) är ett självskattningsformulär med fyra områden och 27 påståenden och syftar till att identifiera i vilken grad en individ upplever det som svårt att utföra sitt arbete på grund av mentala eller fysiska problem. Områden innefattar – utöver fysiska, mentala och sociala krav – även flexibilitetskrav och krav på prestation (FHV-metodik, 2006). Instrumentet är testat i en spansk studie och visar på god reliabilitet och validitet för att mäta arbetsförmåga (Ramada et al., 2014).

Work Environment Impact Scale (WEIS) är ett amerikanskt bedömningsinstrument som utvecklades i mitten på 90-talet. Det innebär en semistrukturerad intervju och självskattningsformulär, och används för att kartlägga individens psykosociala och fysiska faktorer i arbetsmiljön som påverkar individens välbefinnande och tillfredsställelse på arbetet. Instrumentet innefattar även en bedömning om personens egen uppfattning av stödjande och hindrande faktorer i sin arbetsmiljö för att kunna utföra sitt arbete. WEIS har visat goda resultat gällande konstruktionsvaliditet (Linköpings universitet, 2017).

Utöver KOF är ArbetsplatsDialog för arbetsåtergång (ADA) den metod som likt KOF har trepartssamtal som metodik/pedagogik och där arbetsgivaren har en tydlig roll vid bedömningen. ADA utvecklades 2003 som ett projekt för sjukskrivna med stress- och utmattningsproblematik med syfte att utvärdera effekten på arbetsåtergång efter arbetsplatsinriktad intervention. Metoden innebär ett trepartssamtal, så kallade konvergenssamtal (KS), som målet att försöka uppnå en ökad samsyn mellan individ och arbetsgivare för att ta fram förslag till tänkbara lösningar och förändringar. KS föregås av enskilda intervjuer med arbetsgivare och medarbetare kring arbetsåtergång. Samtalet tar upp faktorer till sjukskrivningen samt kort- och långsiktiga behov för en arbetsåtergång. Det teoretiska perspektivet för samtalet bygger på Maslach & Leiter som vid arbetsstress analyserar krav, kontroll, belöning, samhörighet, rättvisa och värderingar (B Karlson & Österberg, 2014). Resultatet från projektet visade på att en arbetsplatsintervention stimulerade till förändringar i arbetssituationen, vilket gynnade arbetsåtergång och minskade risk för utslagning från arbetsmarknaden (B. Karlson et al., 2010; B Karlson & Österberg, 2014).

Som ovan anges finns det olika metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga. Gemensamt för WAI, WEIS och WRFQ är att metoderna inte dialog med arbetsgivare vilket särskiljer dem från KOF och ADA. Utifrån vad som framkommit från tidigare nämnda översiktsartiklar och utredningar ses bland annat delaktighet från chef och arbetsledare som en framgångsfaktor vid arbetsåtergång. Därför är det av intresse att vidare undersöka hur KOF-metoden upplevs som instrument vid arbetslivsinriktad rehabilitering.

### **3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Studien avser att undersöka KOF som metod vid arbetslivsinriktad rehabilitering med syfte att dels undersöka om och hur metoden används samt att identifiera upplevda styrkor och svagheter.

Frågeställningar:

- Hur stor andel av de som genomgått utbildning använder metoden?
- När och i vilka avseenden används metoden?
- Vad upplevs som styrkor och svagheter vid användande av metoden?
- Vilka är orsakerna till att metoden inte används?
- Finns det skillnader i graden av användande av KOF-metoden bland läkare gentemot andra yrkeskategorier?

## **4 METOD**

### **4.1 Metodval**

Metoden är en deskriptiv studie med en kvantitativ studiedesign i form av en enkätundersökning till deltagare som genomgått en introduktionsutbildning i KOF-metodik. Kvantitativ design valdes utifrån ett kostnads- och tidsperspektiv för att nå en större population. Med en ökad risk för bortfall vid enkät jämfört med intervju valdes frågeställningar med delvis fasta svarsalternativ i syfte att vara lätt och snabbt besvarade för att uppnå en högre svarsfrekvens. Metodvalet är en avvägning av behov av information i relation till tid och engagemang som kan förväntas av respondenten.

### **4.2 Datainsamling**

Data insamlades genom enkätformulär som skickades ut via ett webbaserat enkätverktyg (Webropol). Då e-postadresser angivits vid KOF-utbildningstillfället fanns möjlighet att ta del av registerdata och kontakta samtliga deltagare som genomfört utbildning inom KOF-metoden för en totalundersökning. Uppsala Universitet har tillhandahållit e-postadresser från de som genomgått webbutbildning och Arbets- och miljömedicin vid Akademiska sjukhuset i Uppsala för de som genomgått traditionell klassrumsbaserad utbildning. Enkätverktyget har tillhandahållits och administrerats av en medarbetare på Arbets- och miljömedicin i Uppsala, vilket även angivits i följebrevet. Verktyget har en funktionalitet som ger administratören möjlighet att se vilka enkäter som når respondenterna, och kan således identifiera felaktiga e-postadresser i registret.

Inför enkätutskick gjordes även ett mindre testutskick till två personer med erfarenhet av genomförande av trepartssamtal men som ej genomgått KOF-utbildning. Detta gjordes i syfte att eliminera tänkbara missförstånd kring frågeställningar, felaktiga svarsalternativ samt återkoppling kring upplägg och design av enkätformuläret. Justering av enkäten gjordes efter återkoppling från testpersoner.

Enkäten (bilaga 1) skickades ut tillsammans med ett följebrev (bilaga 2) i syfte att undersöka respondenternas användning och uppfattning av KOF-metoden. I följebrevet informerades respondenterna om syftet med studien samt erbjöds att delta i studien. Information gavs även i följebrevet om att mottagarna gav sitt samtycke till att delta i undersökningen genom att klicka på länken för att starta enkäten. Svarsperioden för enkäten var mellan den 20 februari och den 3 mars 2017. Författaren samt administratören av verktyget (på Arbets- och miljömedicin Akademiska sjukhuset i Uppsala), har varit tillgängliga för frågor under denna period. För att minska det externa bortfallet har två påminnelser skickats i form av e-postmeddelanden. Viss eftersökning gjordes för att få fram nya e-postadresser för att ersätta felaktiga adresser. Detta gjordes vid e-postadresser från samma företag/organisation som ej kommit fram, genom att

undersöka om företaget bytt namn och på så sätt kunna uppdatera e-postadresser. Tidpunkten för utskicket har beaktats med hänsyn till att undvika ledigheter såsom sport- och påsklov för att undvika negativ påverkan på svarsfrekvensen.

### **4.3 Studiepopulation**

Studien är en totalundersökning av samtliga deltagare som genomgått en traditionell lokalbaserad introduktionskurs under åren 2009–2013 eller en webbaserad kurs under åren 2014–2016 inom KOF-metoden i Sverige. Inget urval har därför gjorts. Personer som har tillgång till metoden och eventuellt använder den men som inte har genomgått utbildning, har exkluderats. Det gäller även för personer med ogiltig e-postadress som inte har kunnat nås.

### **4.4 Mätinstrument/enkätdesign**

Då ingen tidigare undersökning genomförts kring användande samt hindrande och underlättande faktorer av KOF-metoden, utformades en enkät för att besvara studiens frågeställningar. Frågorna är egenkonstruerade och innefattar fjorton frågor där den första delen utgörs av bakgrundsvariabler av kvantitativ samt kvalitativ icke-numerisk karaktär. Svarsalternativ kring yrkestillhörighet har baserats på information från tidigare webbenkäter kring utvärdering av KOF-webbutbildning. Resterande enkätfrågor är av värderings-/erfarenhetskaraktär med subjektiva bedömningar kring användande samt styrkor och svagheter med metoden. Då enkäten primärt mäter kategorivariabler har nominalskalor använts. I sex av frågorna har respondenten getts möjlighet att utveckla/komplettera sina svar. En fyrgradig betygsskala med svarsalternativ liknande den enkät som tidigare skickats ut till de som genomfört webbutbildning har använts i två frågor. I fråga elva användes en femgradig ordinalskala med betygsättning av olika egenskaper i metoden som skulle värderas. Design och karaktär kring frågeställningarna valdes för att ge upplevelsen av en lättbesvarad, tidseffektiv enkät. I övrigt har grundläggande frågemetodik beaktats vid utformning av enkäten, såsom att eftersträva entydiga frågor, precisera tidsangivelser, undvika ledande och kunskapsfrågor samt att svarsalternativen varit så uttömmande som möjligt vid kvantifierbara frågor (G. Ejlerthsson, 2005).

### **4.5 Databearbetning och analys**

Insamlade data har bearbetats deskriptivt och redovisats med absoluta tal och relativ frekvens i kategorifrågor då flertalet frågor erbjöd fasta svarsalternativ. Bakgrundsvariabler redovisades i antal och relativ frekvens beräknades för nominaldata, varav några variabler redovisas i korstabeller. För överskådlighet av kategorivariabler skapades stapeldiagram som redovisas i absoluta tal då relativ frekvens kan bli missvisande vid mindre data (Körner & Wahlgren, 2002). Ett antal gavs möjlighet till öppna svarsalternativ där en kvalitativ innehållsanalys genomfördes genom att identifiera och kategorisera mönster och teman bland svaren (Graneheim & Lundman, 2004).

I studien undersöks även sambandet mellan yrkeskategorier och användande av KOF-metoden där har jag varit intresserad av att se om användande av metoden av läkare skiljer sig från övriga yrkeskategorier. För detta har jag valt ett chitvåtest  $\chi^2$  (chi-square test) för undersökning av kvalitativa variabler som uppfyller kriterier för att använda metoden (Ejlerthsson, 1992). Signifikansnivån sattes till  $\alpha < 0,05$  (G. Ejlerthsson, 2005). Testet beräknades med ett 2x2 contingency table (Connor, 1987).

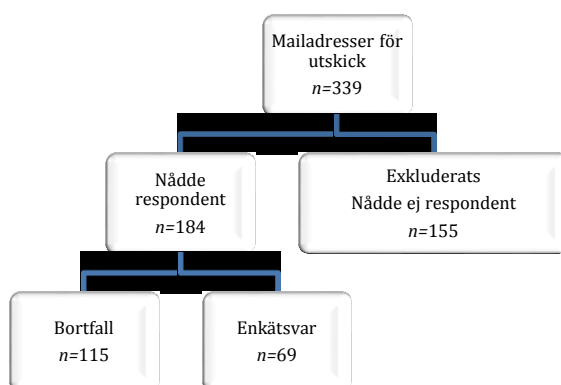
## 4.6 Etik

Etiklagen, SFS 2003:460, som reglerar etiska frågeställningar har beaktats i studien. Enkäten tar således inte upp frågor kring brott och straff, etniskt ursprung, politiska åsikter, religion, medlemskap i fackförening, hälsa eller sexualliv. I och med detta bedöms det ej föreligga etiska skäl för att ansöka om tillstånd till etikprövningsnämnden enligt etiklagen (Utbildningsdepartementet, 2003). Hänsyn har även tagits till forskningsetiska principer kring forskning som involverar människor såsom informationskrav, konfidentialitetskrav, frivillighet till deltagande samt samtycke. Respondenterna har skriftligt informerats om undersökningens syfte samt att svaren kommer att behandlas utan identitetsuppgifter. I följebrevet (bilaga 2) finns även information om frivillighet att delta i studien. Genom att starta enkäten samtycker respondenterna till att delta i undersökningen, vilket skriftligt framkommer i följebrevet (G. Ejlerthsson, 2005; Utbildningsdepartementet, 2003).

## 5 RESULTAT

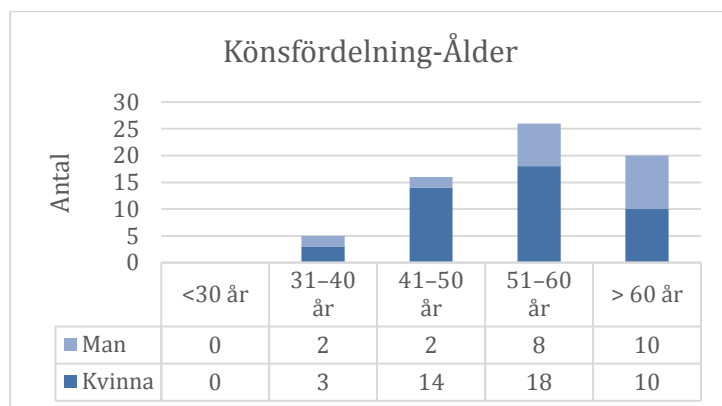
### 5.1 Deltagande och bortfall

Enkäten skickades till 339 e-postadresser där 283 personer (83,5 %) genomgått traditionell utbildning och 56 personer (16,5%) genomgått webbutbildning. Drygt 70 % av respondenterna var kvinnor och knappt 30 % män. Av det totala utskicket genererade 155 e-postadresser ett felmeddelande och exkluderades från studien. Resterande 184 kom fram och besvarades av 69 respondenter, dvs av 37,5 % av mottagarna (figur 2). Av respondenterna var 68 % kvinnor och 32 % män vilket liknar fördelningen som vid det ursprungliga utskicket. Störst bortfall noterades bland de som genomgått webbutbildning. Internt bortfall har varit lågt (ca 1,5–3%) och samtliga frågor har därför inkluderats i resultatsammanställningen. Det interna bortfallet var svårt att beräkna i tre av frågorna då de var riktade till de som använde respektive inte använde metoden, varav några har svarat på båda frågorna.

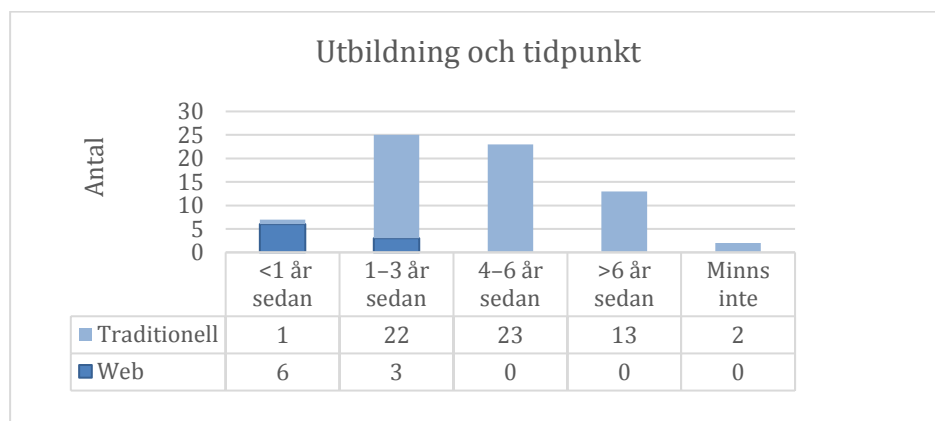


Figur 2. Process för inkluderade enkäter i studien

Majoriteten av respondenterna ( $n=61$ ; 88%), har genomgått en traditionell utbildning och resterande har genomgått webbutbildning (figur 3). Drygt två tredjedelar gick utbildningen för 1–6 år sedan (figur 4).



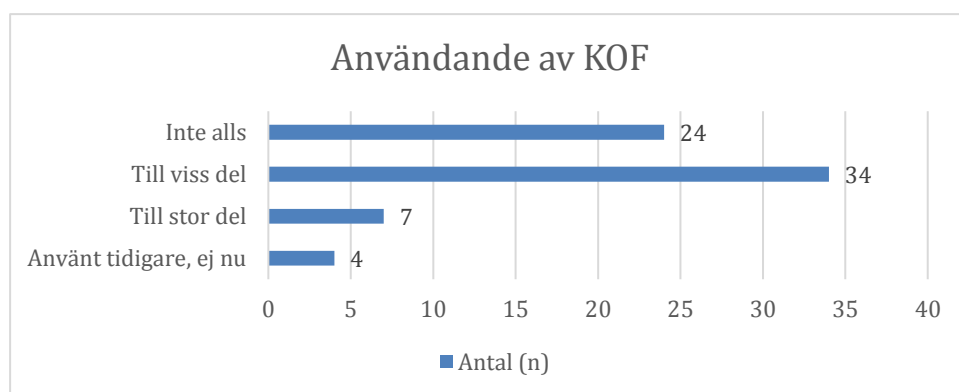
Figur 3 Könsfördelning i relation till ålder av 67 respondenter



Figur 4 Fördelning på typ av KOF-utbildning samt tidpunkt för utbildning (n=69)

## 5.2 Användande

Av de som svarat uppger 45 (65 %) att de i någon grad använder KOF-metoden eller har använt metoden tidigare men inte i dagsläget. Det innebär att 24 (35 %) uppger att de inte alls använder KOF-metoden i sitt arbete (figur 5). Ändå uppger endast en person (1,5 %) att utbildningen inte var relevant för dem i deras arbete. Av fritextsvar framkommer bland annat att andra yrkeskategorier internt använder metoden.

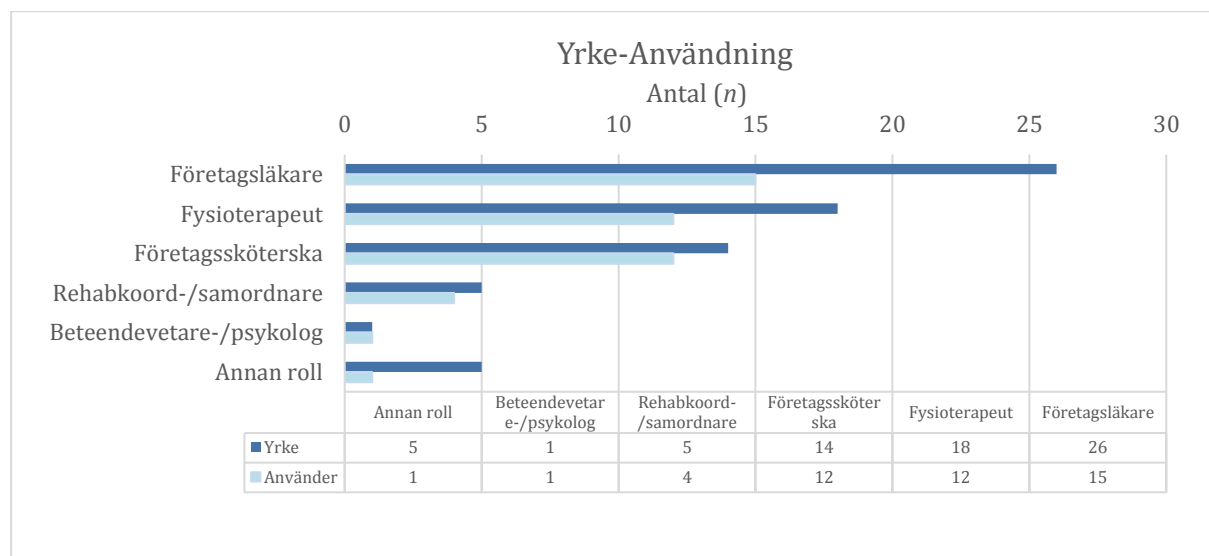


Figur 5 Uppskattad nyttjandegrad av KOF-metod (n=69)

De vanligaste yrkeskategorierna som genomgått KOF-utbildningen består av företagsläkare/företagssköterskor samt sjukgymnaster/fysioterapeuter som utgör 58 (84%) av respondenterna. Det är även dessa yrkeskategorier som till största delen använder metoden (figur 6). Svaranden med annan yrkesroll utgörs av ergonomer, arbetsmiljöingenjörer samt verksamhetschef där



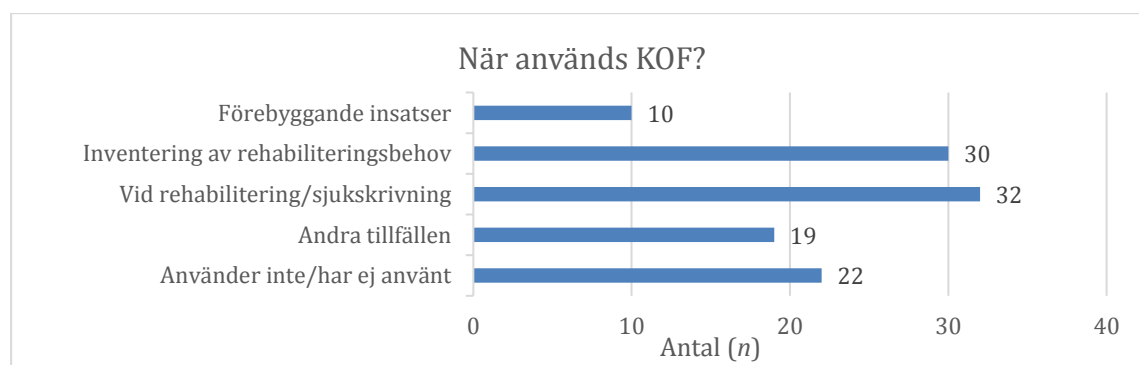
förhållandevis få använder metoden. Av de som genomgått utbildningen arbetar 61 (88%) inom FHV, vilket är förväntat då metoden framför allt riktar sig till denna bransch. Av de 8 personer (12 %) som inte arbetar på FHV, används metoden av 5 % men det framkommer inget tydligt arbetsområde där metoden används.



Figur 6 Yrkesfördelning i relation till användande av KOF-metoden

För att se om metoden används av läkare i större utsträckning än i de övriga yrkeskategorierna användes  $\chi^2$ -test med signifikansnivå satt till  $\alpha < 0,05$ .  $\chi^2 = 1,0415$  vilket ger  $p = 0,307477$  som innebär att resultatet inte är signifikant om  $p < 0,05$ . Vi kan inte påvisa att läkare använder metoden i större utsträckning än de övriga yrkeskategorierna.

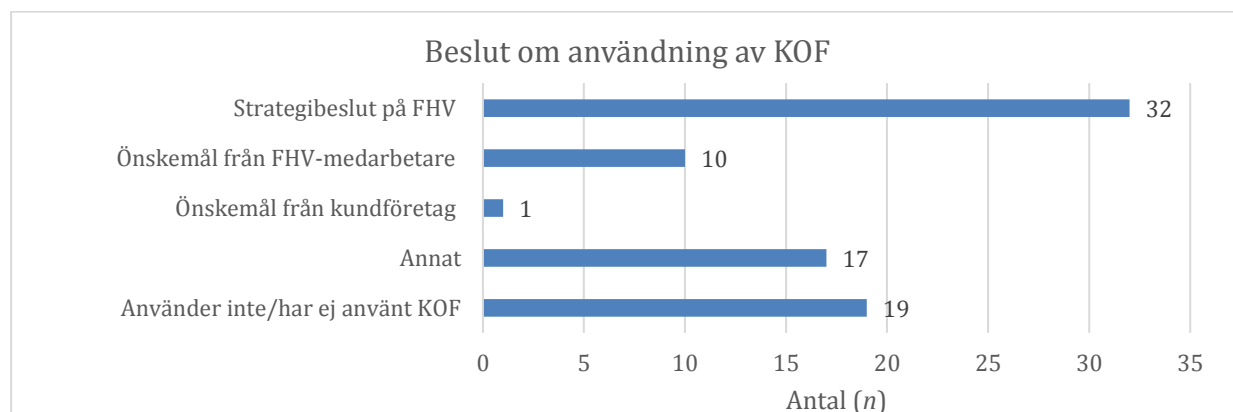
KOF-metoden nyttjas i flera avseenden (figur 7). Flera svarsalternativ var möjliga. Nästan hälften ( $n=32$ ; 46%) använde metoden vid rehabiliteringsärenden och drygt två femtedelar ( $n=30$ ; 43%) använde den vid inventering av rehabiliteringsbehov. 19 respondenter (28 %) har angett annat som svarsalternativ varav cirka hälften angett att den används vid arbetsförmågutredningar. Resterande har bland annat angett att metoden används för ärenden som berör omplacering, uppsägning eller oenighet mellan arbetsgivare och medarbetare.



Figur 7 I vilka avseenden metoden nyttjas KOF ( $n=69$ )

Den vanligaste anledningen till att metoden börjat användas är strategibeslut på FHV om att metoden ska användas. 10 respondenter (14,5%) uppgav att det fanns önskemål från medarbete på enheten om ett verktyg för trepartssamtal (figur 8). Bland de som svarat "annat" används den tack vare tips från kollegor eller på eget initiativ. Andra svar som framkommit är att man

vill kvalitetssäkra arbetssätt mot kund samt att det är en struktur som matchar ICF och andra bedömningsinstrument.



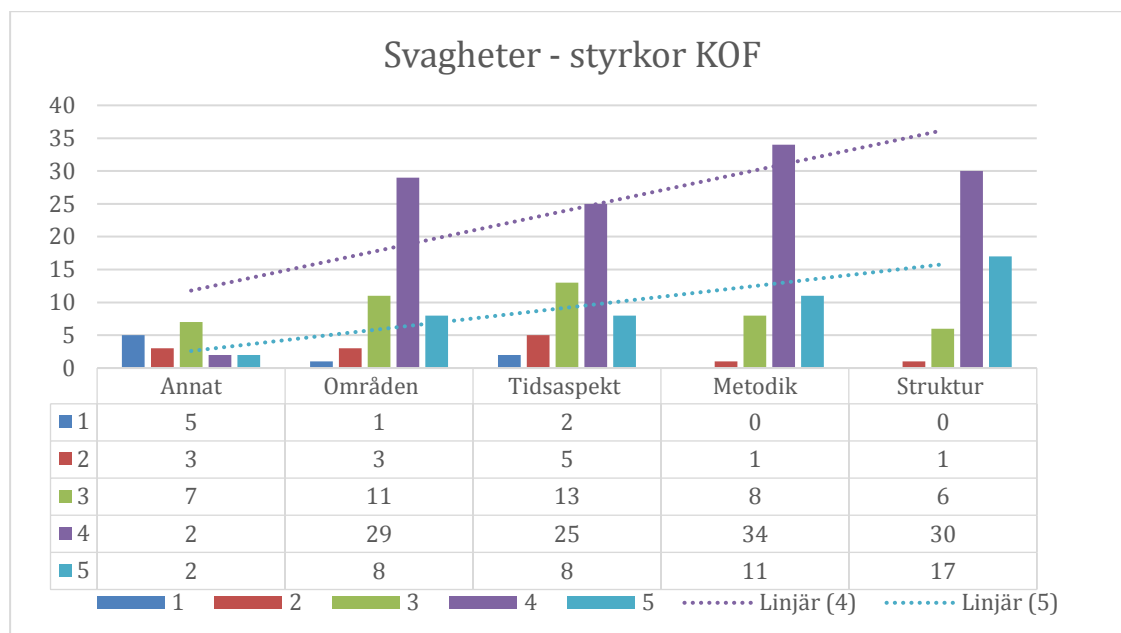
Figur 8 Orsaker till beslut om att använda KOF (n=67)

### 5.3 Styrkor och svagheter vid användande

Vid bedömning av de olika egenskaperna i enkäten av KOF-metoden noteras inga anmärkningsvärda skillnader (figur 9). Dock noteras att metodik och struktur i metoden upplevs som KOF-metodens största styrkor medan tidsaspekt framkom som den faktor som det rådde störst tveksamhet kring.

Av de som valt kategori annat, framkom både styrkor och svagheter med KOF-metoden även om det senare övervägde då denna kategori fick lägst betyg. Vid analys av svar noteras framför allt tre områden. Bland svagheter noteras att KOF-metoden upplevs tidskrävande samt att det finns behov av fler frågor som belyser psykosociala aspekter. En styrka anses däremot vara att metoden involverar chef och medarbetare i rehabiliteringsutredningar, vilket kan möjliggöra tidiga insatser.

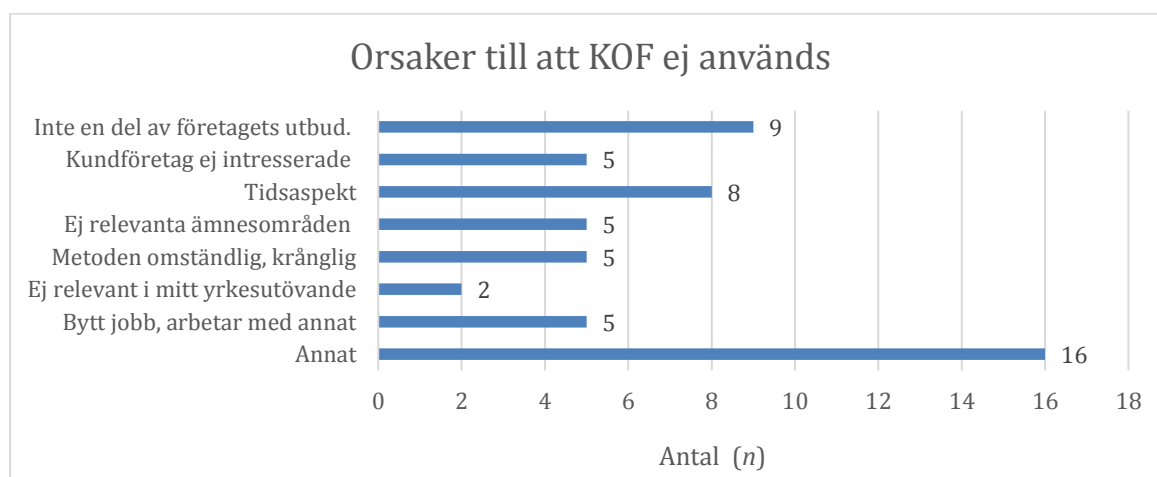
Andra, ej lika framträdande uppfattningar, kring faktorer för användning är att metoden är för omfattande, har en dålig sammanfattningsblankett samt att vissa frågeområden ansågs som irrelevanta (exempelvis fysiska aspekter). Till de positiva egenskaperna anses den kunna vara en bra metod för att aktualisera rehabiliteringsärenden och arbetsförmågeutredningar (AFU). Resonemang framkom även kring att KOF eventuellt skulle kunna vara ett alternativ till en hel AFU genom färre enstaka insatser för att minska kostnaden för kund. Vidare framkom även synpunkter kring att metodiken ställer stora krav på samtalsledaren kring att föra samtalet framåt och kunna omtolka frågorna så de passar för olika yrken. Den anses även ta upp områden där obalanser kan förekomma som annars kan döljas i exempelvis ryggbesvär.



Figur 9 Fördelning vid skattning styrka och svagheter bland de som använder metoden. Olika egenskaper betygsattes och värderades från 1–5 där 1 ansågs som stor svaghet och 5 bedömdes som stor styrka (n=56).

## 5.4 Orsaker till att metoden inte används

Vid frågan om orsaker till att KOF-metoden inte används kunde flera svarsalternativ väljas. Den vanligaste anledningen till varför metoden inte används var att den inte är en del av FHV:s utbud, därefter angavs tidsaspekten (figur 10). Noterbart är att en stor andel valt eller kompletterat de fasta svarsalternativen med fritextsvar där den vanligaste förklaringen till att metoden inte används av respondenten är att andra yrkesgrupper i verksamheten använder den. Även jobbyte samt strategibeslut att använda andra metoder/instrument var anledningar till att den inte används. Vidare nämndes att det blev dyrt för kund på grund av stor tidsåtgång samt att respondenterna får ärenden långt fram i rehabiliteringsprocessen. Metoden upplevs heller inte applicerbar på alla branscher, till exempel för tjänstemän där de psykosociala arbetsförhållandena har större fokus än de fysiska aspekterna vilket KOF till stor del tar upp.



Figur 10 Anledningar till varför metoden inte används (n=35)

## 6 DISKUSSION

Sammanfattningsvis framkommer att av de svarande respondenterna används metoden av 45 personer (65%) använder KOF-metoden i någon utsträckning. Metoden används framför allt av läkare men även till stor del av sjuksköterskor och sjukgymnaster inom FHV. Det framkommer inget signifikant samband vid användande av metoden mellan läkare och övriga yrkeskategorier. Användningsområdet för metoden är framför allt vid förebyggande inventering eller vid sjukskrivningsärenden där den framför allt används vid arbetsförmågeutredningar. Anledningen till att metoden används är primärt ett strategibeslut om användande på företagshälsoenheten, vilket även är den vanligaste orsaken till att den inte används.

Bland styrkor och svagheter med att använda KOF sågs struktur och metodik som de största styrkorna jämfört med tidsaspekt och andra områden som skattades något lägre. Det sågs även som positivt att chef på ett naturligt sätt blev delaktig i processen. Däremot framkom ett behov av fler frågor kring psykosociala aspekter på arbetet samt att metoden upplevdes som tidskrävande, något som påverkar kostnad mot kund.

### 6.1 Metoddiskussion

#### 6.1.1 Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med e-postutskick med länk till en webbaserad enkät under våren 2017. Ett kvantitativt enkätformulär syftade till att på ett strukturerat sätt få en övergripande bild över gemensamma variabler. Ingen direktkontakt skedde med respondenterna, vilket har minskat den subjektiva påverkan som kan ske vid en mer kvalitativ intervju, den så kallade intervjuareffekten (Körner & Wahlgren, 2015). För att minska risken för internt bortfall gjordes även ett mindre testutskick till två personer för att eliminera tänkbara missförstånd kring frågeställningar, felaktiga svarsalternativ samt återkoppling kring upplägg och design av enkätformuläret.

Val av webbenkät valdes av tids-, resurs- och bekvämlighetsskäl. En webbenkät är tids- och kostnadseffektiv och kan nå en stor population vilket underlättade undersökningen då respondenterna var utspridda över hela Sverige. Ett syfte var även att den skulle vara enkel för respondenterna att besvara. En webbenkät med delvis fasta svarsalternativ är enkel att besvara och kräver relativt liten insats av respondenten. Den kan besvaras när det passar respondenten samt att den inte kräver några aktiva handlingar såsom att posta svarskuvert. Det underlättar även databearbetningen för undersökningsledaren då statistik till en del kan sammanställas i webbformulärsprogrammet (Körner & Wahlgren, 2015). En svaghet är dock att den inte ger möjlighet till följdfrågor för tydliggöranden eller fördjupning, vilket kan ses som en nackdel jämfört med kvalitativa intervjustudier. Denna aspekt kan påverka tillförlitligheten på grund av risk för exempelvis feltolkning (Körner & Wahlgren, 2015). Fasta svarsalternativ kan även begränsa möjligheten att få fram individens uppfattningar och åsikter. För att undvika denna begränsning har flera frågor haft en svarskategori med möjlighet till fritextsvar för att kunna fånga upp alternativa svar. Att använda en webbaserad enkät innebär även en ökad risk för svarsbortfall samt att enkäten besvaras slarvigt eller felaktigt (G. Ejlerthsson, 2005).

Respondenternas engagemang kan påverka svarsfrekvensen och risk för bias finns då de som svarar, tenderar att i högre grad använda metoden, och kan därmed vara mer positiva i sina svar än de som inte använder den (Körner & Wahlgren, 2002). För att eftersträva att få svar även från de som inte använder metoden har enkäten gjorts kortfattade med övervägande fasta

svarsalternativ i syfte att göra den enkel och snabb att besvara. Utifrån tidsaspekten och frågeställningarna kan enkäten därför anses vara relevant för studien.

### 6.1.2 Bortfall

En fördel med totalundersökning är att man undviker risk för felkällor vid urval. Enkätutskicket till samtliga som genomgått introduktionsutbildningen i KOF har kunna fånga upp målgruppen för studien eftersom samtliga användare bör ha genomgått utbildning i metoden (Sundberg, 2014). En svaghet är däremot det omfattande bortfallet vilket gör det svårt att dra några större slutsatser av resultatet som bör endast ses som indikationer. Inför datainsamling fanns endast tillgång till e-postadresser som kontaktmöjlighet. Vid utskick till deltagare i introduktionsutbildningen i KOF genererades felmeddelande vid 42% av e-postadresserna och nådde således inte respondent. Dessa har därför exkluderats då de ej givits möjlighet att svara på enkäten. En förklaring är att adresserna som tillhandahölls i studien var upp till sju år gamla och var primärt kopplade till arbetet. Personer som bytt jobb eller på annat sätt bytt e-postadress i och med företagsnamnändring eller dylikt genererade därför ogiltiga e-postadresser. Några försök gjordes för att försöka uppdatera e-postadresser genom att hitta nya företagsnamn med tveksam framgång. Avsaknad av andra kontaktuppgifter såsom adress eller telefonnummer har förhindrat alternativa kontaktmöjligheter vilket dock varit en medveten risk i studien. I efterhand är vikten av adekvata kontaktmöjligheter en viktig lärdom inför kommande studier för att öka svarsfrekvensen för att öka tillförlitligheten.

Vidare noterades ett större externt bortfall bland de som genomgått webbutbildning jämfört med de som gick den traditionella utbildningen. Att de några månader tidigare hade fått en webbenkät för utvärdering av utbildningen kan ha påverkat den låga svarsfrekvensen. Eventuellt skulle en längre svarstid kunna genererat fler svar. Effekter av bortfall har inte kunnat analyseras i någon större utsträckning då analys av bortfall endast kunnat bedömas utifrån variablerna ålder och typ av utbildning. Detta gör det svårt att veta hur utfallet har påverkats av det externa bortfallet. Det är dock inte rimligt att tro att respondenterna som besvarat enkäten skulle skilja sig från de som exkluderats. Det interna bortfallet har däremot varit lågt i enkätsvaren. Bortfallet i några av frågorna har dock försvårats då det riktats till de som använde KOF respektive de som inte använde metoden, varav några har svarat på båda frågorna vilket borde ha tydliggjorts i enkätinstruktionerna.

### 6.1.3 Mätinstrument och dataanalys

Få studier eller utvärderingar har genomförts kring KOF då metoden är relativt ny i Sverige. Ingen användbar enkät har hittats varför en ny konstruerades för studien. Författaren har dock tagit del av en tidigare utvärdering till deltagare som genomgått webbutbildning på KOF och använt samma webbverktyg. Två frågor gällande behållning av utbildning samt i vilket utsträckning metoden har använts bedömdes vara av värde för denna undersökning. Frågeställningarna har i övrigt utgått från grundläggande frågemetodik (se kap 4.4) för att inte påverka respondenterna i alltför stor utsträckning (Körner & Wahlgren, 2015). I syfte att minska risken för systematiska fel som exempelvis över- eller underrapportering har frågor av känslig karaktär exkluderats i enkäten.

Enkäten är således inget etablerat mätinstrument och är varken testad för validitet eller reliabilitet. Det har dock kontrollerats för praktisk användarvänlighet och förståelse utifrån ett initialt testutskick. En viss feltolkning av frågorna har uppmärksammats i några av frågorna där två frågor vänder sig till de som använder metoden och två frågor som vänder sig till de som inte använder metoden. Av resultatet noteras fler svar på respektive fråga än de är riktade till,

dvs de som använder respektive inte använder metoden. Detta skulle till exempel kunna ha undvikits genom ett testutskick till en större population för att identifiera oklara tolkningar av frågor eller fånga upp fel i frågekonstruktionen.

Gällande dataanalys har resultaten redovisats i absoluta tal och i relativ (%) frekvens. Att redovisa i relativ frekvens kan ge en något missvisande bild vid låg svarsfrekvens (Körner & Wahlgren, 2002). Antal har därför redovisats i absoluta tal i samtliga tabeller. Då studien är en deskriptiv studie med övervägande kategorivariabler har framför allt ordinal- och nominalskala använts, vilken är en begränsning för att kunna göra en mer omfattande statistisk analys (Körner & Wahlgren, 2002). Därför har Chi2-test av icke-parametrisk karaktär har använts vid sambandsanalys då materialet uppfyllde kriterierna för att använda testet.

## 6.2 Resultatdiskussion

### 6.2.1 Användande

Resultaten i studien bör endast ses som indikationer då en betydande andel av de som genomgått introduktionskurs i KOF har exkluderats då de ej kunnat nås, samt att den endast besvarades av 37,5 % av de som erhöll enkäten. Av respondenterna anger 45 personer (65%) att de använder KOF som metod vilket tyder på att det är en relativt stor andel som inte använder metoden. En tänkbar förklaring kan vara att deltagare genomgått kursen för att få en uppfattning om metoden och inte för att explicit använda metoden operativt. Detta stärks något då resultaten även visar att flera respondenter uppgivit att de inte använder metoden eftersom andra yrkeskategorier på enheten arbetar med KOF-metoden eller att de har bytt arbete.

En annan faktor för användande är strategiska beslut om vilka metoder som används inom en verksamhet. Det var den vanligaste anledningen till att använda respektive inte använda KOF inom sin verksamhet. Det framkommer emellertid inte på vilka grunder den valts bort eller vilka instrument som används istället vilket hade varit intressant att veta. KOF-metoden inte testats för reliabilitet och validitet, vilket flera andra bedömningsinstrument och metoder för arbetsförmågebedömning har (Linköpings universitet, 2017; Lundin et al., 2017; Ramada et al., 2014) vilket kanske kan tänkas vara en möjlig förklaring till verksamhetens strategibeslut gällande val av metod. Komplexiteten av det begreppet arbetsförmåga kan även utgöra ytterligare en aspekt kring graden av användande då det är svårt att hitta ett instrument eller metod som anses som en golden standard och fångar upp alla perspektiv på arbetsförmåga.

Oavsett val av metod påverkar även interna processer och rutiner och samverkansprocesser handhavandet av rehabilitering. I enkäten framkommer bl.a. att FHV kommer in för sent i rehabiliteringsprocessen då KOF inte bedöms som tillämpbar vid dessa ärenden. Att åtgärder sätts in för sent och blir ineffektiva har även uppmärksammats som kritik för långa sjukskrivningar (Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, 2015) och tas därför upp i departementsskrivningen om "Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete" (Socialdepartementet, 2017). Ökade krav på att hitta tidiga signaler skulle möjligtvis kunna tala för en ökad användning av KOF som ett verktyg i tidigt skede.

Ett relativt lågt användande behöver således inte betyda att metoden upplevs som dålig utan kan, som anges ovan, förklaras av mer praktiska skäl. Mer forskning behövs för att arbeta vidare med att hitta enkla men effektiva metoder som kan användas i ett tidigt skede vid tecken på ohälsa.

### 6.2.2 Hindrande och underlättande faktorer vid användning

Samverkan och delaktighet från arbetsgivare anges som en framträdande styrka med KOF-metoden, något som även lyfts fram av både Franche (2005) och Williams (2007). Metoden av ett trepartssamtal, där chefen blir delaktig, talar därför för god användbarhet och möjlighet att fånga upp framgångsfaktorer för lyckade rehabiliteringar. Samverkan mellan medarbetare, arbetsgivare och hälso- och sjukvårdspersonal är även ett incitament att använda KOF då Carroll et al (2010b) visar att samverkan kring arbetsanpassning ur ett kostnads- och effektivitetsperspektiv är mer effektivt än andra interventioner.

Tidsaspekten har lyfts fram som en hindrande aspekt för användning av KOF-metoden. Detta bör dock undersökas närmare då man kan ifrågasätta om det verkligen är tidsaspekten som är ett bakomliggande hinder och inte den ekonomiska aspekten. Detta antagande styrks av att den ekonomiska aspekten uppmärksammas som en svaghet med metoden. Eftersom många FHV debiterar för respektive tjänst utgör tiden en kostnad för kund varför det vore intressant att undersöka om metoden skulle kunna utföras av mindre kostsamma yrkeskategorier än läkare inom FHV som till exempel rehabiliteringssamordnare, företagssköterskor eller fysioterapeuter/ergonomer för att i större utsträckning tillämpa KOF. En lägre kostnad skulle kanske motivera för insatsen gentemot kund. Det kan även vara intressant att undersöka hur FHV kommunicerar med kund kring värdet/behovet av att genomföra trepartssamtal jämfört med kostnad för traditionella rehabiliteringsmöten eller mer omfattande arbetsförmågebedömningar med många sammankallade.

Behoven/önskemålen som har framkommit i resultaten om att bättre kunna bedöma och fånga upp psykosociala aspekter genom användande av KOF speglar den sjukskrivningsstatistik som presenterats de senaste åren då det är psykisk ohälsa som ökar mest (Centrum för arbets- och miljömedicin, 2016; Försäkringskassan, 2012; Udin, 2016). Det vore därför intressant att undersöka om de psykosociala aspekter som beaktas i den nya AFS:en om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:04) gällande krav på arbetet, skulle kunna utveckla KOF-metoden, dvs se om andra mätbara psykosociala parametrar som skulle kunna inkluderas i KOF-formuläret.

Uppfattningen om struktur och metodik som styrka i KOF-metoden kan ge en indikation om användbarheten i metoden. Även om tillförlitligheten av resultaten i studien är låg, kan likheter konstateras med resultat som framkommit i flera rapporter om behovet av att använda strukturerade metoder och bedömningsinstrument vid dialog kring arbetsförmåga. Det stärker även förslag om behovet av att arbeta fram adekvata bedömningsmetoder för att fånga upp signaler kring ohälsa (Rehabiliteringsrådet, 2010; Socialdepartementet, 2017).

### 6.2.3 Praktiska implikationer

Även om studien är liten kan resultaten utgöra intressant information vid arbete och framtida utveckling kring metoder vid rehabilitering och arbetslivsinriktad arbetsåtergång. Till exempel framkommer att FHV-personal uppger att de kommer in i rehabiliteringsprocessen för sent och att metoden då inte är relevant eller tillämpbar. Projekt med att ta fram tydligare samverkansrutiner mellan FHV och kundföretag för att kunna identifiera tidiga tecken på ohälsa hos medarbetare i tid där därför ett förslag. Då det är av vikt att fånga upp tidiga signaler på ohälsa hos individer skulle ett alternativ kunna vara att implementera KOF-metoden inom primärvården där medarbetaren träffar en rehabiliteringskoordinator, helst innan sjukskrivning, och kan påbörja åtgärder i samverkan med arbetsgivare. Denna yrkeskategori är ännu inte så vanlig inom primärvården men som jag tror skulle kunna ha god effekt att förebygga sjukskrivningar.

För att öka användande av metoden och möta de krav om beprövade metoder som eftersträvas inom FHV skulle ett tydliggörande kring exempelvis reliabilitet avseende KOF-metoden påverka graden av användande. Metoden har exempelvis testats för användbarhet i tidigare pilotstudie med test-retest (Liethof, 2011). En annan aspekt att beakta är att undersöka hur metoden motiveras mot kund då tidsaspekten har framkommit som en hindrande faktor. Som tidigare nämnts innebär tid även en kostnad och det vore därför intressant att undersöka om metoden inom FHV bör rikta sig mot en annan yrkesgrupp som kan utföra KOF-samtalet ur ett effektivare tids- och kostnadsperspektiv.

#### 6.2.4 Förslag på forskning/utveckling

Det finns i dag få studier och endast ett visst forskningsstöd kring effekt av arbetslivsinriktad rehabilitering, vilket i sin tur påverkar utvecklingen av att ta fram metoder för arbetslivsinriktad rehabilitering. Metodutvecklingen påverkas även av komplexiteten kring arbetsförmågebegreppet och dess dimensioner.

Några förslag på framtida forskning gällande KOF-metoden vore dels att undersöka möjligheten att beakta fler frågor kring psykosociala aspekter vilket framkom av studiens resultat där en kvalitativ fördjupning i intervjuform skulle kunna identifiera behovet av vilka psykosociala faktorer som är mest angelägna att beakta. Som fördjupning av studien vore det även av intresse att undersöka vilka metoder som används inom FHV och vilka parametrar som beaktas i val av metod inom FHV vid bedömning av arbetsförmåga.

Det vore även intressant att undersöka metodiken kring trepartssamtal då den nämns i flera utredningar som en bra strukturerad metod för en samverkan med arbetsgivare och anses som en framgångsfaktor vid rehabilitering. En jämförande studie kring olika förekommande metoder kring arbetslivsinriktad rehabilitering inom FHV vore intressant att genomföra för att utvärdera metodiken i KOF-metoden jämfört med andra metoder. En jämförande studie skulle kunna undersöka om de underlättande eller hindrande faktorerna var metodspecifika eller om de kan bero på till exempel organisatoriska eller regulatoriska orsaker. Sammanfattningsvis behövs mer studier för att utvärdera mätmetoders betydelse vid arbetslivsinriktad rehabilitering, något som hittills har varit svårt att genomföra då de ofta sker i kombination av annan medicinsk eller social rehabilitering.

## 7 SLUTSATSER

Då studien har ett betydande bortfall kan resultatet inte generaliseras till samtliga som tagit del av introduktionsutbildningen i KOF. Resultaten bör endast ses som indikationer att beakta exempelvis vid framtida arbete kring arbetslivsinriktad rehabilitering. Av resultatet framkommer dock att KOF möter flera framgångsfaktorer kring att arbeta med arbetslivsinriktad rehabilitering och beaktar arbetsförmåga ur ett flerdimensionellt perspektiv. Som styrkor uppfattas KOF-metoden ha en god struktur och metodik som involverar arbetsgivare och kan på så sätt fånga upp tidiga signaler kring obalanser mellan krav och förmåga i arbetet. Detta förutsatt att samverkansrutiner mellan till exempel företagshälsor och respektive kundföretag/organisationer fungerar för att kunna initiera tidiga åtgärder. Tidsaspekten ses dock som en hindrande faktor, vilket även innebär en kostnadsaspekt för kundföretag som kanske kan vara en påverkande faktor för graden av användning av metoden. Likaså finns önskemål om att beakta psykosociala aspekter i större omfattning i KOF vilket ligger i linje med den utveckling vi ser av de ökade sjukskrivningarna kring psykosocial ohälsa och kan tala mot användbarheten i metoden.



## 8 REFERENSER

1. Arbetsförmågutredningen. (2008). Arbetsförmåga?: en översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder: delbetänkande (SOU 2008:66). In *Statens offentliga utredningar, 0375-250X ; 2008:66*. Stockholm: Fritze.
2. Arbetsförmågutredningen. (2009). Gränslandet mellan sjukdom och arbete.
3. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga.
4. Slutbetänkande av Arbetsförmågutredningen. *SOU 2009:89*. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/49b6a6/contentassets/e27bdf19940f4ff687b4413b4d941474/granslandet-mellan-sjukdom-och-arbete-sou-200989>
5. Arbetsmiljöverket. (1994). Arbetsanpassning och rehabilitering : Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna. I: *Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling, 0348-2138 ; 1994:1*. Solna: Arbetarskyddsstyrelsen, Publikationsservice.
6. Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010a). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost- effectiveness of interventions. *Disability & Rehabilitation, 2010, Vol.32(8), p.607-621, 32(8)*, 607-621. doi:10.3109/09638280903186301
7. Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010b). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost- effectiveness of interventions. *Disability & Rehabilitation, 2010, Vol.32(8), p.607-621, 32(8)*, 607-621. doi:10.3109/09638280903186301
8. Centrum för arbets- och miljömedicin. (2016). Arbetsmiljörapport 2016. Hämtad från: [http://dok.sll.se/CAMM/Rapportserien/2016/arbetshalsorapport\\_2016.pdf](http://dok.sll.se/CAMM/Rapportserien/2016/arbetshalsorapport_2016.pdf)
9. Connor, R. J. (1987). Sample size for testing differences in proportions for the paired-sample design. *Biometrics, 43(1)*, 207-211.
10. Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Amick, B. C. (2017). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil*. doi:10.1007/s10926-016-9690-x
11. Ejlerthsson. (1992). Grundläggande statistik : med tillämpningar inom sjukvården. I: *Forskning, vård, utbildning (Studentlitteratur), 99-1302261-4*. Lund: Studentlitteratur.
12. Ejlerthsson, G. (2005). *Enkäter i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. (2:1 ed.). Lund: Studentlitteratur.
13. Ekberg, K., Eklund, M., & Hensing, G. (2015a). Perspektiv på arbetsförmåga. I: K. Ekberg, M. Eklund, & G. Hensing (Eds.), *Återgång i arbete : processer, bedömningar, åtgärder*. Lund: Studentlitteratur.
14. Ekberg, K., Eklund, M., & Hensing, G. (2015b). *Återgång i arbete : processer, bedömningar, åtgärder*. Lund: Studentlitteratur.
15. Ekholm, J., Vahlne Westerhäll, L., Bergroth, A., & Schöldt Ekholm, K. (2015). *Rehabiliteringsvetenskap : rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv (uppl 3:1)*. Lund: Studentlitteratur.
16. FHV-metodik. (2006). Work Role Functioning Questionnaire (WRFQ). Hämtad från: <http://fhvmetodik.se/work-role-functioning-questionnaire-wrfq/>

17. FHV-metodik. (2014). Svenska WAI-nätverket. I. <http://fhvmetodik.se/svenska-wai-natverket/>
18. Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil*, 15(4), 607-631. doi:10.1007/s10926-005-8038-8
19. Försäkringskassan. (2012). Sjukskrivningar i olika yrken under 2000-talet Antal ersatta sjukskrivningsdagar per anställd år 2002–2010: I: Försäkringskassan.
20. Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
21. Ilmarinen, J. E. (2001). Aging workers. *Occup Environ Med*, 58(8), 546-552.
22. Johansson, P. (2011). *Arbetslivsinriktad rehabilitering*. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen .
23. Karlson, B., Jönsson, P., Pålsson, B., Abjörnsson, G., Malmberg, B., Larsson, B., & Osterberg, K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout--a prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10, 301. doi:10.1186/1471-2458-10-301
24. Karlson, B., & Österberg, K. (2014). ADA ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång Avändarmanual 1.3. In. Lund: Arbets- och miljömedicin, Lunds Universitet.
25. Körner, S., & Wahlgren, L. (2002). *Praktisk statistik*. Lund: Studentlitteratur.
26. Körner, S., & Wahlgren, L. (2015). *Statistiska metoder*. Lund: Studentlitteratur.
27. Liethof, W. (2011). Utvärdering av ”Krav och Funktionsschema”, en ny metod för bedömning av arbetsförmåga för företagshälsovården. Retrieved from [http://ammuppsala.se/sites/default/files/pilotstudie\\_kof\\_slutversion.pdf](http://ammuppsala.se/sites/default/files/pilotstudie_kof_slutversion.pdf)
28. Linköpings universitet. (2017). WEIS – Work Environment Impact Scale. Bedömningsinstrument Work Environment Impact Scale, svensk version 3 (WEIS-S 3.0). In: Linköpings Universitet- Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier.
29. Ludvigsson, M., Svensson, T., & Alexanderson, K. (2006). Begreppet arbetsförmåga - en litteraturgenomgång. In Arbetslivsinstitutet (Ed.), (Vol. 2006). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
30. Lundin, A., Leijon, O., Vaez, M., Hallgren, M., & Torgén, M. (2017). Predictive validity of the Work Ability Index and its individual items in the general population. *Scand J Public Health*, 1403494817702759. doi:10.1177/1403494817702759
31. miljömedicin, A.-o. (2012). Krav och funktionsschema (KOF). Retrieved from <http://ammuppsala.se/krav-och-funktionsschema-kof>
32. Nordenfelt, L. (2008). *The concept of work ability*. Bruxelles ; New York: Bruxelles ; New York : P.I.E. Peter Lang.
33. Parlamentariska socialförsäkringsutredningen. (2015). *Mer trygghet och bättre försäkring:slutbetänkande från parlamentariska socialförsäkringsutredningen*. Stockholm: Fritze.
34. Ramada, J. M., Serra, C., Amick, B. C., Abma, F. I., Castaño, J. R., Pidemunt, G., . . . Delclos, G. L. (2014). Reliability and validity of the work role functioning questionnaire (Spanish version). *J Occup Rehabil*, 24(4), 640-649. doi:10.1007/s10926-013-9495-0
35. Rehabiliteringsrådet. (2010). *Rehabiliteringsrådets delbetänkande: delbetänkande (SOU 2010:58)*. Stockholm: Fritze.
36. SCB. *Antal sjukskrivningsdagar per anställd efter yrke, kön och år. 2001–2013. .* Retrieved from [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_SF\\_SF0203/AntSjukDagAnstalld/table/tableViewLayout1/?rxid=a9557fd7-fdcf-4451-95ed-4d0b78b28f55](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_SF_SF0203/AntSjukDagAnstalld/table/tableViewLayout1/?rxid=a9557fd7-fdcf-4451-95ed-4d0b78b28f55).

37. SFS 2010:110. (2010). Socialförsäkringsbalk SFS2010:110. Hämtad från:  
[http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110\\_sfs-2010-110](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110_sfs-2010-110)
38. Socialdepartementet. (2017). *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*. Stockholm: Wolters Kluwer :.
39. Socialstyrelsen. (2010). *Habilitering och rehabilitering - Förutsättningar för uppföljning*. (2010-12-20). Hämtad från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18207/2010-12-20.pdf>.
40. Staaf L, Berglind, H., & Ekholm, J. (1995). Arbetsförmåga – ett nyckelbegrepp vid förtidspensionering. In (pp. 455–462): *Socialmedicinsk tidskrift*.
41. Sundberg, L. (2014). KOF-schema. Hämtad från:  
<https://pingpong.uu.se/courseId/8249/content.do?id=25958043>
42. Tengland, P. A. (2011). The concept of work ability. *J Occup Rehabil*, 21(2), 275-285. doi:10.1007/s10926-010-9269-x
43. Tägtström, M. (2015). *Arbetsmiljölagen : och dess förordning med kommentarer 1 januari 2015*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
44. Udin, C. (2016). Sjukförsäkringen– regelverket samt tillämpningen av rehabiliteringskedjan [PowerPoint-presentation]. Hämtad från:  
<https://pingpong.ki.se/courseId/16404/node.do?id=19275676&ts=1478198043631&u=1767334983>
45. Utbildningsdepartementet. (2003). SFS 2003:460 Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Retrieved from [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
46. Williams, R. M., Westmorland, M. G., Lin, C. A., Schmuck, G., & Creen, M. (2007). Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work- related low back pain: A systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 2007, Vol.29(8), p.607-624, 29(8), 607-624. doi:10.1080/09638280600841513

## Bilaga 1 Enkät

### Krav och Funktionsschema (KOF)

Enkäten vänder sig till dig som genomgått introduktionskurs av metoden Krav- och funktionsschema (KOF). Undersökningen syftar till att undersöka om du använder metoden samt att få fram synpunkter på underlättande och hindrande faktorer i metoden.

#### 1 Kön

Kvinna  
Man


#### 2 Ålder

<30 år  
31–40 år  
41–50 år  
51–60 år  
> 60 år


#### 3. Vilken typ av utbildning har du genomgått?

Sätt kryss efter de alternativ som stämmer för dig. Flera svarsalternativ är möjliga.

- 1 Webbaserad utbildning  
2 Traditionell utbildningsdag i Uppsala eller annan ort


#### 4. När gick du utbildningen?

- 1 Mindre än 1 år sedan  
2 1–3 år sedan  
3 4–6 år sedan  
4 Mer än 6 år sedan  
5 Minns inte


#### 5. Vad är din yrkestillhörighet?

- 1 Företagssköterska / Sjuksköterska  
2 Fysioterapeut / Sjukgymnast  
3 Företagsläkare / Läkare  
4 Beteendevetare/ Psykolog  
5 Rehabkoordinator/Rehabsamordnare  
6 Annan roll \_\_\_\_\_


#### 6. Arbetar du på en Företagshälsa idag?

- 1 Ja  
2 Nej, nuvarande arbete \_\_\_\_\_


#### 7. Har innehållet i utbildningen varit relevant för dig?

- 1 Inte alls  
2 Till viss del  
3 Till stor del  
4 I alla avseenden


#### 8. I vilken utsträckning har du använt KOF-metoden?

- 1 Inte alls  
2 Till viss del


- 3 Till stor del
- 4 Har tidigare använt KOF men inte nu


### 9. I vilka avseenden har du använt dig av KOF?

Sätt kryss efter de alternativ som stämmer för dig. Flera svarsalternativ är möjliga.

- 1 Förebyggande insatser
- 2 Inventering av rehabiliteringsbehov
- 3 Vid rehabiliteringsärenden (sjukskrivning)
- 4 Använder inte/har ej använt
- 5 Andra tillfällen \_\_\_\_\_


### 10. Vad var det som gjorde att du började använda KOF?

Sätt kryss efter de alternativ som stämmer för dig. Flera svarsalternativ möjliga.

- 1 Strategibeslut på företagshälsoenheten om att använda metoden
- 2 Önskemål från kundföretag om metod/metodik
- 3 Önskemål från FHV- medarbetare om verktyg kring trepartssamtal
- 4 Använder inte/har ej använt KOF
- 5 Annat \_\_\_\_\_
- 6 Minns ej


### 11. Vad upplever du för styrkor/svagheter med att använda KOF-metoden?

Ange stryka och svaghet för KOF-metoden där 1 innebär stor svaghet och 5 anger stor styrka.

- 1 Metodik (trepartssamtal)
- 2 Struktur för samtal (fasta frågeområden)
- 3 Tidsaspekt för samtal (total tidsåtgång)
- 4 Områden som beaktas i metoden (relevans)
- 5 Tillämpbarhet på olika företag/organisationer
- 6 Annat

1	2	3	4	5

### 12. Om du valt Annat (fråga 11), utveckla gärna ditt svar. Tex andra styrkor och svagheter du upplever med att använda metoden?

---



---



---



---

### 13. Om du inte använder KOF, vad är anledningen till att du inte använder metoden?

Kryssa i de alternativ som stämmer för dig. Flera svarsalternativ är möjliga

- 1 Använder den
- 2 KOF är inte en del av Företagshälsans utbud
- 3 Använder andra metoder i arbetet
- 4 Kundföretag ej intresserade av att använda metoden för trepartssamtal
- 5 Tidsaspekt (tar för lång tid)
- 6 Täcker inte in relevanta områden
- 7 Metoden omständlig, krånglig
- 8 Ej relevant i mitt yrkesutövande


- 9 | Bytt arbetsuppgifter  
10 | Annat


**14. Om du svarat Annat (fråga 13), ange anledningar till varför du inte använder metoden**

---

---

---

*Tack för din medverkan!*  
*Maria Sævig*

## Bilaga 2 Följebrev

### Till dig som genomgått introduktionskurs i Krav och Funktionsschema (KOF)

Då sjukskrivningar innebär stora konsekvenser för både individ, företag/organisationer och samhälle är det viktigt att i tidigt skede identifiera möjligheter till arbetsåtergång. Krav och Funktionsschema (KOF) är en metod som bland annat används för att få fram underlag för lämpliga arbetslivsinriktade insatser.

I min magisteruppsats inom i Arbete- och Hälsa är jag intresserad av att undersöka i vilken utsträckning KOF-metoden används och även att få fram hindrande och underlättande faktorer vid användande av metoden. Enkäten vänder sig till dig som har genomgått utbildning i KOF-metodiken och skickas ut till samtliga som genomgått introduktionskurs. Uppsatsen genomförs i samarbete med Arbetsmiljömedicin i Uppsala och Uppsala Universitet där dina kontaktuppgifter hämtats ifrån då du gick din utbildning. Studien är en tvärsnittsstudie och är därför ett engångsutskick.

Ditt deltagande i studien är naturligtvis frivilligt, men dina svar är betydelsefulla för undersökningens kvalitet. Jag skulle därför önska att du tar dig ca 5–10 min att svara på frågorna, senast den 28 februari. Svaren kommer att behandlas utan identitetsuppgifter och kommer därför inte kunna kopplas till dig som person. Enkäten kommer att administreras av Tomas Eriksson på Arbets- och miljömedicin, Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Om du har problem med att besvara frågorna eller har synpunkter på frågeformuläret, hör gärna av dig till mig enligt nedan kontaktuppgifter.

Jag hoppas att du, genom att svara på denna enkät, vill hjälpa mig att öka kunskaperna kring att få fram bra metoder som stödjer rehabiliteringsaktörer att på ett bra sätt identifiera lämpliga åtgärder kring av arbetsanpassning och rehabilitering.

Tack på förhand!

Vänliga hälsningar

Maria Saevig

Magisterstudent på programmet i Arbete- och Hälsa. Karolinska Institutet.

Telefonnummer: 070-490 5595

Mailadress: [mariasaevig@yahoo.se](mailto:mariasaevig@yahoo.se)

Genom att trycka på länken samtycker du till att delta i denna studie.