

Tidig arbetslivsinriktad rehabilitering inom kommuner och landsting

- företagshälsovårdens metoder
och arbetssätt

Förord

Detta projekt om företagshälsovårdens arbete med tidig arbetslivsinriktad rehabilitering inom vård- och omsorgsförvaltningar i kommuner och landsting, fokuserar på framgångsrika metoder och arbetssätt; arbetssätt som underlättar tidig återgång i arbete och bidrar till hållbar arbetsförmåga.

Projektet är finansierat av AFA Försäkring inom FoU-programmet Arbetslivsinriktad rehabilitering inom kommuner och landsting och vi vill framföra vårt varma tack till AFA Försäkring.

Vi vill också varmt tacka alla FHV-anställda, arbetsgivare och anställda i kommuner och landsting, samt försäkringskassehandläggare som upplåtit sin tid för att besvara vår enkät samt deltagit i intervjuer.

Ett stort tack till Sara Säwenmyr, Magnus Svartengren, Peter Bergman och Gun Johansson som bidragit till projektet.

Slutligen vill vi tacka deltagarna i vår referensgrupp för värdefulla synpunkter på projektets upplägg och resultat under projektets gång. Referensgruppens deltagare har varit:

- Kerstin Ekberg, Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering, Linköpings universitet
- Tor Larsson, Sociologiska institutionen, Uppsala universitet
- Malin Josephson, Inspektionen för socialförsäkringen
- Lars Hjalmarsson, Sveriges företagshälsor
- Henrik Nygren, Previa
- Elisabeth Weiner, Landstingshälsan Örebro
- Karin Jagermark, Personalthälsan Huddinge
- Arthur Tenenbaum, Hälsan&Arbetslivet, Västra Götalandsregionen
- Jannike Wenke, Personal och utbildning, Stockholms läns landsting
- Britt-Marie Thulestedt, Stadsledningskontoret, Stockholms stad

Stockholm i november 2014.

Katarina Kjellberg
Projektledare

Innehållsförteckning

Förord	1
Innehållsförteckning.....	2
Sammanfattning.....	7
Förkortningar.....	8
Bakgrund	9
Vård- och omsorgspersonal	9
Sjukfrånvaron i Sverige.....	9
Tidig arbetslivsinriktad rehabilitering	10
Lagstiftning om arbetslivsinriktad rehabilitering	11
Företagshälsovården	11
Lagstiftning som berör företagshälsovårdens verksamhet.....	12
Extern och intern företagshälsovård.....	12
Företagshälsovårdens tjänster	13
Avtal och nyttjande	13
Alternativ och komplement till företagshälsovården	14
Tidiga insatser.....	15
Sjuk- och friskanmälan	16
Bedömning av arbetsförmåga	17
Anpassning av arbetet.....	20
Samverkan i rehabilitering	21
Försäkringskassans samverkansavtal	23
Behov av kunskap om företagshälsovårdens arbete med tidig arbetslivsinriktad rehabilitering	23
Syfte.....	24

Övergripande frågeställningar:	24
Metod och material.....	25
Enkät.....	25
Urval och datainsamling.....	25
Enkäten.....	26
Databearbetning och analys.....	26
Deltagande FHV-enheter.....	27
Intervjuer.....	29
Urval	29
Datainsamling.....	30
Analys	31
Fokusgruppsintervjuer	32
Urval	32
Datainsamling.....	33
Analys	33
Etikprövning	34
Resultat.....	35
Sjukanmälan och kontakter under sjukskrivningsprocessen	35
Tillvägagångssätt för sjukanmälan och uppföljning.....	35
Kontaktvägar till företagshälsovården	37
Chefens och företagshälsovårdens ansvar.....	40
Framgångsfaktorer och förbättringsområden enligt de intervjuade.....	40
Arbetsförmågebedömningar.....	42
Metoder för bedömning av arbetsförmåga	42
Bedömning av funktion	42

Bedömning av arbetets krav	45
Bedömning av individens funktion i relation till arbetets krav	46
Övriga metoder	47
Arbetsplatsbesök i samband med arbetsförmågebedömning.....	49
Typer av tjänster relaterade till arbetsförmågebedömningar	49
Professioner som utför arbetsförmågebedömningar	51
Olika motiv för bedömningar	52
Ansvarsfördelning mellan företagshälsovården och arbetsgivaren	54
Etiska aspekter av arbetsförmågebedömningar	56
Framgångsfaktorer och förbättringsområden	57
Anpassningar av arbetet	60
Vilken typ av anpassningar genomförs?	60
Arbetsplatsbesök.....	61
Ergonomiska anpassningar.....	62
Anpassningar vid psykosociala besvär	63
Övriga anpassningar	64
Rollfördelning mellan företagshälsovården och arbetsgivaren.....	65
Etiska aspekter av att involvera FHV i anpassningar	66
Sjukskrivnas syn på genomförda anpassningar.....	67
Förutsättningar för att genomföra anpassningar	68
Organisatoriska förutsättningar	68
Sociala förutsättningar	69
Individuella förutsättningar.....	70
Framgångsfaktorer och hinder.....	70
Samverkan mellan arbetsgivaren och företagshälsovården.....	72

Organisationsform - internt eller externt organiserad företagshälsovård	72
Personalvårdsföretag som komplement till företagshälsovård.....	74
Betydelsen av kontinuitet, dialog och närhet	75
Betydelsen av tydlighet i relationerna	77
Framgångsfaktorer och förbättringsförslag	78
Arbetsgivarnas och företagshälsovårdens samverkan med andra aktörer	80
Samverkan med Försäkringskassan	80
Samverkansformer och ansvar.....	80
Framgångsfaktorer	82
Förbättringsförslag	83
Samverkan med Arbetsförmedlingen	84
Förbättringsförslag	85
Samverkan med primärvård, psykiatri och övriga aktörer	85
Samverkansformer och ansvar.....	86
Framgångsfaktorer	86
Hinder	86
Förbättringsförslag	87
Samverkan med de fackliga organisationerna	87
Generella framgångsfaktorer och förbättringsförslag	88
Diskussion.....	89
Sjukanmälan	89
Framgångsfaktorer i sjukanmälningsprocessen.....	91
Förbättringsområden	91
Arbetsförmågebedömningar.....	92
Framgångsfaktorer	95

Förbättringsområden	96
Anpassningar av arbetet	96
Förbättringsområden	98
Samverkan mellan arbetsgivare och företagshälsovården	98
Förbättringsområden	100
Arbetsgivarnas och företagshälsovårdens samverkan med andra aktörer	101
Samverkan med Försäkringskassan.	101
Samverkan med Arbetsförmedlingen.	102
Samverkan med primärvård och psykiatri	103
Förbättringsområden	103
Projektets styrkor och begränsningar	103
Enkätmetodik	103
Intervjumetodik.....	104
Fortsatt forskning	105
Sammanfattande slutsatser	106
Referenser	108

Sammanfattning

Syftet med projektet var att identifiera och vidareutveckla framgångsrika metoder och arbets sätt för företagshälsovården (FHV) i arbetet med tidig arbetslivsinriktad rehabilitering (TAR) inom vård- och omsorgsförvaltningar i kommuner och landsting.

Projektet omfattar en enkät till samtliga FHV-enheter i Sverige, intervjuer med personal från ett urval FHV-enheter och deras kundföretag, försäkringskassehandläggare, sjukskrivna som fått insatser via FHV, samt fokusgrupper med kommunala chefer kring användningen av FHV.

Resultaten visar att FHV har potential att fungera som en partner till arbetsgivaren i arbetet med TAR. Nära och goda relationer mellan FHV och kundföretaget är framgångsfaktorer för FHV:s insatser. En systematiserad kommunikation samt strukturerade arbetsmetoder och rutiner underlättar relationerna. Tydliga rutiner för hantering av sjukfrånvaro, där FHV medverkar i dialog kring sjukfrånvaron hos arbetsgivaren, och kontakten mellan arbetsgivaren och den sjukskrivne behålls, framhålls som positiva. Vid arbetsförmågebedömningar betonas vikten av en strukturerad beställningsprocess där arbetsgivarna är tydliga med syftet för bedömningarna. Ett gott samarbete mellan arbetsgivare och FHV utmärks av långsiktiga relationer och att tjänsteutbudet utformas i dialog baserat på behoven i verksamheten. Intern FHV kan vara *ett* sätt att tillgodose detta. Kontinuiteten försvåras av korta avtalsperioder och täta byten av FHV-leverantörer. Goda relationer möjliggör också flexibilitet och anpassning till rådande lokala förhållanden och behov.

Förbättringsområden som identifieras är metoder för arbetsförmågebedömning som relaterar individens förmåga till arbetets krav, och särskilt sådana metoder samt anpassningar för sjukskrivna med psykosociala problem. FHV efterlyser mera samarbete med arbetsgivare kring preventiva insatser och anpassningar för hela arbetsgrupper, inte bara för den sjukskrivne. I ett sådant samarbete kan även ingå utvecklingen av IT-stöd relaterade till sjukfrånvaro.

Förkortningar

FHV företagshälsovården

TAR tidig arbetslivsinriktad rehabilitering

Bakgrund

Tidiga effektiva insatser för att underlätta sjukskrivnas återgång i arbete och förkorta sjukskrivningstiden är viktiga ur såväl ett samhällsperspektiv och ett arbetsgivarperspektiv som ur den enskildes perspektiv. Ofta behöver sådana åtgärder riktas mot både individen och arbetsförhållandena. Åtgärder genomförda på arbetsplatsen har i ett flertal studier visat sig vara mer gynnsamma för återgång i arbete än insatser riktade mot individen för att förbättra dennes kapacitet. Väl genomförda arbetsförmågebedömningar, där individens förmågor bedöms i relation till kraven i arbetet, kan utgöra ett viktigt underlag för utformningen av olika individanpassade åtgärder på arbetsplatsen. Företagshälsovården (FHV) har goda förutsättningar att spela en viktig roll i detta arbete då de har kunskap om och tillgång till arbetsplatserna och därigenom kan bedöma arbetsförmåga i relation till arbetets krav samt bidra till utformningen av insatser så att arbetet anpassas till den sjukskrivnes nedsatta funktion. Föreliggande projekt har till syfte att identifiera och vidareutveckla framgångsrika metoder och arbetssätt för FHV i arbetet med tidig arbetslivsinriktad rehabilitering (TAR) inom vård- och omsorgsförvaltningar i kommuner och landsting. Dessa metoder och arbetssätt ska bidra till förbättrad och hållbar arbetsförmåga samt underlätta tidig och hållbar återgång i arbetet. FHV kan i alla dessa led vara en viktig expertresurs för den ansvarige arbetsgivaren. Om FHV i god samverkan med arbetsgivaren och andra aktörer använder välfungerande, utvärderade metoder och arbetssätt, som detta projekt avser att lyfta fram, ökar möjligheterna att framgångsrikt kunna reducera sjukfrånvaron.

Vård- och omsorgspersonal

2011 var 4,6 miljoner sysselsatta i arbete i Sverige, och av dessa var totalt cirka 1 miljon anställda inom landsting och kommuner (1). En majoritet av de anställda inom landsting och kommuner (79 %) var kvinnor. Kommun- och landstingsanställda utgör alltså en stor grupp bland de yrkesarbetande i Sverige. Den enskilt största yrkesgruppen bland kvinnor är vård- och omsorgspersonal med cirka 437 000 anställda (2).

Sjukfrånvaron i Sverige

Sjukfrånvaron i Sverige har efter några års tillbakagång, och med en lägsta nivå kring år 2010, nu återigen ökat något (3). De vanligaste sjukskrivningsdiagnosgrupperna har under några år varit psykiska besvär och muskuloskeletal sjukdomar, som vardera står för cirka 31 % av samtliga sjukdomar som orsakar sjukskrivning. Ovanstående statistik omfattar de sjukfall som ersätts inom ramen för sjukförsäkringen och som är minst 8 dagar långa.

Försäkringskassan kom 2010 med en rapport som visar sjukskrivningsmönster i olika yrkesgrupper (2). Antalet ersatta sjukskrivningsdagar för vård- och omsorgspersonal var i genomsnitt 13 dagar per år för kvinnorna och åtta för männen under 2008. Genomsnittet för samtliga yrkesgrupper var tio dagar för kvinnor och sex för män. Detta kan också jämföras med exempelvis 11 dagar för forskollärare och fritidspedagoger och sex dagar för företagsekonomer, marknadsförare och personaltjänstemän (ej uppdelat på kön). Den yrkesgrupp som hade flest antal dagars ersättning var städare med i genomsnitt 15 ersatta dagar. Kommuner och landsting har sålunda yrkesgrupper som är stora, och där sjukfrånvaron är relativt hög. Samtidigt varierar den ersatta sjukfrånvaron mycket, framförallt mellan olika kommuner inom samma län men även mellan landstingsanställda i

olika län (4, 5). Under 2012 var det exempelvis fyra kommuner som hade i genomsnitt 3,5 sjukdagar eller mindre och sex kommuner som redovisade i genomsnitt 7 sjukdagar eller fler (5).

Hur sjukskrivningarna i Sverige kan minska är, och har varit, en viktig nationell fråga. Som ett försök att minska de långa sjukskrivningarna, och också minska inflödet av nya sjukskrivningar, införde regeringen år 2008, i samarbete med Sveriges kommuner och landsting (SKL), en rehabiliteringsgaranti för personer mellan 16 och 67 år (6). Målet med rehabiliteringsgarantin är att patienter ska kunna få snabb behandling i syfte att återfå sin arbetsförmåga, dvs. för att förebygga sjukskrivning eller åstadkomma återgång i arbete efter sjukskrivning. En ny lagstiftning inom sjukförsäkringen, den s.k. rehabiliteringskedjan, infördes också 2008 som ett svar på de höga sjukskrivningstalen (7). Den innebär fasta tidsgränser för bedömning av arbetsförmåga under en sjukskrivning. Under de första tre månaderna bedöms personens arbetsförmåga i förhållande till det egna arbetet, därefter till anpassade arbetsuppgifter hos samma arbetsgivare och efter sex månader gentemot hela arbetsmarknaden (s.k. normalt förekommande arbeten). Fokus är sålunda på tidiga insatser i rehabiliteringen. Effekterna av dessa nationella åtgärder är svåra att bedöma, men aktuella sjukskrivningsnivåer indikerar att frågan hur vi minskar sjukskrivningarnas längd med tidiga insatser fortfarande är högaktuell. Ett problem som uppkommit efter införandet av rehabiliteringskedjan är det stora antal personer som lämnar sjukförsäkringen varje månad för att sjukskrivningstiden gått ut i enlighet med rehabiliteringskedjans borte gräns på 365 dagar. Efter 365 dagar kan patienten bara få sjukpenning om det bedöms att han eller hon inte kan utföra något normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Från januari 2010 till maj 2013 har 58 177 personer lämnat sjukförsäkringen (8). 69 % av dessa är kvinnor. Att genom effektiva tidiga arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder reducera längden på sjukskrivningsperioderna och åstadkomma tidig återgång i arbete, så att utförsäkring kan undvikas, torde därför vara mycket angeläget.

Tidig arbetslivsinriktad rehabilitering

I Sverige var det i och med rehabiliteringsreformen i början på 1990-talet som begreppet *arbetslivsinriktad rehabilitering* dök upp, och det fördes också in i Lagen om Allmän Försäkring (AFL) (9) (som upphörde 2011-01-01 genom Socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110)(10). I den framgår att arbetslivsinriktad rehabilitering ska syfta till att återge den som drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och därmed också ge individen förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete (kap 29, §2). Hur arbetslivsinriktad rehabilitering definieras varierar en del i litteraturen (11). Det kan många gånger vara svårt att skilja mellan medicinsk rehabilitering, där målet är ökad funktion, och arbetslivsinriktad rehabilitering, som syftar till att underlätta återgång i arbete. Medicinska åtgärder kan ses som en del av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, när dessa bidrar till ökad arbetsförmåga och på så vis underlättar återgång i arbetet, men ofta skiljer man mellan sådana och arbetsplatsrelaterade åtgärder. I detta projekt har vi valt att definiera arbetslivsinriktad rehabilitering som icke-medicinska åtgärder som syftar till att individen ska återfå sin arbetsförmåga och kunna återgå i arbete.

Åtgärder inom arbetslivsinriktad rehabilitering kan handla om arbetsförmågebedömningar, arbetsprövning, arbetsträning, utbildning, anpassningar av arbetsuppgifter och arbetsförhållanden, tillhandahållande av teknisk utrustning, omplacering och byte av arbetsplats/anställning. I och med rehabiliteringskedjans fokus på tidiga insatser började begreppet *tidig arbetslivsinriktad rehabilitering* (TAR) användas. I detta projekt studeras icke-medicinska rehabiliteringsåtgärder som utförs så tidigt som möjligt, men inom de första sex

månaderna av en sjukskrivning. Begränsningen till sex månader är i enlighet med rehabiliteringskedjan som anger att alla möjligheter till anpassningar och omplaceringar på det befintliga arbetet skall utrönas inom de första sex månaderna (7).

1 januari 2010 infördes en förordning om bidrag till FHV för att främja särskilda insatser riktade mot tidig återgång i arbetet (12). Förordningen upphörde 1 januari 2014 och ersattes av bidrag som kan sökas av arbetsgivare som köper insatser om arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete (13). Bidragsbeloppet till arbetsgivarna utgör dock bara en bråkdel av beloppet som tidigare kunde sökas av FHV.

Lagstiftning om arbetslivsinriktad rehabilitering

Enligt Arbetsmiljölagen (14) och Socialförsäkringsbalken (10) (tidigare Lagen om allmän försäkring (9) är det arbetsgivaren som har ansvar för rehabilitering av anställda. Försäkringskassan har samordningsansvar. I Socialförsäkringsbalken framkommer att rehabiliteringsåtgärder ska påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt (kap 30, § 11) och det är Försäkringskassans ansvar att detta sker. I föreskriften Arbetsanpassning och rehabilitering (AFS 1994:1) (15) finns en närmare beskrivning av hur lagen ska tolkas när det handlar om arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering för sina anställda. Arbetsgivarna har ett lagstadgat ansvar att anpassa arbetet till den enskilde arbetstagarens förutsättningar, och detta skall ske så tidigt som möjligt när den anställde drabbats av funktionsnedsättning och begränsning av arbetsförmågan (15). Tidsramarna för detta regleras, som beskrivits tidigare, i rehabiliteringskedjan (7). För att fullgöra sitt ansvar ska arbetsgivaren se till att det i verksamheten finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet (15). I AFS 2001:1 12 § (16) anges att FHV eller annan lämplig aktör skall användas i arbetet med arbetsanpassningar och rehabilitering om arbetsgivarens egen kompetens inte är tillräcklig.

Företagshälsovården

FHV har, som nämnts tidigare, goda förutsättningar att vara en viktig aktör inom tidig arbetslivsinriktad rehabilitering. FHV har funnits under många decennier, även om ägandeformerna och regelverket kring den varierat. Branschorganisationen Sveriges Företagshälsor uppskattar att det finns cirka 160 företag som i varierande storlek och organisationsform som erbjuder FHV (17). De 130 företag som är medlemmar i branschorganisationen har tillsammans omkring 500 mottagningar i hela landet, varav cirka 100 är "inbyggda", det vill säga ingår i kundföretagets/organisationens verksamhet. Cirka 4000 personer är anställda i FHV. Andelen medarbetare som, enligt Arbetsmiljöverkets arbetsmiljöundersökningar, säger sig ha tillgång till FHV har sjunkit från nära 90 % i slutet av 1980-talet till 64 % i den senaste mätningen (18). En stor grupp i arbetslivet saknar således tillgång till FHV (cirka 1,4 miljoner) (17).

När förordningen om bidrag till FHV infördes (se ovan) fick Försäkringskassan uppdraget att godkänna de FHV-anordnare som uppfyllde uppställda krav för att få del av dessa medel. Dessa krav omfattar att FHV-anordnaren ska uppfylla arbetsmiljölagens krav på kompetens inom arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, hälsovetenskap, medicin, rehabilitering och teknik samt att anordnaren skall ha kunskaper om förhållanden på den anställdes arbetsplats (12). I november 2013 hade Försäkringskassan godkänt 193 FHV-anordnare.

Lagstiftning som berör företagshälsovårdens verksamhet

Lagstiftningen som påverkar FHV:s arbete är delvis densamma som för Hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonalen inom FHV lyder under Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) (19) och lagen om Patientsäkerhet (SFS 2010:659) (20). Ett antal föreskrifter förtydligar de olika delarna i lagen och hur dessa ska tolkas.

Arbetsgivarens skyldigheter att anlita FHV regleras i Arbetsmiljölagen (3 kap, 2b §) (14). I den framgår att "Arbetsgivaren skall svara för att den FHV som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå". Ett förtydligande kring vad som menas med "arbetsförhållandena kräver" finns inte. Det är därför en bedömning som arbetsgivaren själv gör. FHV definieras däremot som "en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering".

Arbetsmiljölagens krav preciseras i 12 § i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (16): "När kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering, skall arbetsgivaren anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån. När företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp anlitas skall den vara av tillräcklig omfattning samt ha tillräcklig kompetens och tillräckliga resurser för detta arbete."

Efter borttagandet av statsstödet till FHV 1992 finns det ingen offentlig "ackreditering" eller kvalitetsgranskning av FHV-anordnare, förutom det godkännande för att erhålla bidrag av Försäkringskassan som beskrivs ovan. Den breda definitionen av FHV i Arbetsmiljölagen innebär att arbetsgivaren inte är bunden att anlita någon, t.ex. av Försäkringskassan godkänd eller till branschföreningen ansluten FHV-anordnare. FHV verkar helt på en "fri marknad" där arbetsgivare såsom kundföretag köper FHV-tjänster enligt avtal med FHV-anordnaren. Det är upp till kunden att bedöma om den anlitate FHV-anordnaren har tillräcklig kompetens, t.ex. för att medverka i ett rehabiliteringsärende, och det är också kunden som avgör om denne vill köpa tjänster i ett ärende, och i så fall vilka. FHV-anordnaren arbetar således helt på kundföretagets uppdrag och utför endast de tjänster som är avtalade. I exempelvis ett rehabiliteringsärende kan det innebära att FHV inte får i uppdrag av arbetsgivaren att göra det som den enskilde yrkesutövaren på FHV anser är det mest lämpliga.

Det juridiska ansvaret för arbetsmiljö-, anpassnings- och rehabiliteringsarbetet ligger alltid hos arbetsgivaren och det är ofta den närmsta chefen som delegerats ansvaret, förutom samordningsansvaret som ligger hos Försäkringskassan. FHV-anordnaren har alltså ingen given roll utifrån lagstiftningen och inget formellt ansvar för dessa frågor och har heller ingen kontrollfunktion, utan ska vara ett stöd för kundföretaget och berörd chef, och alltid arbeta på uppdrag av den beställande parten. Detta kan medföra att FHV:s arbete i stor utsträckning styrs av faktorer som ekonomiska resurser hos kundföretaget och chefs intresse av att använda FHV. Lagstiftningen om rehabiliteringskedjan innebär dock ökade krav, i jämförelse med tidigare lagstiftning, på arbetsgivaren att genomföra TAR, t.ex. att tidigt utreda möjligheterna till arbetsanpassning. Här kan FHV bidra med stöd till arbetsgivaren i att bedöma arbetsförmåga och behov av arbetsanpassning för den sjukskrivne, samt utreda möjligheter till och genomföra anpassningar, och på det viset spela en viktig roll i TAR.

Extern och intern företagshälsovård

En FHV kan vara extern eller intern ("inbyggd"). Om den är extern drivs FHV som en enskild juridisk person/bolag (bolagsform kan variera) skilt från företaget som den säljer

sina tjänster till, och har då oftast flera olika företag som kunder. Externa FHV verkar på en öppen och konkurrensutsatt marknad och mellan parterna finns oftast en ”vanlig” köpsäljrelation som regleras i ett avtal mellan parterna. Om FHV är intern drivs och ägs den av den organisation eller det företag som den har uppdrag för, ofta som en särskild avdelning under personal- eller säkerhetsavdelningen eller motsvarande. Enligt branschorganisationen Sveriges företagshälsor är ungefär 100 av de 500 (20 %) mottagningarna runt om i landet interna (17). I en delvis opublicerad enkätundersökning till arbetsgivare i Sverige, undersöktes deras anslutning till FHV (21, 22). Endast 4 % av företagen hade en intern FHV, en andel som är något högre (7 %) bland de stora organisationerna (>200 anställda) som ingick i studien. Bland små företag förekom inte intern FHV. Dessa uppgifter ska dock tolkas med viss försiktighet då svarsfrekvensen i studien var låg (19-55 % beroende på företagsstorlek; totalt 26 %). Hur stor andel av företag och organisationer som faktiskt har en intern FHV är alltså något oklart, men det kan klart konstateras att en majoritet har externa FHV. Enligt uppskattningar från branschorganisationen ägs ungefär hälften av de interna FHV-anordnarna av kommuner och landsting och den andra hälften ägs av det privata näringslivet. Det finns också ett fåtal (oklart hur många) FHV som drivs som medlemsföretag, där företag eller organisationer äger en FHV-anordnare tillsammans. Oavsett om FHV är intern eller extern kan placeringen av den enskilda mottagningen vara i såväl kundens lokaler som i externa lokaler skilda från kunden. Även en extern FHV kan alltså ha mottagning på kundföretaget.

Företagshälsovårdens tjänster

FHV erbjuder vanligtvis ett brett utbud av tjänster av såväl hälsofrämjande och förebyggande som rehabiliterande och efterhjälpande karaktär (dvs. för att återfå arbetsförmåga och minska risken för ytterligare försämrad hälsa). Tyvärr finns ingen samlad statistik av god kvalitet över vilka typer eller volymer av tjänster som företag och organisationer köper. Sveriges företagshälsor har dock, utifrån uppgifter från enskilda FHV-anordnare, uppskattat att 20 % av de tjänster som säljs är rehabiliteringstjänster och de utgör också de volymmässigt största tjänsterna (23). Det är framförallt de stora företagen som köper tjänster i rehabiliteringsärenden (funktions- och arbetsförmågebedömningar, rehabiliteringsutredningar, konsultation vid arbetsanpassning och åtgärder för att förebygga långtidssjukskrivning), medan det tycks vara mer ovanligt i de mindre företagen (22).

Avtal och nyttjande

Lagstiftningen är, som beskrivits tidigare, inte tvingande för arbetsgivare vad gäller att ha ett avtal med en FHV-anordnare. Detta innebär att en del företag och organisationer inte har något avtal alls. Det finns även företag och organisationer som har avtal med en FHV-anordnare utan att det nyttjas. Det finns avtal med FHV där kundföretaget förbinder sig att köpa en viss volym tjänster, ibland kallat abonnemangsavtal. Andra avtal sätter ett maxtak, men ingen minsta volym. En typ av avtal specificerar ingen volym eller typ av tjänster alls, utan tjänsterna avropas vid behov med eller utan ”tak”, ibland benämnt nollavtal eller avropsavtal. Hur vanliga olika typer avtal är, eller hur stor andel av företag och organisationer som har ett avtal, saknas det kunskap om och detta kan tänkas variera över tid. I studien som nämns ovan (21, 22) framkom att en låg andel bland de mindre företagen har avtal med FHV överhuvudtaget. Av företag med mindre än 10 anställda uppger 39 % att de har ett avtal. På företag med 10-49 anställda är andelen 67 % och på företag med mer än 200 anställda 95 %. När det gäller vilken typ av avtal som organisationerna har med FHV visades att nollavtal, eller avropsavtal, är det vanligaste bland de stora företagen med extern FHV; 59 % av dessa anger att de har ett sådant avtal med FHV. 24 % av de stora företagen

med extern FHV uppger att de har ett abonnemangsavtal och 17 % att de har en kombination av dessa två (dvs. vissa tjänster på abonnemang och vissa efter avrop). För de medelstora och mindre företagen är förhållandet omvänt, dvs. en majoritet har abonnemangsavtal (54 % av organisationerna med 50-199 anställda, 61 % av organisationerna med 10-49 anställda och 75 % av organisationerna med färre än 10 anställda). Det finns också grupper på arbetsmarknaden, t.ex. tidsbegränsat anställda, som inte omfattas av organisationens avtal om FHV. Även om detta saknas systematisk kunskap. Alla anställda inom kommuner och landsting har dock, enligt SKL, tillgång till FHV, även om nyttjandet varierar (24).

Avtalens längd varierar och regleras för externa leverantörer i det avtal som sluts mellan organisationen och FHV. I stora organisationer sker detta vanligen efter en konkurrensutsatt öppen upphandling. Det finns emellertid ingen systematisk kunskap om hur långa avtal företag och organisationer har med FHV-anordnare. I ovan nämnda studie framkom att 43 % har tidsbegränsade avtal (39-54 % beroende på vilken typ av avtal man angett att man har). Ettåriga avtal är det vanligaste bland samtliga företag. I de stora organisationerna (med fler än 200 anställda) är dock treåriga avtal vanligast; 31 % anger att de har det, följt av 28 % som har tvååriga avtal och 23 % som rapporterar att de har ettåriga avtal. Detta kan jämföras med företag med 10-49 anställda där 67 % anger att avtalen är ettåriga. I genomsnitt är avtalslängden 2,5 år i de stora företagen. Studien visar också att 54 % av företag och organisationer med mer än 50 anställda har bytt FHV leverantör under de senaste tio åren. Denna andel är lägre bland de små företagen.

Avtalen kan även variera när det gäller vilken budget som belastas av kostnaden för FHV. I vissa fall belastas berörd chefs budget för de köpta FHV-tjänsterna. I andra fall belastas en central pott. En organisation kan även ha ett avtal om ett bestämt antal timmar som fördelas ut på de olika avdelningarna. Skrivningen i avtalet avgör alltså till viss del hur stor frihet den beställande chefen har att beställa de FHV-tjänster som behövs. Om avtalet anger att beställande chefs budget ska ta kostnaden, styr detta förstås i högre grad omfattningen av hur mycket FHV:s tjänster används än om kostnaderna belastar en central pott där den enskilde chefs budget inte belastas. Hur vanliga dessa olika varianter av avtal och vilken budget som belastas är saknas det kunskaper om.

En ytterligare variation kring avtalen rör enskilda medarbetares möjligheter att vända sig till FHV utan chefs godkännande eller beställning. I den ena extreman finns avtal där inga besök får göras utan chefs godkännande. En annan variant är att medarbetaren får använda FHV en gång per år utan chefs godkännande. I den andra extreman finns generösa avtal där individen får gå många gånger utan att ta kontakt med närmsta chef. Tyvärr saknas kunskap om hur olika avtalen är i detta avseende, hur vanliga olika lösningar är och vilka effekter det eventuellt får.

Alternativ och komplement till företagshälsovården

Hur mycket tjänster en organisation köper från FHV varierar förstås mycket och till viss del beroende av ekonomi, behovet av dessa tjänster, vanan att köpa dem och hur nöjd man är med sin leverantör av FHV-tjänster. Det kan också bero på hur mycket av innehållet i de tjänster som FHV erbjuder som arbetsgivaren själv hanterar. Organisationen kan ha egen anställd personal, ofta kopplad till HR-avdelningen, som täcker en del av de behov som FHV i andra organisationer tillgodoser. Detta behöver inte innebära att FHV:s hela utbud finns internt i organisationen. Hur mycket tjänster organisationen köper, som är kopplade till TAR, beror sålunda delvis på den interna tillgången på denna expertkunskap. Det kan även

vara så att organisationen köper vissa tjänster av andra externa leverantörer som komplement till FHV. Sedan tiotalet år finns flera företag som tillhandahåller så kallad personalvård eller personalstöd (Employee Assistance Program) som komplement till traditionell FHV inom såväl offentlig som privat sektor. Det finns ett antal företag inom ett antal områden som exempelvis erbjuder ”sjuk- och friskanmälan”, kristjänster, rehabtjänster, chefsstöd, medarbetarstöd, hälsokartläggningar, men även möjlighet för anställda att dygnet runt konsultera experter i vardagsfrågor (relationsproblem, juridik, ekonomi, missbruk, livsstil). Tanken är att erbjuda stöd i frågor eller ärenden som kan ha en negativ inverkan på arbetsförmågan. Generellt är dessa komplement till FHV oftast mer nischade och erbjuder endast specifika tjänster inom ett område, medan FHV kännetecknas av bredden avseende både de professioner som finns att tillgå och därtill hörande tjänster. Fördelen med de nischade företagen kan vara att de är mer specialiserade kring den specifika tjänsten, medan nackdelen kan vara att de saknar bredden och helhetssynen. Personalstödet grundidé är fri tillgång för alla anställda, dvs. dessa kontakter kräver inget medgivande från arbetsledningen och arbetsgivaren får endast återrapportering på övergripande nivå om vilka tjänster som utnyttjats och i vilken grad. Tjänsten debiteras vanligtvis centralt i kundföretaget utifrån ett fast pris per medarbetare eller per samtal. Detta skiljer sig från FHV där det, som framgått ovan, finns många olika lösningar på avtalet mellan parterna.

Tidiga insatser

I och med införandet av rehabiliteringskedjan ökade kravet på arbetsgivaren att sätta in tidiga insatser i rehabiliteringsarbetet. Det har utvecklats olika tjänster för att möta dessa behov, och även tjänster som fokuserar på att förebygga sjukskrivning hos individer som ännu inte är sjukskrivna men bedöms ha en risk för sjukskrivning. Ett exempel på det senare redovisas i en finsk studie (25, 26) där medarbetare från ett företag screenades av FHV och kategoriserades i tre grupper beroende på grad av risk för sjukskrivning. Man testade därefter en insats där medarbetarna fick återkoppling på sin screening, och också tillgång till lämpliga åtgärder kopplade till sina besvär. Gruppen som fick insatsen hade färre sjukskrivningsdagar och lägre konsumtion av sjukvård under det kommande året. En slutsats från studien var att tidiga insatser som fångar upp personer i riskzonen för att bli sjukskrivna är verksamma och kostnadseffektiva.

Tidiga insatser för personer med besvär från rörelseorganen har varit i fokus för forskningen, medan insatser som fokuserat den psykiska ohälsan är betydligt färre och ofta av bristande kvalitet (27). Ett exempel på det förra är en forskargrupp i USA, som har funnit goda effekter av tidiga insatser vid ryggbesvär (28, 29). I gruppen har man utvecklat ett instrument för att identifiera högriskpatienter för kroniska besvär och sjukskrivning. För högriskpatienter jämfördes traditionell behandling med en tidig biopsykosocial intervention som omfattade konsultationer hos sjukgymnast och besök hos en ”beteendemedicinare” med fokus på stresshantering och andra kognitivt beteendearterade smärthanteringsstrategier. Interventionsgruppen delades dessutom upp i två grupper, med och utan stöd i återgång i arbete av en ”case-manager”. Uppföljningar efter ett år visade att interventionsgruppen rapporterade minskade besvär och biopsykosociala effekter kopplade till ryggbesvären jämfört med den traditionella behandlingsgruppen. Insatserna var också kostnadseffektiva då interventionsgruppen konsumerade mindre sjukvård och läkemedel samt hade lägre sjukfrånvaro. De upplevde dessutom färre hinder och högre produktivitet i arbetet (29). Ingen skillnad rapporterades dock mellan interventionen med och utan stöd i återgång i arbete.

Flera andra studier visar att tidiga interventioner för personer med besvär från rörelseorganen exempelvis förhindrar att kroniska besvär utvecklas, gör att individen återvänder till arbetet tidigare och i högre grad samt minskar kostnaderna (30-35). I en nyligen genomförd litteratursammanställning gjordes försök att identifiera framgångsfaktorer i interventioner för återgång i arbete för alla typer av patientgrupper (36). Ett resultat var att tidiga sådana interventioner, initierade inom sex veckors sjukfrånvaro, var sällsynta men effektiva. I många av studierna ovan har effekten av olika tidiga interventionsprogram studerats, t ex multimodala eller multidisciplinära interventioner och interventioner riktade mot arbetsplatsen, och funnits vara effektiva. Dessa tidiga interventionsprogram har jämförts med sedvanlig behandling. Det finns dock ingen studie, så vitt vi känner till, som jämfört effekten av tidiga insatser med sena insatser i sjukskrivningsprocessen. Flera litteratursammaställningar som granskat effekten av arbetsplatsrelaterade åtgärder på arbetsförmåga och återgång i arbete har även visat goda effekter av tidiga kontakter med arbetsplatsen (37, 38). I en svensk rapport (39) drog författarna slutsatsen att tidiga insatser istället kan öka risken för längre sjukskrivning. De tidiga insatser som studerades var Försäkringskassans utredning av arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Inga rehabiliterande insatser, varken behandlande eller på arbetsplatsen, studerades dock.

Effekter av tidig intervention för sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa är, som redan nämnts, bristfälligt studerat (27). I en studie av personer sjukskrivna för psykisk ohälsa drog författarna slutsatsen att det var viktigt med tidiga insatser inom de första månaderna för att öka återgång i arbetet (40). Man fann dock att sannolikheterna för att återgå i arbetet skilde sig mellan olika psykiska diagnoser och författarna förordar i sin slutsats olika tidpunkter för tidiga insatser för olika diagnoser, t ex efter en månad vid emotionella störningar, efter två månader vid neuroser samt efter tre månader vid förstämningssyndrom (exempelvis depression och bipolaritet). Studiens resultat skulle kunna tyda på att tidiga insatser har olika effekt vid olika psykiska diagnoser och att dessa ibland kan bli *för* tidiga och kanske t.o.m. kan störa läkningsprocessen.

Sjuk- och friskanmälan

En specifik tjänst, som skulle kunna användas för att möta behovet av att tidigt fånga upp sjukskrivna i behov av tidiga insatser, är tjänsten ”sjuk- och friskanmälan” som FHV rapporterar att de säljer till sina kunder. Tjänsten innebär vanligen att anställda, i stället för att sjukanmäla sig till arbetsgivaren, sjukanmäler sig till FHV. De blir då uppringda av denne eller direkt kopplade till en företagssköterska. Sjuksköterskan inhämtar uppgifter om vad sjukanmälan gäller och ger anpassade råd för aktuell åkomma. I vissa fall kommer man överens om att ta en förnyad kontakt efter viss tid eller vid behov. I det delvis opublicerade material (21, 22), som redogjorts för tidigare, angav 19 % av företagen med mer än 200 anställda och 8 % av företagen med 10-199 anställda 2011 att de köpte tjänsten sjuk- och friskanmälan. Företag med mindre än 10 anställda angav att de inte köpte tjänsten alls. Av dem som rapporterade att de använder tjänsten, köpte 77 % den av FHV (ungefär samma andel bland mindre och större företag). Resten köpte den av andra företag.

”Sjuk- och friskanmälan” kan användas som ett verktyg för hantering av sjuk- och friskanmälningsprocessen på ett kundföretag. Den kan också betraktas som en tjänst kopplad till tidig rehabilitering om den används för att tidigt fånga upp individer i riskzonen för sjukskrivning och som en screening för vilka som behöver tidiga insatser. Tjänsten kan bidra till att mönster i korttidsfrånvaro, som riskerar att utvecklas till långtidssjukskrivning, upptäcks tidigt. Tjänsten kan även vara kopplad till andra mer omfattande tidiga rehabiliteringsåtgärder. Exempelvis kan upprepade sjukfrånvaro uppmärksammas och leda till

en kartläggning, en handlingsplan och därtill lämpliga åtgärder av FHV, om kunden beställt att detta ska ingå i tjänsten. FHV beskriver själva goda effekter av tjänsten vad gäller korttidssjukfrånvaron i anslutna företag (41), men detta är inte vetenskapligt studerat. En av fördelarna med metoden kan vara att den sjukskrivne känner att man ”bryr sig om” och att han/hon blir ”sedd”. Möjligheten till snabb och direkt kontakt med en sjukvårdskunnig är också något som kan uppskattas.

Bedömning av arbetsförmåga

Den ökande sjukfrånvaron i Sverige under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet har bidragit till att begreppet arbetsförmåga fått ett starkt fokus. Arbetsförmåga har en central betydelse inom sjukförsäkringen och har där en tydlig koppling till sjukdom. Enligt Socialförsäkringsbalken (kap 24, §2) (10) ska beviljandet av sjukskrivning eller förtida pension vara baserat på nedsatt arbetsförmåga med minst 25 % på grund av sjukdom. En mängd utredningar och förändringar har genomförts inom sjukförsäkrings- och rehabiliteringsområdet under det senaste decenniet där arbetsförmåga varit en viktig dimension, såsom exempelvis Arbetsförmågeutredningen (42), Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (43), Pensionsåldersutredningen (44), Rehabiliteringsgarantin (6), Rehabiliteringskedjan (7) och Förordningen om bidrag till företagshälsovården för tidiga insatser (12). En förändring med stark koppling till arbetsförmåga är lagstiftningen om rehabiliteringskedjan med sina fasta tidsgränser för bedömning av arbetsförmåga.

Arbetsförmåga är ett komplext och multidimensionellt begrepp. Det finns ett flertal perspektiv, definitioner och modeller (45-49). I en nyligen genomförd litteraturoversikt analyserades hur begreppet definierats utifrån olika perspektiv i den vetenskapliga litteraturen (47). Man fann en stor mängd definitioner som sträckte sig från strikt biomedicinska modeller till holistiska modeller. I den enklaste kategorin av definitioner som kunde urskiljas, de *biomedicinska*, likställs nedsatt arbetsförmåga med funktionsnedsättning. En annan kategori är modeller där arbetsförmåga ses som ett *relationellt* begrepp och definieras som en interaktion mellan individens kapacitet och arbetets krav. I en tredje kategori av definitioner, de *holistiska*, har omgivningsfaktorerna utvidgats till att inte enbart omfatta arbetets krav utan alla faktorer i omgivningen som kan påverka förmågan att arbeta, t ex hemsituation och lagstiftning. Även individfaktorerna har utvidgats till att inte enbart omfatta kapacitet utan även utbildning, kompetens, motivation, ålder etc. Exempel på en sådan holistisk modell är Ilmarinens modell (46), som förmodligen är den mest välkända modellen av arbetsförmåga. Den har under senare år utvecklats till det s.k. arbetsförmågehuset (50). I modellen betraktas arbetsförmåga som individens resurser i relation till arbetets krav, där individens resurser inbegriper mental och fysisk kapacitet, socialt fungerande, kunskap och färdigheter samt motivation, tillfredsställelse med arbetet, värderingar och attityder. Dessa relateras till fysiska och mentala krav på arbetet, arbetsmiljö och ledarskap. I litteraturoversikten drogs dock slutsatsen att det, förutom ett fåtal undantag, verkar finnas konsensus om att arbetsförmåga är ett relationellt begrepp och uppstår i en interaktion mellan ett flertal dimensioner.

Ett sätt att differentiera begreppet på är att, som filosofen Tengland, skilja mellan *specifika* arbetsförmåga, som är arbetsförmåga i ett specifikt arbete respektive *generell* arbetsförmåga, där arbetsförmågan ställs i relation till arbete som de flesta individer i arbetsför ålder förväntas klara av (48).

Sjukflexibilitetsmodellen är en modell, utvecklad av Johansson och Lundberg (51-53), för att förklara sjukfrånvaro. Modellen är baserad på två separata begrepp - arbetsförmåga och

motivation - som båda ses som viktiga bestämningsfaktorer för sjukfrånvaro. Förutom individens hälsa och kompetens ses även möjligheter att anpassa arbetet till individens hälsa som en viktig bestämningsfaktor för arbetsförmåga. I Ilmarinens modell är krav i arbetet en central faktor för att bestämma arbetsförmåga (46). Johansson och Lundberg (52, 54) har alltså i stället introducerat begreppet anpassningsmöjligheter, som beskriver de möjligheter arbetstagaren har att förändra arbetsförhållanden och arbetsinsatser vid ohälsa, till exempel att kunna välja och prioritera bland arbetsuppgifter, arbeta långsammare eller att arbeta hemma. Att kunna anpassa arbetet vid sjukdom och funktionsnedsättning ses som ett sätt att öka och kanske helt återfå arbetsförmågan, trots kvarvarande ohälsa och funktionsnedsättning.

I föreliggande projekt används en förenklad och vanligt förekommande definition där arbetsförmåga likställs med individens olika förmågor i relation till krav i arbetet (45).

Förutom arbetsförmågebegreppets centrala betydelse i sjukförsäkringen har begreppet även stor betydelse vid preventivt arbete inom arbetslivet och vid arbetslivsinriktad rehabilitering. I dessa olika sammanhang sker bedömningar av arbetstagares arbetsförmåga i olika syften och begreppet ges olika innebörder. Vid bedömning av rätt till ersättning från sjukförsäkringen, ska bedömningen grundas på nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom. Vid dessa bedömningar skiljer man, i likhet med Tenglands definitioner, på specifik och generell arbetsförmåga. I enlighet med rehabiliteringskedjan bedöms den specifika arbetsförmågan, dvs. i förhållande till nuvarande arbete, under de första sex månaderna av en sjukskrivning och den generella arbetsförmågan, dvs. gentemot hela arbetsmarknaden, efter sex månader. I preventivt arbete kan bedömningar av arbetsförmåga göras för att identifiera arbetstagare med begynnande nedsättningar av arbetsförmåga eller risk för nedsatt arbetsförmåga och sjukfrånvaro i framtiden. Inom arbetslivsinriktad rehabilitering görs bedömningar som grund för att finna lämpliga åtgärder vid nedsatt arbetsförmåga. Även andra sammanhang för arbetsförmågebedömningar kan tänkas, såsom vid yrkesvägledning inom t.ex. Arbetsförmedlingen och vid nyanställning.

Syftet med en arbetsförmågebedömning bör påverka valet av metod och vilka faktorer som ingår i bedömningen (55). Olika metoder inbegriper olika dimensioner av begreppet. I en litteraturgenomgång fann man sex centrala faktorer (fysiska, psykologiska, kognitiva, sociala/beteendemässiga, faktorer på arbetsplatsen och faktorer utanför arbetsplatsen) som bidrog till arbetsförmåga (55). När dessa faktorer relaterades till förekommande mätmetoder täckte ingen metod helheten. Sålunda finns det förmodligen i dagsläget inte ett enda bedömningsinstrument som kan användas för alla syften. Troligen kan bedömningar med flera olika instrument ibland behöva kombineras, för att ge en total bild av en persons arbetsförmåga.

En av FHV:s viktigaste uppgifter torde vara att bidra till att arbetsförmågan hos arbetstagarna i kundföretagen främjas, återställs vid nedsättning, samt att bidra till sådana arbetsförhållanden hos kundföretagen att de anställdas arbetsförmåga kan tillvaratas (56, 57). FHV är också den aktör som förmodligen har bäst förutsättningar att utföra bedömningar av arbetsförmåga i det relationella perspektivet, dvs. bedömningar av arbetstagarens förmåga i relation till de krav som ställs i dennes arbete, då FHV ofta har kunskap om arbetsförhållanden och tillträde till arbetsplatserna hos kundföretagen. Vilka metoder för bedömning av arbetsförmåga som används av FHV i Sverige saknas det dock kunskap om.

Få metoder som bedömer individens förmåga i relation till krav i arbetet har överhuvudtaget granskats vetenskapligt. De metoder som granskats avseende reliabilitet och validitet är framför allt metoder för att bedöma individens funktion, t ex test av och frågebatterier för

självrapportering av fysisk och psykisk/kognitiv funktion (58). Dessa metoder beaktar inte vilka krav som ställs i arbetet på individen. De metoder vi funnit som bedömer individens förmåga i relation till krav i arbetet beskrivs nedan.

Work Ability Index (WAI) består av ett frågeformulär där arbetstagaren själv skattar sin arbetsförmåga både i relation till arbetets fysiska och psykiska krav (59). WAI utvecklades på 1980-talet i Finland som ett instrument att användas av FHV för att identifiera individer med risk för framtida nedsatt arbetsförmåga. Instrumentet används för att predicera framtida arbetsförmåga (60, 61), för kartläggning (62) och uppföljning av arbetsförmågans utveckling hos individer i arbete samt som grund för preventiva åtgärder (63). Instrumentet används allt mer i kliniskt arbete och har även använts som utvärderingsmått i ett flertal studier. WAI har testats för prediktiv validitet i ett flertal prospektiva studier, vilka visat att WAI predicerar framtida arbetsförmåga, långtidssjukfrånvaro, förtidspension och arbetslöshet, men även återgång i arbete (60, 64-69).

Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA) är en strukturerad arbetsmodell i samtalsform som utvecklats vid Lunds universitet. Den består av samtal med arbetsgivare och sjukskriven, där båda ger sin bild av arbetets krav relaterat till arbetsförmågan. Syftet är att initiera en dialog mellan parterna för att definiera och komma överens om förändringar och en plan för arbetsåtergång. Metoden är testad på patienter med utmattningssyndrom och har visat sig bidra till ökad arbetsåtergång (70, 71).

Krav- och funktionsschema (KOF) är en metod för bedömning av arbetsförmåga i befintligt arbete. KOF har sitt ursprung i den holländska metoden Functionele Mogelijkheidelijst (FML) och har modifierats inom norsk FHV (72, 73). Metoden består av ett schema för ett strukturerat samtal mellan arbetstagar och arbetsgivare, som leds av en person från FHV. I samtalet bedöms kraven i arbetet och arbetstagarens funktionsförmåga vad gäller olika typer av förmågor: t.ex. psykisk/kognitiv förmåga och förmåga till dynamiskt arbete. Bedömningen resulterar i en profil över aktuell funktionsförmåga i relation till krav i arbetet. Bedömningen används som ett underlag för ställningstagande till om anpassning i nuvarande arbete är möjlig och vilka åtgärder som i så fall kan genomföras. Ingen vetenskaplig utvärdering har ännu gjorts av KOF.

Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsbaktering och SAMordnad rehabilitering (SASSAM) är en metod med en holistisk ansats som är utvecklad inom Försäkringskassan (74). Individen gör, tillsammans med försäkringskassehandläggare eller någon från FHV, en inventering av hinder och resurser hos sig själv och omgivningen för att kunna arbeta. Instrumentet är tänkt att användas främst inom arbetslivsinriktad rehabilitering för kartläggning av åtgärder som behöver genomföras för att återgång i arbete ska bli möjligt och är inte en renodlad metod för bedömning av arbetsförmåga. Inte heller denna metod är oss veterligen vetenskapligt utvärderad. En rapport beskriver ett randomiserat experiment där en grupp sjukskrivna fått tidiga insatser i form av en SASSAM-kartläggning och ett avstämningsmöte (39). Behandlingsgruppen jämfördes med en kontrollgrupp. Man fann inget stöd för att enbart denna kartläggning och avstämningsmötet förkortade sjukfrånvaron.

Assessment of Work Performance (AWP) är en observationsmetod utvecklad vid Linköpings universitet för bedömning av en arbetstagaras motoriska färdigheter, processfärdigheter, dvs. förmåga att på ett ändamålsenligt sätt planera, anpassa och genomföra arbetsuppgifter, samt kommunikations- och interaktionsfärdigheter (75-77). Skattningar av individens färdigheter kan sedan matchas mot en profil av arbetets krav framtagen med instrumentet Assessment of Work Characteristics (AWC). Med detta instrument görs observationer av i vilken omfattning arbetsuppgifterna ställer krav på olika färdigheter hos individen; samma

färdigheter som bedöms med AWP. Observationer med de två instrumenten görs ute på arbetsplatser eller i simulerade arbetsuppgifter. AWP är testad avseende innehålls- och begreppsvaliditet (76, 77). AWC är däremot inte vetenskapligt testad.

Sammanfattningsvis är begreppet arbetsförmåga mycket komplext. Tillgången på evidensbaserade metoder för att bedöma arbetsförmåga är begränsat, liksom kunskapen om i vilken utsträckning FHV använder sådana metoder i sitt arbete med tidig arbetslivsinriktad rehabilitering.

Anpassning av arbetet

Grunden i lagstiftningen (14, 15) är att arbetsgivaren fortlöpande ska anpassa arbetet och arbetssituationen till den enskilde arbetstagarens förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Detta gäller för alla anställda vare sig de är inne i en rehabiliteringsprocess eller inte. Anpassningar av arbetet kan och bör alltså ske kontinuerligt och behöver inte ha med ohälsa att göra utan kan vara helt och hållet främjande och förebyggande. Anpassningar kan också genomföras först när den anställde drabbats av arbetsförmåga på grund av ohälsa, för att han eller hon ska kunna kvarstå eller återgå i arbete, dvs. som sekundär- och tertiärpreventiva åtgärder. Bedömningen av arbetsförmåga bör, som framgått ovan, ta hänsyn till en rad faktorer hos både den enskilda individen och till kraven i arbetet, men kan också gärna vägas mot vilka möjligheter som finns för att anpassa arbetet (78). I vilken grad arbetet kan anpassas till individens nedsatta förmåga kan avgöra om individen kan arbeta eller inte i sin nuvarande anställning. När en individ inte förmår utföra sitt arbete bör en utredning av arbetsförmågan ske parallellt med en utredning av möjligheterna till anpassningar av arbetsförhållandena till individens nedsatta arbetsförmåga.

Forskningen visar entydigt att åtgärder riktade mot arbetsplats och arbetsförhållanden har en betydelsefull effekt på återgång i arbete (27, 37, 38, 79). Denna slutsats kom även det av regeringen tillsatta Rehabiliteringsrådet fram till i sitt slutbetänkande (80). Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) menar i en rapport att åtgärder genomförda på arbetsplatsen har en mer positiv effekt än andra åtgärder inom arbetslivsinriktad rehabilitering (11). En typ av arbetsplatsåtgärd är att anpassa arbetet. Detta kan handla om att anpassa arbetsuppgifter, själva arbetsplatsens utformning eller arbetets organisation. Även byte av arbetsuppgifter, antingen inom ramen för befintlig anställning eller till en ny anställning, byte av arbetsgrupp etc. kan inbegripas i begreppet anpassning. Effekten av anpassningsåtgärder vid psykisk ohälsa är dock otillräckligt studerad (27).

Ett flertal studier har visat att anpassningar är en nyckelfråga för effektiv återgång i arbete (34, 35, 37, 38, 81-85). Som exempel har holländska studier visat att sjukskrivna med besvär från rörelseorganen, som får arbetsträna med anpassade arbetsuppgifter återvänder snabbare till arbete med full kapacitet samt återgår mer sällan i ny sjukskrivning än de som ej fått anpassade arbetsuppgifter (86-88). En studie av ett program för återgång i arbete för axelskador i en tillverkningsindustri i Kanada, där FHV var en huvudaktör, visade att tidig tillgång till anpassade arbetsuppgifter var viktigt för att de sjukskrivna skulle kunna återgå till samma arbete som före skadan (89). I en kohortstudie av sjukskrivna med ländryggsbesvär från sex olika länder har man studerat skillnader mellan länderna vad gäller återgång i arbete (90). Man fann att huruvida interventioner genomfördes på arbetsplatserna, samt hur arbetsförhållandena såg ut, hade större betydelse för att förklara dessa skillnader än de sjukskrivnas hälsa, medicinska åtgärder och olika patientkaraktäristika.

I enlighet med sjukflexibilitetsmodellen, som beskrivits tidigare, så kan möjligheter att anpassa arbetet vid sjukdom och funktionsnedsättning ses som ett sätt att öka och kanske helt återfå arbetsförmågan, trots kvarvarande ohälsa. Möjligheterna att förändra arbetsförhållanden och arbetsinsatser vid sjukdom skiljer sig dock åt mellan olika arbeten (54). I en del arbeten kan den anställde t.ex. välja bort de mest ansträngande arbetsuppgifterna, förkorta arbetsdagen, arbeta i ett långsammare tempo eller arbeta hemma vid förkylning eller ont i ryggen. Sådana möjligheter till anpassning kan medföra att det kanske är möjligt att arbeta trots besvären. I andra arbeten är flexibiliteten mycket begränsad och kräver arbete med full prestation. Studier som hittills gjorts av sjukflexibilitetsmodellens förmåga att predicera sjukfrånvaro har visat att sjukfrånvaro samvarierar med anpassningsmöjligheter, framförallt vid återgång i arbete efter lång sjukfrånvaro (51-53). Arbeten som karaktäriseras av höga anpassningsmöjligheter ökar sannolikheten att återgå i arbete efter sjukskrivning. Arbeten som karaktäriseras av låga anpassningsmöjligheter hos anställda ökar sannolikheten för sjukskrivning (91). Samband har också påvisats mellan få anpassningsmöjligheter i arbetet och upplevelser av nedsatt arbetsförmåga (92).

I Kanada har en forskargrupp introducerat begreppet "margin of manoeuvre", vilket de definierar som möjligheten eller friheten individen har att utveckla olika sätt att arbeta på för att nå produktionsmålen, utan att det har en negativ inverkan på hälsan (93). Begreppet har likheter med anpassningsmöjligheter i sjukflexibilitetsmodellen. Forskarna visar i en mindre studie att tillgång till "margin of manoeuvre" har samband med återgång i arbete för långtidssjukskrivna. De pekar också på att det som behöver utredas först i en rehabiliteringsprocess är vilka möjligheter till anpassning som finns i arbetet.

Chefers och arbetskamraters attityder till anpassningsåtgärder har visat sig ha både positiv och negativ effekt. En litteratursammanställning av kvalitativ forskning om återgång i arbete har bl a visat att arbetsanpassningar kan försvåras av att arbetskamrater reagerar negativt på om de förväntas ta över arbetsuppgifter från kollegan med nedsatt arbetsförmåga eller om arbetsgruppens produktivitet försämras på grund av denna kollega (94). Sammanställningen visade också att personer som återgår i arbete kan ha svårt för att tala om för arbetskamraterna att de har restriktioner avseende vilka arbetsuppgifter de kan utföra. I en holländsk studie undersöktes hinder för anpassning av arbete genom att fråga chefer i en mängd olika typer av företag (95). 40 % av cheferna angav att bristande stöd från arbetskamrater utgjorde ett hinder, vilket alltså bekräftas av ovan nämnda litteratursammanställning. En svensk studie har visat att arbetskamrater även kan ha en positiv inverkan på återgång i arbete, t ex genom att de tar över arbetsuppgifter och justerar arbetsscheman (96). Det handlar dock inte enbart om kollegors inställning och attityd. I en kanadensisk studie framkom att arbetsledares villighet att modifiera arbetet varierade mycket och att de upplevde en rollkonflikt mellan sitt ansvar i produktionen och att anpassa arbetet till anställdas nedsatta arbetsförmåga (97). För individens möjlighet att återgå i arbete är dock en välkomnande attityd från arbetsgivaren viktig då den ökar möjligheter för återgång i arbete (98). Anställdas tillfredsställelse med arbetsgivarens bemötande vid sjukfrånvaro pga. ryggbesvär har i en studie visat sig påverka återgång i arbete (99). Hos anställda som var missnöjda minskade sannolikheten för en stabil arbetsåtergång.

På vilket sätt FHV medverkar vid arbetsanpassningar, och med vilka metoder anpassningar utreds och genomförs är otillräckligt studerat och en del av det denna studie ska belysa.

Samverkan i rehabilitering

Vid sjukskrivningar och när det blir dags för återgång i arbete är det vanligt att olika aktörer

behöver samverka i relation till den enskilde. Det kan handla om samverkan internt, exempelvis mellan den närmsta chefen, HR-funktionen, facket, kollegor och individen, och samverkan externt, exempelvis mellan hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, FHV och individen. I Sverige är det vid längre sjukskrivningar Försäkringskassans ansvar att samordna insatser (Socialförsäkringsbalken (10), kap 30). I det korta perspektivet vilar dock ett stort ansvar för rehabiliteringsarbetet på arbetsgivaren (se sid. 11). I de fall arbetsgivaren anlitar FHV kan flerpartsmöten ordnas, med eller utan Försäkringskassan, för att samverka kring individens återgång i arbete. I en kunskapssammanställning om samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering konstateras att det finns många olika modeller för hur sådan samverkan sker, både avseende organisatoriska lösningar och finansiering av insatser (100). Dock har de flesta studier av samverkan ofta fokus på multidisciplinära insatser för långtidssjukskrivna. Det finns få studier av samverkan där FHV medverkar, men en svensk studie visade att en större samverkan mellan arbetsgivare, FHV och Försäkringskassan kan leda till färre sjukdagar och stora besparingar för samhället (101). Överlag har det framkommit att det finns allvarliga brister i samverkan mellan arbetsgivare, FHV och Försäkringskassan (102, 103). Insatserna i rehabiliteringsprocesser är inte alltid heller koordinerade, och flera forskare har just pekat på behovet av att samverka och kommunikation mellan de inblandade stärks (t ex mellan medarbetaren, arbetsgivaren, facket, Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och FHV) (104-107). Det finns dock få studier som visar om samverkan mellan olika yrkesgrupper har effekter på sjukskrivningsgrad (108) och få studier av FHV:s medverkan i detta åtgärdsarbete.

Stora resurser har satsats under lång tid för att utveckla denna koordination och samverkan mellan aktörer involverade i arbetslivsinriktad rehabilitering. Kunskapen om effekter av sådan samverkan är emellertid mycket begränsad. Inspektionen för socialförsäkringen har sammanställt och bedömt 121 uppföljnings- och utvärderingsrapporter publicerade mellan åren 2004 och 2010 (109). En generell slutsats är att kunskapsområdet är mycket utvecklat och att mycket få studier möjliggör slutsatser om effekter av samverkan. 94 rapporter om s.k. fyrpartssamverkan, samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården samt kommuner, hittades och studerades av ISF. Även här konstateras att rapporterna inte möjliggör säkra slutsatser om samband mellan samverkansinsatserna och effekter för individer eller organisationer. Resultaten som redovisas tyder emellertid på positiva individeffekter, såsom ökad livskvalitet, ökad hälsa och ökad arbetsförmåga. ISF:s sammanfattande bedömning är att fyrpartssamverkan har goda förutsättningar att lyckas och att helhetssyn, samsyn mellan aktörerna, uthållighet och kontinuitet är framgångsfaktorer. FHV är inte en definierad och studerad part i denna fyrpartssamverkan, varför vi saknar kunskap om FHV:s eventuella roll i dessa projekt. Det har dock visats att s.k. intermediära aktörer, t ex FHV, har en viktig roll i att underlätta återgång i arbete och i att vara en koordinator mellan den sjukskrivne, sjukskrivande läkare, arbetsplatsen, och arbetsgivaren (94, 107).

I forskningsprojektet *Hälsa och framtid* (HOF) har organisatoriska faktorer som utmärker privata företag med låg andel långtidssjukskrivna medarbetare identifierats med hjälp av både enkät- och intervjustudier (110). Av resultaten framgår att företag med få långtidssjukskrivna, jämfört med företag med fler långtidssjukskrivna, har fler och effektivare stödfunktioner, bl.a. genom FHV. Dessa företag har också en effektivare kommunikation mellan de olika inblandade aktörerna; främst arbetsgivare, försäkringskassa och FHV. Det är alltså möjligt att skillnader i sjukfrånvaro mellan olika arbetsplatser delvis speglar hur arbetsgivaren samarbetar med FHV eller andra aktörer kring tidig rehabilitering på dessa arbetsplatser. Motsvarande studie i kommuner och landsting (111) visar att verksamheter med låg sjukfrånvaro utmärker sig genom att arbeta mer strategiskt och i

högre utsträckning samarbeta med andra aktörer vid såväl analys av sjukfrånvaro och åtgärder vid sjukskrivning som vid rehabilitering.

En studie som undersökt förutsättningarna för interorganisatorisk samverkan konstaterade att samverkan är beroende av aktörernas vilja och möjlighet att samverka, vilket i sin tur är beroende av dessa aktörers inbördes relationer, där särskilt aktörernas inbördes beroendeställning gentemot varandra är av betydelse (112). I de fall då aktörerna *inte* har ett ömsesidigt beroende av varandra för att uppfylla sina respektive uppdrag är förutsättningarna sämre för att aktörerna ska uppleva ett behov av samverkan.

Försäkringskassans samverkansavtal

Försäkringskassan har samverkansavtal med ett antal stora arbetsgivare (113). Syftet med dessa avtal är att skapa ett utvecklat och fungerande samarbete som främjar sjukskrivningsprocessen. Försäkringskassan vill stimulera arbetsgivarna till att vidta förebyggande åtgärder och tidiga insatser för att förhindra och förkorta sjukskrivningar och har därför samverkansansvariga, vars uppgift är att identifiera arbetsgivarnas behov av stöd och hjälp. Arbetsgivare med fler än 100 anställda, som sjukanmäler ett flertal anställda till Försäkringskassan, och som har behov av ett utökat stöd i arbetet med ohälsa och rehabilitering, kan teckna en sådan skriftlig överenskommelse. Samverkansavtalen reglerar hur samarbetet kring sjukskrivningsprocessen ska ske. I detta samarbete kan FHV ingå som en part i överenskommelsen. Arbetsgivaren får tillgång till ett kontaktteam som handlägger alla anställdas sjukförsäkringsärenden.

I stora organisationer finns ofta kompetens att hantera rehabiliteringsärenden hos exempelvis en HR-funktion, vilket oftast saknas i mindre organisationer. I en svensk rapport, som studerat sjukskrivningsprocessen i små företag, framgår att arbetsgivarna tycker att Försäkringskassans roll i sjukskrivningsprocessen är otydlig (114). Det lyfts att också mindre arbetsgivare behöver stöd från Försäkringskassan.

Behov av kunskap om företagshälsovårdens arbete med tidig arbetslivsinriktad rehabilitering

Det finns, som framgått i genomgången ovan, ett antal kunskapsluckor när det gäller hur FHV arbetar med TAR, och vilka resultat som uppnås med dessa metoder och arbetssätt. FHV:s verksamhet och arbetsmetoder har överhuvudtaget i liten utsträckning varit föremål för forskning och behovet av fler evidensbaserade metoder inom FHV är uppmärksammat (78, 115, 116). Detta projekt har ambitionen att bidra till den kunskapsuppbyggnad som efterlysts vad gäller metoder inom TAR.

I och med införandet av rehabiliteringskedjan har kravet ökat på arbetsgivaren att tidigt sätta in insatser och utreda möjligheter till arbetsanpassning för att underlätta sjukskrivnas återgång i arbetet. Forskningen visar entydigt att åtgärder riktade mot arbetsplats och arbetsförhållanden har en betydelsefull effekt på återgång i arbete och att anpassningar är en nyckelfråga för effektiv återgång i arbete. Det är däremot otillräckligt studerat vilken betydelse tidpunkten för sådana insatser har. I många interventionsstudier av arbetslivsinriktad rehabilitering jämförs olika typer av tidiga insatser med sedvanlig behandling, men tidpunkten för insatserna i sig har inte undersökts. Dessutom finns det få studier av TAR för sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa; de flesta studier är utförda på patientgrupper med besvär från rörelseorganen. FHV:s arbete med tidiga insatser har

studerats i mycket begränsad omfattning. I FHV:s tjänsteutbud finns tjänsten ”sjuk- och frisknämnan”, som skulle kunna användas för att tidigt fånga upp sjukskrivna i behov av tidiga insatser, men som inte är vetenskapligt utvärderad. Även på vilket sätt FHV medverkar vid anpassningar har studerats i mycket begränsad omfattning.

Väl genomförda arbetsförmågebedömningar, där individens förmågor bedöms i relation till kraven i arbetet, är ett viktigt underlag för utformningen av olika individanpassade anpassningar av arbetet. Tillgången på evidensbaserade metoder för att bedöma arbetsförmåga är begränsad, liksom kunskapen om i vilken utsträckning FHV använder sådana metoder i sitt arbete med TAR.

Ytterligare ett kunskapsområde, som är bristfälligt utvecklat och studerat, är effekter av koordination och samverkan mellan olika aktörer involverade i arbetslivsinriktad rehabilitering. Mer specifikt behövs kunskap om hur FHV samverkar med andra aktörer, och framför allt arbetsgivare och Försäkringskassan.

Syfte

Syftet med projektet var att identifiera och vidareutveckla framgångsrika metoder och arbetsätt för FHV i arbetet med TAR inom vård- och omsorgsförvaltningar i kommuner och landsting; arbetsätt som underlättar tidig återgång i arbete och som bidrar till hållbar arbetsförmåga.

Övergripande frågeställningar:

1. Vilka metoder och åtgärder används, och på vilket sätt, av FHV i arbetet med TAR? Användning av arbetsförmågebedömningar, anpassningar av arbetet och ”sjuk- och frisknämnan med sjukvårdsrådgivning” kommer speciellt att uppmärksammas.
2. Vilka resultat av dessa metoder och arbetsätt beskrivs av arbetsgivare, anställda och FHV?
3. Hur samverkar FHV med andra inblandade aktörer, främst arbetsgivare och FK, inom TAR?
4. Vad underlättar eller hindrar att ovanstående metoder och arbetsätt blir framgångsrika utifrån den sjukskrivnes, arbetsgivarens och FHV:s perspektiv?
5. Hur kan FHV:s metoder och arbetsätt i arbetet med TAR utvecklas och förbättras?

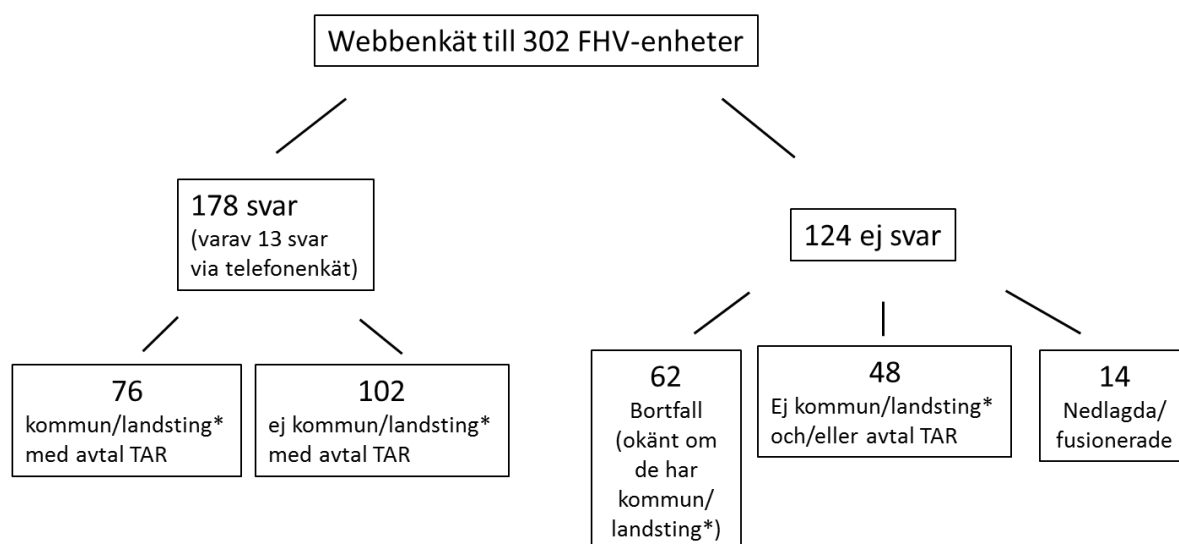
Metod och material

Datainsamlingen är utförd genom en webbenkät till samtliga FHV-anordnare som är godkända av Försäkringskassan, intervjuer med FHV-anställda, arbetsgivare, sjukskrivna och försäkringskassehandläggare knutna till tolv FHV-enheter, samt fokusgruppsintervjuer med enhetschefer i ett urval av kommuner.

Enkät

Syftet med enkäten till FHV-anordnare var att göra en kartläggning av vilka metoder och arbetsätt som används, och på vilket sätt, av FHV i arbetet med TAR.

Urval och datainsamling



* FHV-enheter som har vård- och omsorgsförvaltningar inom kommuner och landsting som kunder.

Figur 1. Flödesdiagram över urval och datainsamling med enkät.

En webbenkät skickades ut med e-post till samtliga 253 FHV-anordnare som var godkända av Försäkringskassan i maj 2011 utifrån Försäkringskassans register. Eftersom avsikten i projektet var att få information om hur de lokala FHV-enheterna arbetar med TAR, gjordes tillägg av 49 e-postadresser till lokala/regionala FHV-enheter hos de stora FHV-koncernerna Previa, Feelgood, Avonona, Alviva och Manpower. Kontakt togs med dessa koncerner för att få e-postadresser till rehabiliteringsansvariga alternativt chefer på lokal eller regional nivå. Av samma anledning ombads, vid utskicket av webbenkäten, den person på den lokala FHV-enheten som var ansvarig och/eller arbetade aktivt med tjänster inom arbetslivsinriktad rehabilitering att besvara frågorna. Alternativt kunde en chef på regional nivå som representerade flera FHV-enheter besvara enkäten, om denne hade kännedom om enheternas rehabiliteringsarbete, samt om detta arbete inte skilde sig nämnvärt mellan enheterna. Om den person som fått enkäten ansåg att någon/några andra personer på FHV-enheten var mer lämpade att besvara enkäten, så ombads man att vidarebefordra mailet till

dessa. Alternativt kunde man skicka deras e-postadresser till projektgruppen så gjordes nya utskick till dessa personer. Sammanlagt skickades enkäten ut till 302 e-postadresser 1 juni 2011 (figur 1). Tre påminnelser gjordes via e-post. Datainsamlingen via webbenkäten avslutades 30 september 2011. Totalt hade 165 svar inkommit.

Med avsikt att öka antalet svar gjordes försök att under januari - april 2012 ringa upp de FHV-enheter som ej besvarat enkäten. Detta resulterade i ytterligare 13 svar, vilket innebar totalt 178 enkätsvar. Från dessa 178 FHV-enheter gjordes ett urval av de enheter som i enkäten uppgav att de hade vård- och omsorgsförvaltningar inom kommuner och landsting som kunder, samt avtal med dessa förvaltningar som sträckte sig minst ett halvår framåt i tiden och som innefattade TAR inom de första sex månaderna av en sjukskrivning. Detta urval omfattade 76 FHV-enheter.

Bland de 124 FHV-enheter som ej besvarade enkäten fanns 48 enheter som ej uppfyllde våra urvalskriterier ovan, dvs. ej hade kommuner och landsting som kunder (figur 1). Denna information erhöles antingen vid telefonuppringningen av de som ej besvarat webbenkäten, eller utifrån namnet på företaget/FHV-enheten (t ex en försvarshälsa). Vidare visade sig 14 enheter vara nedlagda eller fusionerade i andra FHV-enheter vid sökning på internet. För resterande 62 enheter har vi ingen information avseende om de uppfyller våra urvalskriterier. Ett försök att beräkna svarsfrekvens har gjorts genom att anta att andelen av dessa 62 enheter som uppfyller urvalskriterier skulle motsvara andelen bland de som svarat, dvs. 76 av 178 enheter (43%). Utifrån detta antagande skulle 26 av de 62 enheterna uppfylla urvalskriterierna och svarsfrekvensen kunna beräknas till 74% (76 av 102 enheter som uppfyller urvalskriterierna.). Eftersom det saknas information om de enheter som ej besvarat enkäten, så har det inte varit möjligt att genomföra en bortfallsanalys.

Enkäten

En första version av enkäten togs fram i pappersform och synpunkter på enkätfrågorna inhämtades från FK och Sveriges Företagshälsor (FHV:s branschorganisation). En testversion av enkäten prövades av tre företagsläkare samt en medlem i Sveriges Företagshälsor. Denna version diskuterades under ett möte med Försäkringskassan och fler synpunkter inhämtades. Enkäten revideras utifrån synpunkter som inkom. Sveriges Företagshälsor ombads att lämna synpunkter på den reviderade enkäten. Den skickades också till sex företagssköterskor för prövning. Efter ytterligare revideringar skapades utifrån denna version en webbenkät.

Enkäten innehöll frågor om FHV:s metoder och arbetssätt vid TAR med fokus på tjänsten Sjuk- och friskanmälan (eller liknande tjänst), arbetsförmågebedömningar samt anpassningar av arbetet. Frågor ställdes också om hur, och vid vilken tidpunkt, som FHV får kännedom om nya sjukfall. Enkäten bestod dels av frågor med fasta svarsalternativ, dels öppna frågor med utrymme att skriva fri text.

Databearbetning och analys

Svaren på frågorna med fasta svarsalternativ presenteras som andel svar per svarsalternativ i tabeller och diagram. Svaren på de öppna frågorna har analyserats kvantitativt av två forskare, oberoende av varandra. Likartade svar har inordnats i kategorier och antal svar per kategori har beräknats och presenteras i tabeller. De två forskarna kom i sina analyser av samma fråga fram till likartade kategorier. Resultaten integrerades med resultat från övriga delstudier.

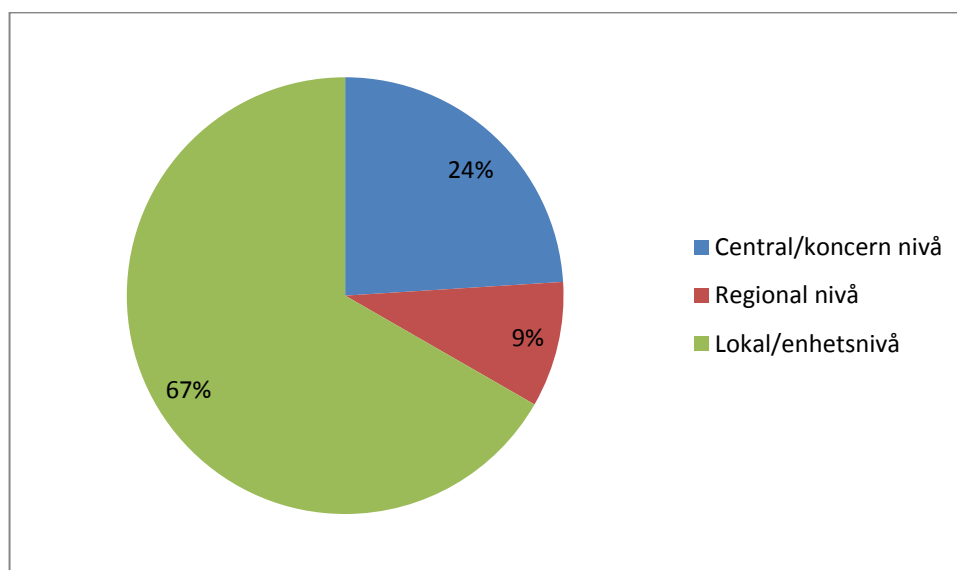
Deltagande FHV-enheter

Av de 76 FHV-enheter som utgjorde urvalet för denna kartläggning uppgav 69 enheter att de hade kunder inom kommuner och 14 enheter inom landsting. En och samma FHV-enhet kunde ha både kommun- och landstingskunder. Majoriteten (78 %) av dessa 76 FHV-enheter var fristående eller externa FHV-enheter och 23 % var inbyggda (tabell 1). De inbyggda fördelade sig mellan enheter som enbart har ”moderföretaget” som kund (16 %) och dem som, förutom ”moderföretaget”, även hade externa företag som kunder (7 %).

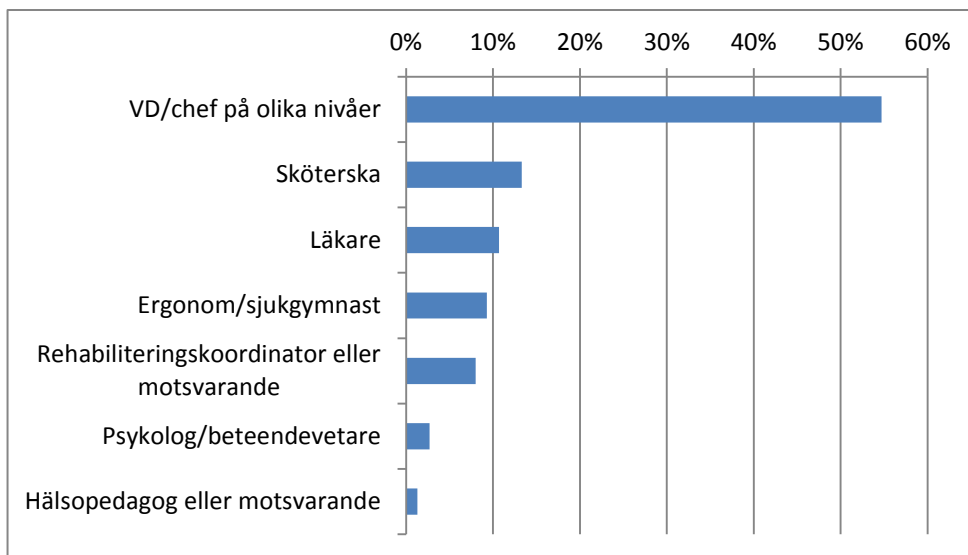
Tabell 1. Fördelning mellan typer av FHV-enheter bland dem som besvarat enkäten (n=76).

Typ av FHV-enhet	Antal	Andel (%)
Fristående/extern	59	78
Inbyggd, enbart ”moderföretaget” som kund	12	16
Inbyggd, även externa företag som kunder	5	7

Merparten av dem som besvarat enkäten (67 %) hade sin tjänst placerad på lokal/enhetsnivå (figur 2). Trots att det i utskicket fanns en uppmaning om att i första hand en person på den lokala FHV-enheten skulle besvara enkäten (se Urval och datainsamling), så besvarades en tredjedel av enkäterna från central (koncern) och regional nivå. Det sas dock också i utskicket att en chef på regional nivå som representerade flera FHV-enheter kunde, under de förutsättningar som nämnts tidigare, besvara frågorna. Enkäten har besvarats av olika yrkeskategorier och chefer på olika nivåer i organisationen (figur 3). Mer än hälften av enkäterna besvarades av en VD eller chef på regions- eller lokal nivå. Bland de övriga som svarade finns olika professioner; främst företagssköterskor, företagsläkare och ergonom/sjukgymnaster.

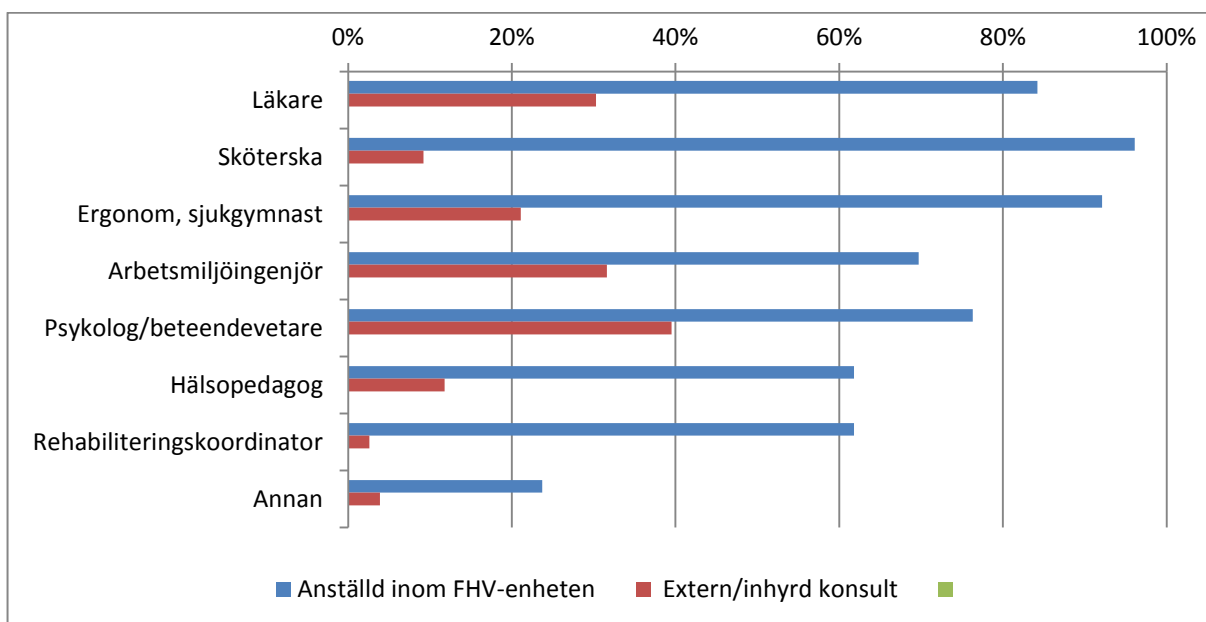


Figur 2. Var de som svarat på enkäten har sin tjänst placerad (n=75).



Figur 3. Tjänstetitel för dem som besvarat enkäten (n=75).

De flesta av enheterna uppgav att de hade tillgång till yrkesgrupperna läkare, sjuksköterska, ergonom/sjukgymnast, arbetsmiljöingenjör samt psykolog/beteendevetare under år 2010 (figur 4). På merparten av enheterna var de flesta av dessa yrkesgrupper anställda på FHV-enheten. I varierande utsträckning fanns även inhyrd personal bland dessa yrkesgrupper. Vanligast var detta bland psykologer/beteendevetare. Mer än en tredjedel av FHV-enheterna uppgav att de hade inhyrda psykologer/beteendevetare.



Figur 4. Tillgång till olika yrkesgrupper/kompetenser på FHV-enheterna under större delen av 2010 (n=76). På denna fråga kunde varje svarande ange både anställda och inhyrda för samma yrkesgrupp/kompetens. En person kan representera flera olika kompetenser.

Intervjuer

Syftet med intervjuerna var att erhålla en fördjupad information om de metoder och arbetssätt som används av FHV i arbetet med TAR, genom att undersöka hur representanter för FHV, arbetsgivare, Försäkringskassan samt sjukskrivna beskriver och upplever dessa metoder och arbetssätt.

Urval

Denna delstudie är baserad på de 165 enheter som besvarat webbenkäten, dvs. ett urval gjordes innan telefonuppringningen utfördes (figur 1). Samma urvalskriterier som för kartläggningen användes (se ovan). 66 FHV-enheter uppfyllde dessa kriterier. I webbenkäten ställdes en fråga om man kunde tänka sig att delta i projektet och medverka i intervjuer. Av dessa 66 enheter svarade 45 stycken ja till att medverka.

Utifrån dessa 45 FHV-enheter gjordes ett strategiskt urval av tolv enheter med en variation avseende organiseringsform, dvs. huruvida de är interna (inbyggda) eller externa i relation till arbetsgivaren (tabell 2). Urvalet inkluderade enheter med både kommun- och landstingskunder samt enheter från olika delar av landet och med en spridning mellan storstad, mellanstor stad och glesbygd. En spridning eftersträvades också i arbetssätt vad gäller TAR. Kontakter togs med dessa tolv enheter. På de flesta av enheterna har två medarbetare intervjuats; i möjligaste mån en person med ledningsansvar och en person som arbetar med rehabilitering ute i verksamheten. Sammanlagt intervjuades 25 FHV-anställda (tabell 2). Urvalet består av fem externa och sju interna FHV-enheter, varav tio enheter hade kommunkunder och fem landstingskunder (tre av enheterna hade både kommun- och landstingskunder).

Urvalet av arbetsgivare skedde genom ett s.k. snöbollsurval, dvs. att de intervjuade FHV-representanterna förmedlade kontaktuppgifter till personer som de ansåg vara lämpliga att intervjua. Det skulle vara arbetsgivare med rehabiliteringsansvar på någon vård- och omsorgsförvaltning och som FHV-enheten haft kontakt med i rehabiliteringsärenden. Sammanlagt intervjuades 16 arbetsgivare, nio HR-specialister och sju enhetschefer eller motsvarande (tabell 2).

Intervjuer gjordes även med anställda på vård- och omsorgsförvaltningar som varit sjukskrivna mellan två och sex månader. Dessa rekryterades via de FHV-enheter som medverkade i denna delstudie. De tolv FHV-enheterna ombads att tillfråga sjukskrivna, utifrån uppställda inklusionskriterier, om de ville delta i projektet och bli intervjuade. Inklusionskriterierna var anställda på vård- och omsorgsförvaltningar inom kommuner eller landsting med 2-6 månaders sammanhängande sjukskrivningsperiod (hel- eller deltidssjukskrivning). Personerna kunde fortfarande vara sjukskrivna eller ha återgått i arbete för maximalt en månad sedan. De skulle ha varit föremål för åtgärder från FHV i syfte att underlätta återgång i arbetet, vilka skulle ha initierats inom de första sex månaderna av sjukskrivningen och innan återgång i arbete. Sjukskrivna som samtyckte förmedlades från FHV-enheterna till forskarna. Intervjuer genomfördes med 19 sjukskrivna rekryterade via fyra FHV-enheter; tre inbyggda och en extern (tabell 2).

Ett mindre antal handläggare på Försäkringskassan intervjuades också. Dessa kontakter förmedlades av de intervjuade arbetsgivarna. Då dessa handläggare var svåra att nå, trots upprepade försök till kontakt, valde vi att stanna vid att intervjua enbart fem företrädare

(tabell 2). Detta val motiverades även av att dessa intervjuer inte gav så mycket information om samarbete med FHV.

Sammanlagt genomfördes 64 intervjuer med FHV-anställda, arbetsgivare, sjukskrivna och försäkringskassehandläggare knutna till tolv olika FHV-enheter (Tabell 2).

Datainsamling

Intervjuerna med FHV-anställda, arbetsgivare och FK-handläggare genomfördes i de flesta fall på plats på FHV-enheten, arbetsplatsen eller FK, medan ett fåtal genomfördes per telefon. Vid tre tillfällen intervjuades två personer samtidigt på FHV-enheter. Intervjuerna var semistrukturerade, där intervjuguider användes med särskilda på förhand bestämda frågeområden.

Intervjuguiderna utvecklades av projektgruppen, testades genom provintervjuer, och reviderades utifrån dessa. De behandlade följande frågeområden:

- Metoder och arbetssätt vid TAR; speciellt vid tjänsten Sjuk- och friskanmälan (eller liknande tjänst), arbetsförmågebedömningar samt anpassningar av arbetet.
- Samverkan med andra rehabiliteringsaktörer
- Uppföljning av rehab-insatser
- Upplevda resultat och effekter av ovanstående metoder och arbetssätt vid TAR
- Faktorer som underlättar eller hindrar att ovanstående metoder och arbetssätt blir framgångsrika
- Attityder bland arbetskamrater när en anställd erbjuds arbetsanpassningar

Intervjuerna är genomförda av erfarna intervjuare från projektgruppen; de flesta intervjuerna av en och samma intervjuare. De genomfördes under perioden oktober 2011 till maj 2012. Varje intervju varade i ca en timme. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant.

Tabell 2. Genomförda intervjuer

FHV-enhet	Organisationsform	Kunder	FHV	Arbetsgivare	Sjukskrivna	FK
1	Extern Lokal FHV	Kommun	1: Läkare 2: Organisations konsult	1: Enhetschef, äldreomsorg 2: Enhetschef, förskola	6	-
2	Intern Lokal FHV	Kommun	1: Läkare	1: HR-konsult, äldreomsorgsförvaltning		1
3	Extern Rikstäck- ande FHV	Kommun och landsting	1: Läkare 2: Ergonom	1: HR-konsult, äldreomsorgsförvaltning		-
4	Extern Lokal FHV	Kommun	1: VD (beteendevetare) 2: Ergonom	1: HR-konsult,, kommun		1
5	Intern Lokal FHV	Kommun	1: VD och rehabsamordnare	1: HR-specialist 2: Enhetschef, handikapp		1
6	Intern Lokal FHV	Kommun	1: VD 2: Företagssköterska	1: Enhetschef, socialservice 2: Förskolechef 3: Enhetschef, äldreomsorg		1
7	Intern Lokal FHV	Kommun	1: Läkare och företagssköterska	1: HR-strateg, kommun	2	-
8	Intern Lokal FHV	Kommun	1: Företagssköterska 2: VD	1: Enhetschef, äldreboende	4	-
9	Intern Lokal FHV	Landsting	1: Företagssköterska 2: VD	1: Rehabamordnare, lasarett		1
10	Intern Lokal FHV	Kommun och landsting	1: Läkare 2: Psykolog 3: Företagssköterska	1: HR-specialist, landsting 2: PA-konsult, tandvård	7	-
11	Extern Rikstäck- ande FHV	Kommun och landsting	1: Beteendevetare 2: Läkare	-		-
12	Extern Rikstäck- ande FHV	Landsting	1: Företagssköterska och psykolog	1: HR-konsult, tandvård		-

Intervjuerna med sjukskrivna genomfördes under perioden juni 2012 till februari 2013 per telefon av en forskare som ringde upp de personer som samtyckt till medverkan. Intervjuerna följde ett strukturerat protokoll med 42 frågor och tog ca 15 min att genomföra. Frågorna berörde huvudsakligen vilka kontakter som förekommit mellan den sjukskrivne, å ena sidan, och FHV, arbetsledaren och arbetskamraterna, å andra sidan, samt vilka åtgärder som vidtagits av FHV eller arbetsledaren i syfte att underlätta för den sjukskrivne att återkomma i arbete. Den sjukskrivne fick ge synpunkter avseende hur de olika åtgärderna bidragit till återgången till arbetet. En del svar skulle ges på Likert-skalar (skattningsskalor med fasta svarsalternativ). Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant. Intervjuaren antecknade även kortfattat i intervjuprotokollet. En person ville inte att intervjun skulle spelas in. Anteckningar av svaren i protokollet användes i det fallet.

Analys

Vid analysen av intervjuer av FHV-anställda, arbetsgivare och försäkringskassehandläggare användes ett databearbetningsprogram (NVivo, version 9 och 10) för att strukturera

materialet. I programmet kodades samtliga intervjuer; dels deduktivt med utgångspunkt i frågorna i intervjuguiden, och dels induktivt genom att ytterligare koder togs fram utifrån genomläsningen av intervjuerna. Kodningen inleddes av en forskare, och kvalitetssäkrades dels genom att pågående kodning diskuterades i projektgruppen, dels genom att ytterligare två forskare kodade två intervjuer, varefter kodningen anpassades. Efter att strukturen för kodning färdigställts genomfördes en ytterligare kvalitetskontroll avseende interbedömarreliabiliteten mellan två forskare som ansvarade för kodningen av kvarstående intervjuer. Detta gjordes genom att de två oberoende av varandra kodade en intervju. Interbedömarreliabiliteten bedömdes vara tillfredsställande.

Analysen av det kodade materialet skedde sedan genom en kvalitativ innehållsanalys (117). Intervjuguiden och kodningen av materialet utgjorde stommen för att identifiera analysområden, vilka omfattade hantering av sjukankmälningar, arbetsförmågebedömningar, anpassningar av arbete, relationer och samverkan mellan arbetsgivare och FHV samt samverkan mellan FHV, arbetsgivare, Försäkringskassan och andra aktörer. Inom varje analysområde genomfördes sedan analysen genom att intervjuerna kategoriserades utifrån respondenternas svar på respektive område. Kategorierna omfattar olika aspekter i de olika områdena, där exempelvis området arbetsförmågebedömningar kategoriserades efter vilka tjänster som erbjuds på området, vilka metoder som används, etiska aspekter runt bedömning av arbetsförmåga och olika motiv för varför arbetsförmågebedömningar beställs av arbetsgivare. De framväxande kategorierna diskuterades kontinuerligt i projektgruppen alltmedan de utvecklades. Analyserna sammanställdes sedan i löpande text och integrerades med resultat från övriga delstudier. I analysen lyftes särskilt goda exempel och förbättringsförslag som nämndes av respondenterna, fram.

Vid analysen av intervjuer av de sjukskrivna analyserades varje fråga i intervjuguiden för sig. Svaren har analyserats kvantitativt genom att likartade svar har inordnats i kategorier och antal svar per kategori har beräknats.

Citat har i texten anpassats med avseende på läsbarhet, där ordföljd ibland har ändrats, och där utfyllnadsord ("liksom", "ju", etc.) vid vissa tillfällen har tagits bort. Denna bearbetning har gjorts med hänsyn till att citaten på ett rättvisande sätt ska återspegla intervjupersonens synpunkter.

Fokusgruppsintervjuer

Fokusgruppsintervjuer genomfördes inom ramen för forskningsprojektet *Hälsa och framtid i kommuner och landsting* (HOFF) (111) i delprojektet "Sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete bland anställda i kommuner och landsting". Det övergripande syftet med HOFF var att finna faktorer på organisationsnivå som kännetecknar verksamheter med låg sjukfrånvaro. Syftet med delprojektet var att undersöka rehabiliteringens betydelse i en frisk organisation och hur rehabilitering fungerar i praktiken. Fokusgrupper genomfördes med enhetschefer i fyra kommuner. Ett delsyfte i föreliggande projekt var att belysa arbetsgivarnas syn på FHV:s arbete med TAR, deras förväntningar och önskemål.

Urval

Grundurvalet av kommuner i HOFF-projektet gjordes utifrån AFA Försäkrings statistik om sjukfrånvaro år 2005 och 2006/07. I ett första steg gjordes ett urval av de 213 kommuner som hade mellan 500 och 2999 anställda. I nästa steg undantogs de 10 procent av kommunerna som hade högst sjukfrånvaro. Anledningen till detta var att de med allra högst

sjukfrånvaro kunde ha speciella förhållanden och att fokus för denna undersökning var att hitta de faktorer som utmärker ”friska” organisationer. Även de kommuner där sjukfrånvaron förändrades kraftigt mellan åren 2005 och 2006/07 uteslöts. Från de resterande kommunerna valdes de fem kommunerna med lägst sjukfrånvaro och de fem med högst sjukfrånvaro ut för närmare studier.

Bland dessa tio valdes fyra kommuner ut för fokusgruppsintervjuer; två kommuner med låg sjukfrånvaro och två med hög sjukfrånvaro. Kommunerna kontaktades både skriftligt och per telefon. Kontaktpersonen i respektive kommun ombads sätta samman två grupper med 6-8 deltagare. Deltagarna skulle vara arbetsledare (första linjens chefer) med egen erfarenhet av rehabiliteringsfall och representera olika förvaltningar.

Två av kommunerna hade nyligen bytt från inbyggd till extern FHV. En tredje kommun anlätade både en extern FHV-enhet och ett personalvårdsföretag. Den fjärde kommunen utnyttjade huvudsakligen en extern FHV, medan bl a arbetsförmågebedömningar köptes från ett annat externt företag. Denna kommun hade nyligen avslutat ett ettårigt samarbete (”Sjuk- och friskanmälan”) med ett personalvårdsföretag.

Datainsamling

Totalt gjordes åtta fokusgruppsintervjuer med 44 enhetschefer i fyra kommuner under perioden 2010-11. Deltagarna var enhetschefer med högst 50 anställda. Antalet gruppdeltagare varierade mellan tre och åtta personer. 22 deltagare arbetade inom vård och omsorg, nio inom skola/förskola och 13 i andra kommunala förvaltningar. Fokusgruppsintervjuer genomfördes i möteslokaler på kommunernas centrala förvaltningar.

Upplägget av fokusgruppsintervjuerna byggde på erfarenheter från motsvarande delstudie om sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete inom privat sektor (110). Intervjuerna var semistrukturerade, där intervjuguider användes med särskilda på förhand bestämda frågeområden. Frågeområdena var kommunernas policier och rutiner vid rehabilitering, åtgärder för att underlätta återgång i arbete såsom anpassningsmöjligheter samt förekomsten av stöd från HR-funktionen, Försäkringskassan, FHV respektive facket. Tyngdpunkten i intervjuerna låg på chefernas egna erfarenheter och praktiska handläggning av långtidssjukskrivning. Att deltagarna kom från olika förvaltningar bidrog till att deltagarna diskuterade olika lösningar. Intervjuerna genomfördes av två forskare, tog cirka en och en halv timme och transkriberades.

Analys

I föreliggande projekt har endast de frågor som berör FHV analyserats. Vid analysen av fokusgruppsintervjuerna med kommunala enhetschefer användes databearbetningsprogrammet NVivo (version 10) för att strukturera materialet. I programmet kodades samtliga intervjuer; dels deduktivt utifrån de frågor i intervjuguiden som behandlas inom ramen för FÖRA-projektet, dels induktivt genom att ytterligare koder togs fram utifrån genomläsningen av intervjuerna. Kodningen gjordes av en forskare och kvalitetssäkrades genom diskussioner i forskargruppen. Därefter sammanställdes och sammanfattades materialet under de rubriker som ingick i intervjumallen (policier och rutiner vid rehabilitering, anpassningsmöjligheter samt förekomsten av stöd från HR, Försäkringskassan, FHV respektive facket). Även detta diskuterades i gruppen.

Etikprövning

Projektet har genomgått etikprövning och har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm i mars 2011 (dnr 2011/141-31/5).

Resultat

Sjukanmälan och kontakter under sjukskrivningsprocessen

I detta avsnitt redovisas erfarenheter av sjukskrivningsprocessen bland representanter för FHV, arbetsgivare och sjukskrivna utifrån enkät till FHV-enheter samt intervjuer med sjukskrivna och representanter för FHV och arbetsgivare.

Tillvägagångssätt för sjukanmälan och uppföljning

Den absolut vanligaste rutinen för sjukanmälan som nämns i intervjuerna med både FHV och arbetsgivare är att medarbetaren ringer till sin chef och/eller sin avdelning. Ofta sker friskanmälan på samma sätt. Många arbetsgivare anser att detta fungerar bra, medan vissa hävdar att det bygger på att chefer är aktiva och kan hålla reda på sjukfrånvaron på ett bra sätt.

Flera av arbetsgivarna nämner att de använder sig av datasystem (t.ex. ADATO) för att registrera och följa upp sjukskrivningar och åtgärder. Systemet skickar notiser efter ett bestämt antal dagars frånvaro eller ett bestämt antal frånvarotillfällen. Rutinerna skiljer sig mellan arbetsgivare, men vanligt är att ca 28 dagars sjukskrivning leder till en rehabiliteringsutredning, eller att 4-6 frånvarotillfällen per år eller halvår föranleder ett möte med chef eller FHV. Denna typ av system upplevs generellt som mycket bra. Vissa arbetsgivare med internt organiserad FHV nämner att FHV har tillgång till information i systemet och att de på så sätt kan följa upp sjukskrivningarna. I ett fall har även FHV ett supportansvar för denna tjänst. I några fall nämns att FHV har regelbundna genomgångar med arbetsgivaren kring sjukfrånvarostatistik och rehabiliteringsärenden. Liknande tjänster förekommer även från externa FHV-leverantörer. Flera respondenter, både arbetsgivare och FHV, menar att denna typ av uppföljning leder till bättre kontroll över vilka som är sjukskrivna och bättre möjligheter att utreda och sätta in insatser i ett tidigt skede.

Vi har alltså full tillgång till hela PA-systemet och behörighet att läsa i det, och sedan har vi supportansvaret. Alla dokument och allting som är kopplat till en person ligger på ett ställe. Man kan scanna in sjukintyg och skriftväxling med alla möjliga [...] I vårt projekt går det inte ut på att vi ringer upp varenda människa som har sjukskrivit sig just nu men vi går [...] och tittar på den avdelningen, hur ser det ut över tid, hur högt sjukskrivningstal har de, hur många män och hur många kvinnor, hur många under 25 år, vad det nu är. De kan egentligen titta på allting på den avdelningen, så när de kommer till dig som chef så vet de om du har ett stort problem med detta [...] och så kan de stötta dig. (FHV, VD)

En arbetsgivarrepresentant nämner att de önskar att FHV skulle ha direkt tillgång till sjukskrivningssystemet för att underlätta samarbete kring insatser och stöd.

Om man hade dokumentation så att berörda parter kommer åt den och kan se vad som händer för att kunna komma med rätt insatser och stöd. På något sätt tror jag att de skulle behöva vara inkopplade, det blir ett stort mörkertal annars, för då handlar det om vad det är för chefer som verkligen... Det är ju chefen som har ansvaret att kontakta företagshälsovården, om inte den enskilde gör det själv från första besök, men jag tror att det är ett stort mörkertal. Det skulle kunna bli effektivare om företagshälsovården hade insyn via något sådant system. (Arbetsgivare, rehabsamordnare)

Att ha ett system som signalerar vid upprepad korttidssjukfrånvaro nämns som positivt av såväl arbetsgivare som FHV-representanter, då ett samtal med chef eller FHV kan leda till en kartläggning av problem eller att individen genom samtalet i sig inser att denne varit ovanligt mycket frånvarande. En vanlig åtgärd är också att upprepad korttidssjukfrånvaro leder till krav på förstadagsintyg vid sjukskrivning.

Vi tycker förstadagsintyg är fullständigt suveränt när det gäller att man misstänker någon form av missbruk och sedan är det också suveränt som uppfostringsmetod när folk liksom inte har en arbetsmoral. (FHV, läkare)

Vid längre sjukskrivningar söker chefer ofta stöd hos FHV eller hos HR-avdelningen. FHV är i vissa fall involverade i att med arbetsgivaren kontinuerligt följa upp sjukskrivningsstatistik och rehabiliteringsärenden.

I webbenkäten uppger 27 FHV-enheter (40 % av de svarande) att tjänsten ”Sjuk- och friskanmälan” (eller liknande tjänst), där den anställde sjukanmäler sig direkt till FHV, ingår i avtalen. Flertalet av dessa (73%) uppger att tjänsten även är kopplad till andra tidiga rehabiliteringsåtgärder. Det kan röra sig om planering av åtgärder för tidig återgång i arbete genom t ex en rehabutredning eller rehabplan, samverkan med arbetsgivaren, förstadagsintyg och andra insatser vid upprepad korttidsfrånvaro eller olika typer av utredande samtal med den sjukskrivne (tabell 3).

Tabell 3. Svar på fråga i enkäten om vilka andra tidiga rehabiliteringsåtgärder som tjänsten ”Sjuk- och friskanmälan” (eller liknande tjänst) är kopplad till. Svaren är indelade i kategorier och antal svar per kategori anges. Svar har delats upp på flera kategorier om olika typer av åtgärder nämns. (n=20)

Svarskategorier	Antal svar	Andel svar (%)
Planering av åtgärder för (tidig) återgång i arbete (t ex rehabutredning, rehabplan, rehabkoordination)	9	45
Samverkan med arbetsgivaren, trepartsmöten, chefsstöd	7	35
Förstadagsintyg, insatser vid upprepad korttidsfrånvaro	6	30
Samtal med den sjukskrivne (bedömningsamtal, rehabsamtal, kartläggningssamtal)	5	25
Genomförande av tidiga åtgärder	4	20
Enstaka konsultationer på FHV (t ex läkare, sjukgymnast, psykolog)	3	15
Utredning av/på arbetsplatsen, arbetsmiljön	2	10
Kontakt med sjukvården	1	5
Tidig arbetsförmågeutredning	1	5
Fördjupad kartläggning	1	5

Bland de intervjuade arbetsgivarna och representanter för de inblandade 12 FHV-enheterna är det dock ovanligt att tjänsten ”Sjuk- och friskanmälan” köps från FHV. Några FHV-enheter beskriver att de har en sådan tjänst som köps av vissa arbetsgivare. De som använder den menar generellt att tjänsten fungerar som ett bra sätt att ge inblick i sjukskrivningar och möjligheter att sätta in insatser tidigt. En FHV där man planerar att införa systemet nämnde också hur systemet förväntas kunna leda till gruppinsatser snarare än individinsatser, allteftersom kunskapen om olika avdelningars sjukskrivningsmönster växer.

Vi tycker att det skulle minska sjukfrånvaron och att i tidigt skede kunna fånga upp och se [...] hur det ser ut på olika avdelningar. Man ser ett mönster hela tiden. Vi kanske kan lägga mera insatser på gruppnivå i stället för att jobba bara med individer. (FHV, sjuksköterska)

Flera arbetsgivare menar att frågan har diskuterats och att vissa ser det som en intressant möjlighet. Andra uppger dock att de efter diskussioner valt att inte köpa tjänsten. Anledningar som nämns är att tjänsten skulle frånta chefen det direkta ansvaret för sjukanmälan och därmed närheten till kontakt med den sjukskrivne samt att tjänsten är kostsam. Medicinsk rådgivning via FHV upplevs dock av vissa arbetsgivare som en intressant tjänst.

Några arbetsgivare nämner hur de testat tjänsten, men efter utvärderingar valt att inte köpa den eftersom den inte sänkt sjuktalet, eller att återkopplingen till chef inte fungerat som förväntat. En arbetsgivare beskriver ingående hur de testat tjänsten och fått helt motsatt resultat jämfört med vad man hoppats på, dvs. att sjukskrivningarna ökade markant. Av 12 sjukhuskliniker som testat tjänsten ökade sjuktalet hos samtliga som tidigare haft låg frånvaro. Detta tillskrivs systemet där ibland utbildad och okänd person tar emot samtalet istället för att den anställda sjukanmäler sig hos sin chef.

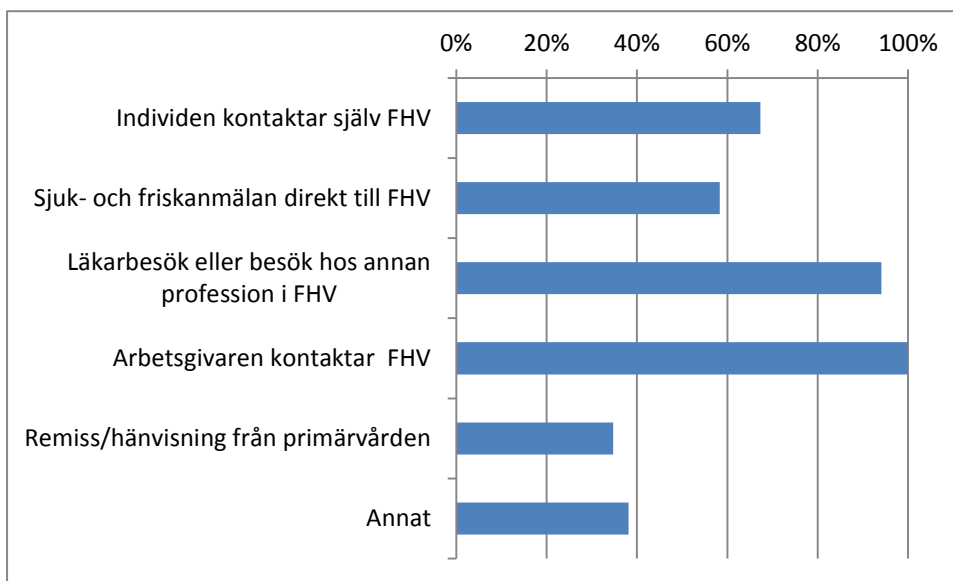
Det som klinikledningen hade anmärkningar på var att du hade utbildade som tar emot samtalet. De hade sagt till medarbetarna ”oj har du ont i halsen, ska du inte vara hemma veckan ut?”. Klinikledningen fick en känsla av att sjukfrånvaron ökade både i antal och i längd. (Arbetsgivare, HR)

Exemplet ovan är dock oklart, då representanterna från FHV i detta fall menar att den som besvarar telefonsamtalen var en sjuksköterska. Arbetsgivaren hävdar att den som svarade var utbildad, men att denne ställde en fråga till individen huruvida denne ville prata med sjukvårdspersonal. Andra FHV-representanter nämner att den som besvarar samtalen ska vara en utbildad sjuksköterska som kan ge medicinsk rådgivning direkt vid sjukanmälan. Samma arbetsgivare är också missnöjd med sin FHV för att de inte skriver förstadagsintyg till småbarnsföräldrar trots begäran från arbetsgivaren.

Två av de fyra kommuner där fokusgruppsintervjuer gjordes har erfarenhet av personalvårdstjänster för ”sjuk- och friskanmälan”. En tredje kommun har tidigare anlitat ett personalvårdsföretag, dels för individuell konsultation, dels för sjukanmälan med syftet att minska sjukfrånvaron. Samarbetet avslutades efter ett år men orsaken framgår inte klart av intervjun. Några argument som framförs är att tjänsten är kostsam och att många medarbetare känner sig överdrivet kontrollerade och reagerar negativt på att ringa en utomstående person som ger ”självklara” hälsoråd i samband med sjukanmälan. Det är oklart i vilken mån kommunen gör uppföljningar av hur tjänsten utnyttjas av medarbetarna.

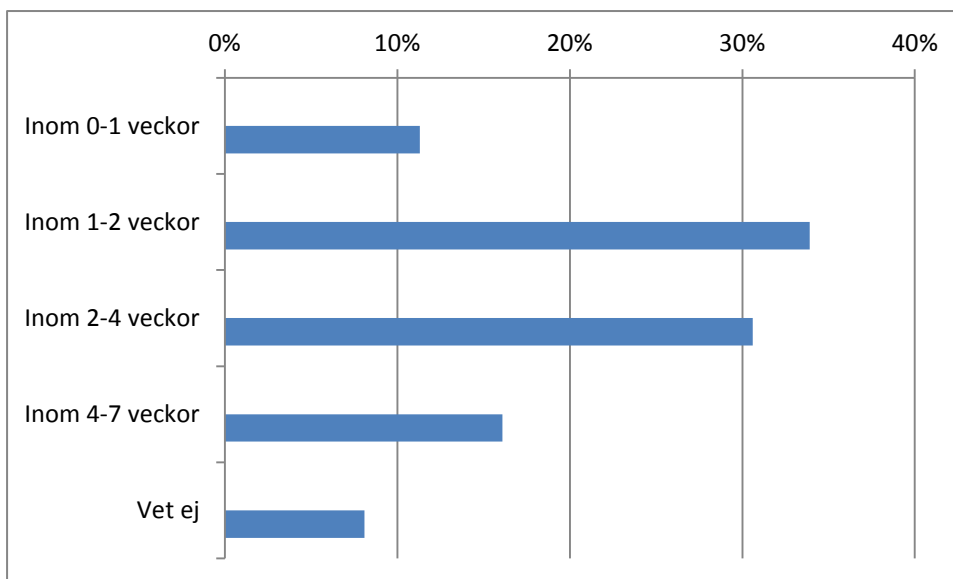
Kontaktvägar till företagshälsovården

Enligt enkäten är den vanligaste sätten för FHV att få kännedom om nya sjukfall hos kundföretagen att arbetsgivaren kontakter FHV eller att den anställda besöker läkare eller annan profession vid FHV (figur 5). Nästan samtliga FHV enheter uppger dessa kontaktsätt. Andra vanliga sätt är att individen själv tar kontakt med FHV eller genom tjänsten ”Sjuk- och friskanmälan”. Remisser eller hänvisning från primärvården uppges också vara ett sätt att få kännedom om sjukfall i behov av insatser, vilket uppges av ungefär en tredjedel av FHV-enheterna.



Figur 5. Olika sätt för FHV att få kännedom om nya sjukfall som är i behov av tidiga insatser vid kundföretagen. På denna fråga kan varje svarande ange flera kontaktsätt (n varierar från 48-62).

Merparten av de FHV enheter som besvarat enkäten (76 %) får i allmänhet kontakt med nya sjukfall, som är i behov av tidiga insatser, inom fyra veckor (figur 6). Nästan hälften av enheterna (45 %) får kontakt med sjukfallen redan inom två veckor.



Figur 6. Tidpunkt för kontakt med nya sjukfall (n=62).

Man påpekar att datasystem kan skicka notiser vid upprepad korttidssjukfrånvaro. Flera intervjuade nämner att den anställde självständigt får ta kontakt med FHV vid något eller några tillfällen. Detta ingår ofta som en del i FHV-enhetens basutbud. Ytterligare FHV-besök kräver dock godkännande från chef. Även medicinsk rådgivning och hälsoundersökningar ingår i vissa FHV-enheters basutbud, och kan leda till att olika insatser sätts in.

Ja, ett första intervjubesök kan göras utan att informera chefen men vi brukar alltid säga att ”Ha med chefen från början”, för det är alltid enklare att gå in med det. Många gånger kanske de bara behöver prata av sig lite. Det är sällan att det blir bara ett besök. Det blir ofta uppföljande besök. (FHV, sjuksköterska)

En arbetsgivarrepresentant nämner hur chef och medarbetare kan komma överens om att skicka en kopia på primärvårdens läkarintyg till HR-enheten för en bedömning om insatser via FHV kan vara relevanta i ärendet.

Sedan har man, när första läkarintyget kommer in, möjligheten att chef och medarbetare kan bestämma sig för att man skickar det läkarintyget hit, och så tittar man på det här under sin remissgenomgång och så bestämmer man sig för om man ska kalla hit eller om man ska kontakta medarbetaren på annat sätt. Så det är ju ett sätt att få in en tidig insats, dag åtta redan. (Arbetsgivare, HR)

Arbetsledningens respektive företagshälsovårdens kontakter med den sjukanmälda under sjukskrivningsprocessen

Flertalet av de intervjuade sjukskrivna (16 st) svarar att de har blivit kontaktade av FHV efter sjukanmälan och något färre har blivit kontaktade av sin arbetsledning (13 st).

Chefen ringer mig hela tiden och kollar hur jag mår. Jag fick en tid hos företagshälsan. (Sjukskriven)

Tre personer kan inte minnas att de blivit kontaktade alls och tre hade kontaktats endast av FHV men ej av sin chef.

Företagshälsovården kontaktade mig efter att jag kontaktat dem först. (Sjukskriven)

Arbetsgivaren? – Nej dom har inte kontaktat mig. Det var jag som kontaktade dom. Företagshälsovården? Nej dom har ju inte vetat om det här förrän min chef kontaktade dom. Jag klarade inte av att jobba 50% med dom tunga lyften. Jag hade intyg från sjukgymnast att jag inte fick lyfta tungt. När arbetsgivaren inte gjort nåt så vände jag mig till facket och först då vände sig arbetsgivaren till företagshälsovården. (Sjukskriven)

Arbetsgivaren – Nej; Företagshälsovården – Nej. När det gäller företagshälsovården hade jag velat veta om det finns nått de kunnat göra för mig. När det var som sämst hade jag behövt någon att prata med kanske. (Sjukskriven)

Kontakterna har i de flesta fallen tagits inom en vecka efter sjukskrivningens start. I något fall sker detta via tjänsten ”Sjuk- och friskanmälan”.

Det tog bara någon dag innan hon [chefen] ringde. (Sjukskriven)

Först sjukskrev jag mig själv och då gick jag till vanliga vårdcentralen. Sen pratade jag med min chef och hon hörde av sig till företagshälsan och jag fick komma till en läkare inom 3-4 dagar. (Sjukskriven)

Det gör dom med automatik om man varit borta en vecka. Det är sjuksköterskor som är anställda för att se hur det är och om det blir länge sjukskrivning. Sen kontaktade min chef mig inom 14 dagar. (Sjukskriven)

I några fall har den sjukskrivne redan en etablerad kontakt med FHV som senare utmynnat i sjukskrivningen.

Jag hade kontakt med företagshälsovården från och med februari och sen träffade jag läkaren i slutet av april och blev sjukskriven då. (Sjukskriven)

Redan innan sjukskrivningen hade jag kontakt med vår rehabkonsulent och sen även med psykolog och den kontakten har jag fortsatt med. Den kontakten tog jag själv. Jag orkade inte riktigt, så först gjorde jag på det sättet i stället för att sjukskriva mig. (Sjukskriven)

Den som från början blivit sjukskriven på deltid har kvar kontakten med sitt arbete.

Jag är ju på arbetet 75% så jag har kontakt med närmsta chef dagligen. (Sjukskriven)

Chefens och företagshälsovårdens ansvar

De flesta respondenter, såväl arbetsgivare som FHV-representanter, anser att ansvaret för sjukskrivning och rehabilitering ligger på chefen, utom i de fall där FHV är mera direkt inblandad i sjukskrivningsprocessen och tar ett större ansvar. FHV och HR-avdelningar fungerar som stödande och rådgivande aktörer i de fall sjukskrivningar blir långvariga och insatser behöver sättas in, eller då en medarbetare är upprepat korttidssjukskriven.

Att ansvaret ligger på chefen ses som både positivt och negativt. En positiv aspekt som flera arbetsgivare nämner är närheten till medarbetaren och den direkta dialogen kring sjukskrivningen, vilket också lyfts som en anledning till att inte lägga ansvaret för sjukanmälan på andra aktörer. En negativ aspekt som nämns är chefer som inte har tid att fullt ut ta ansvaret för att hantera och följa upp sjukskrivningar. Systemet blir också lätt personberoende. Här tycks automatiserade uppföljningssystem med notiser till chef eller FHV upplevas som ett bra komplement.

Framgångsfaktorer och förbättringsområden enligt de intervjuade

Flera respondenter nämner ett strukturerat arbetssätt som en generell framgångsfaktor för att hantera sjukfrånvaro på arbetsplatsen, där datoriserade sjukfrånvaroregister ofta ses som positivt. Dessa strukturerar flöden mellan arbetsgivare och FHV genom att systemen signalerar vid upprepad korttidsfrånvaro. Syftet med detta är att tidigt kunna fånga upp potentiella långtidssjukskrivningar. Ett generellt system behandlar alla lika och stigmatiserar inte personer som blir föremål för utredningar.

En annan positiv faktor som nämns av många FHV-representanter är utbildning av chefer, med fokus på deras roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesser och hur de kan samarbeta med FHV.

Ett nära samarbete mellan arbetsgivare och FHV kring sjukskrivningsprocessen anses av de intervjuade i flera fall ha minskat sjukfrånvaron.

Även när vi har utvärderat det själva så märker vi att vi har lyckats med det att vi kommer in betydligt tidigare mot förut. Det går inte att jämföra. [...] Första målet var att sänka sjuktalen och det andra var att börja jobba med förebyggande, för att en upplevelse var att

vi bara höll på med ”brandsläckning”. Vi hann bara jobba i de svåra ärendena och vi hann aldrig titta på annat. Nu är vi rätt nöjda över att vi är på väg. (Arbetsgivare, HR)

De är duktiga. Jag hade en av de företagssköterskorna när hon gick sin vidareutbildning här och gjorde ett projektarbete med mina verksamheter här som hette ”Ett hälsosamt medarbetarskap” där hon gjorde en inventering av arbetsmiljö, sjukfrånvaro. Så gjorde vi en handlingsplan utifrån det och det bidrog till att vi har fått ner vår sjukfrånvaro väsentligt. (Arbetsgivare, enhetschef)

En aktiv FHV med fokus på proaktivt arbete, i nära samarbete med arbetsgivaren, nämns som en framgångsfaktor för att på ett adekvat sätt arbeta med sjukfrånvarofrågor på arbetsplatsen.

Den bästa företagshälsa som jag jobbat emot [...], det är en väldigt aktiv företagshälsa där de har regelbundna personalvårdsgenomgångar, där man sitter tillsammans och ser hur det ser ut med sjukstatistiken. Det gör man mot alla oss enhetschefer, så erbjuds detta. Sen är vi kanske olika bra att nappa på det som chefer också, men man jobbar väldigt proaktivt. (Arbetsgivare, enhetschef)

En FHV-representant menar också att bättre rutiner hos sjukvården och HR-avdelningen hos arbetsgivare har minskat långtidssjukskrivningar vilket också fått som konsekvens att ärenden remitteras till FHV tidigare.

De här långa sjukskrivningsfallen finns inte riktigt längre, för det finns ju rehabkonsulter på sjukhuset som stöttar HR. [...] Jag vet inte exakt hur de jobbar men jag märker ju att de kommer hit tidigare, och det är väldigt få som så att säga slipper igenom. Så jag tror att man har lagt väldigt mycket fokus på att hitta de som är sjukskrivna. (FHV, läkare)

Arbetsförmågebedömningar

I detta avsnitt redovisas hur FHV-representanter och arbetsgivare beskriver att de arbetar med och resonerar kring arbetsförmågebedömningar; dels de FHV-representanter som besvarade enkäten, dels de FHV-representanter och arbetsgivare som blev intervjuade.

I en öppen enkätfråga ombads respondenterna att beskriva vilka metoder de använder för arbetsförmågebedömning. I de öppna svaren kan urskiljas dels ett antal specifika namngivna metoder och dels beskrivningar av olika typer av metoder. I många av svaren anges även vilka professioner inom FHV som utför arbetsförmågebedömningar.

I intervjuerna ges en fördjupad beskrivning av de olika metoder och instrument som används i bedömningarna. Vidare framkommer olika benämningar som används för att beskriva olika typer av tjänster avseende arbetsförmågebedömningar som förekommer samt olika syften som dessa bedömningar kan ha. Respondenterna beskriver även hur ansvarsfördelningen mellan FHV och arbetsgivare ser ut vid bedömningar av arbetsförmåga, etiska dilemman som kan uppstå vid arbetsgivares beställning samt användande av arbetsförmågebedömningar utförda av FHV. Slutligen beskrivs ett antal framgångsfaktorer och förbättringsområden.

De sjukskrivna som intervjuades fick frågor om åtgärder som genomfördes för att underlätta deras återgång i arbete. Bedömning av arbetsförmåga nämndes inte av någon sjukskriven som en sådan åtgärd. Även i fokusgruppsintervjuerna med enhetschefer i fyra kommuner nämndes ytterst lite om arbetsförmågebedömningar.

Metoder för bedömning av arbetsförmåga

I den öppna enkätfrågan namnges ett antal specifika metoder (tabell 4-5). Även i intervjuerna namnges ett antal sådana. I denna rapport har vi valt att dela in dessa i metoder som bedömer (A) *individens funktion*, (B) *arbetets krav*, samt (C) *individens funktion i relation till arbetets krav*. Metoderna som bedömer funktion kan delas upp i metoder som bedömer *fysisk funktion*, och metoder som bedömer *psykisk och kognitiv funktion*. De metoder som bedömer individens funktion i relation till arbetets krav hanterar oftast både fysisk och psykisk/kognitiv funktion. De specifika metoder som presenteras i tabell 4-5 och nämns i detta avsnitt, beskrivs tillsammans med förklaringar av akronymer i faktaruta 1.

Bedömning av funktion

Metoder som bedömer individens funktion är de som nämns i störst utsträckning av respondenterna i både enkät och intervjuer, och bland dessa är de som bedömer fysisk funktion de absolut vanligaste (tabell 4).

Bland funktionstesterna är TIPPA den i särklass vanligaste. 44 % av FHV-enheterna anger i enkäten att deras sjukgymnaster/ergonomer gör bedömningar med TIPPA (tabell 4). I intervjuerna beskrivs att ergonomer/sjukgymnaster använder sig av flera bedömningsinstrument, där TIPPA är det vanligaste, ibland kombinerat med andra, t ex SASSAM.

Faktaruta 1. Metoder för bedömning av arbetsförmåga

Bedömning av individens fysiska funktion

Test Instrument for Profile of Physical Ability (TIPPA). Individens egen bedömning av fysisk förmåga, ansträngningsgrad och smärta, samt testledarens bedömning av genomförande av nio fysiska aktiviteter samt individens smärtbeteende (118, 119). Metoden är utvecklad för personer med långvarig smärtproblematik.

Norsk funksjonsskjema (Norfunk). Självskattningsformulär av förmåga att utföra olika fysiska, psykiska, kognitiva och sociala aktiviteter (120).

Bedömning av individens psykiska och kognitiva funktion

Hospital Anxiety and Depression scale (HAD). Självskattningsformulär som visar mått på ångest och depression. Det indikerar var en patient befinner sig i sjukdomsförloppet - normalt, mildt, moderat eller svårt tillstånd.

Montgomery Åsberg Depression Scale (MADRS). Självskattningsformulär för depression.

Stressprofil. Det finns ett flertal stressprofiler, men alla försöker mäta upplevd arbetsrelaterad stress och ofta även upplevda symtom som kan kopplas till denna. Olika FHV-leverantörer har ofta egna varianter av metoden.

Stress and Crisis Inventory 93 (SCI-93). Självskattningsformulär mäter autonom dysfunktion och krisreaktion. I tolkningen försöker man koppla dessa stressrelaterade symtom till psykisk funktionsförmåga.

Bedömning av arbetets krav

Arbetsinnehållsanalys (ARIA). Intervjumetod för att kartlägga arbetets innehåll, hinder och möjligheter ur ett externt perspektiv; dvs. inte den enskilde arbetstagarens upplevelse av sina arbetsförhållanden (121). Metoden har fokus på psykosociala och organisatoriska förhållanden på arbetsplatsen.

Bedömning av individens funktion i relation till arbetets krav

Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallshantering och SAMordnad rehabilitering (SASSAM). Inventering av hinder och resurser hos individen och omgivningen för att individens ska kunna arbeta (74). Individen gör bedömningen tillsammans med försäkringskassehandläggare eller någon från FHV.

Work Ability Index (WAI). Självskattningsformulär för individens egen bedömning av arbetsförmåga i relation till nuvarande arbetets fysiska och psykiska krav. Instrument för FHV för att identifiera individer med risk för framtida nedsatt arbetsförmåga (59).

Krav- och funktionsschema (KOF). Bedömning av krav i arbete och arbetstagarens funktionsförmåga inom sex olika områden: psykisk och kognitiv förmåga, basala färdigheter och social förmåga, tolerans för fysiska förhållanden, förmåga till dynamiskt arbete, förmåga till statiskt arbete och att kunna arbeta vissa tider (73). Bedömningen görs genom en strukturerad dialog mellan arbetstagare, arbetsgivare och en person från FHV-teamet. Dialogen resulterar i en profil över aktuell funktionsförmåga i relation till arbetskraven och

ger underlag för ställningstagande till om anpassning i nuvarande arbete är möjlig och vilka åtgärder som i så fall kan göras.

Särskilt Läkarutlåtande för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete (SLU). Utredningen beskriver hur en specificerad sjukdom påverkar den sjukförsäkrades funktionstillstånd och aktiviteter ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv. Utredningen och rapporteringen genomförs av en specialistläkare på ett standardiserat sätt där bl.a. den sjukdomsorsakade nedsättningen av 18 olika aktiviteter nivågraderas. Det rör sig om att se och höra, fysiska, mentala eller sociala aktiviteter, t.ex. lyfta föremål, förvärva färdigheter, hantera stress eller mellanmänniska relationer.

Övriga metoder

The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. Formuläret kan användas för självskattning av individen eller som underlag för en strukturerad intervju.

Tabell 4. Specifika metoder för bedömning av individens funktion som anges som svar på en öppen enkätfråga om vilka metoder som används av FHV för arbetsförmågebedömning. (Akronymer för namn på metoder förklaras i Faktaruta 1). Antal och andel svar per metod anges. Metoder med enbart ett svar redovisas inte (n=66).

Metoder för bedömning av individens funktion	Antal svar	Andel svar (%)
<i>Bedömning av fysisk funktion</i>		
TIPPA	29	44
<i>Bedömning av psykisk och kognitiv funktion</i>		
HAD	5	8
MADRS	4	6
Stressprofil	3	5
SCI-93	3	5

En rad olika tester av psykisk och kognitiv funktion nämns i enkätsvaren (tabell 4). De flesta av dem anges bara av enstaka FHV-enheter. De tester som nämns av flest svaranden är HAD, MADRS och stressprofiler.

I intervjuerna av FHV-representanter framkommer att psykolog-/beteendevetarbedömning ofta tycks ske via en intervju eller ett samtal som inte alltid kan knytas till specifika metoder. De specifika instrument som nämns är HAD-formulär och MADRS för skattning av depression samt olika stressmått (t ex SCI-93). Enligt några FHV-representanter är det ibland nödvändigt med fördjupade utredningar, t ex neuropsykiatriska bedömningar, vilket görs av externa aktörer.

En FHV-representant nämner att ICF kan användas som ett övergripande ramverk för funktionsbedömningar. Några uppger att de använder NORFUNK.

AUDIT, som är ett test av alkoholvanor, nämns av 6 % av de svaranden som en metod för arbetsförmågebedömning.

Bedömning av arbetets krav

För att bedöma en individs arbetsförmåga behöver dennes funktion relateras till arbetets krav. I svaren på den öppna enkätfrågan tas enbart upp en namngiven metod för bedömning av arbetets krav, ARIA, och detta endast av en FHV-enhet.

I intervjuerna beskrivs att information om arbetets krav inhämtas på olika sätt, men företrädesvis genom att arbetsgivaren bidrar med en arbetsbeskrivning i sin beställning av arbetsförmågebedömningen.

Arbetsgivarens uppfattning inför en arbetsförmågebedömning är skriftlig och är jätteviktig. Där finns personens sjukskrivningsmönster det sista året och arbetsgivaren ger också sin beskrivning och även hur det fungerar både fysiskt och psykiskt på arbetsplatsen. [...] Det är också viktigt att vi får ta del av arbetsuppgifter, väldigt specifikt och noggrant, om vad medarbetaren gör i sitt ordinarie arbete. Det ska också finnas med vilka arbetsuppgifter som den anställde själv tror sig klara av. Det här dokumentet ska vara ifyllt i samråd med den anställde. (FHV, sjuksköterska)

I vissa fall framgår det tydligt att FHV i första hand bidrar med funktionsbedömningar, som sedan kan (men inte måste) relateras till arbetsgivarens beskrivning av arbetets krav. I sådana exempel är FHV inte inblandade i att bedöma arbetet, och gör t ex generellt inte arbetsplatsbesök. Funktionsbedömningen stäms istället av mot arbetsbeskrivningen som lämnats av arbetsgivaren.

Ibland skickar de med vad de har för arbetsbeskrivning. Så ska vi stämma av i förhållande till arbetsbeskrivningen hur vi bedömer deras kapacitet. (FHV, psykolog)

Dock är det inte självklart hur funktionsförmågan ska relateras till arbetets krav, där individens egen uppfattning och beskrivning av dessa krav blir viktiga. En psykolog beskriver hur det är komplicerat att avgöra vilka kognitiva krav som finns utifrån en sådan beskrivning av arbetet:

Det kan inte jag bedöma, vilka kognitiva krav som finns i ett specifikt arbete. Man kan utifrån det som personen säger och utifrån den problematiken som finns, och ändå på något sätt komma fram till något. Några absoluta sanningar vet man inte. (FHV, psykolog)

I de fall där FHV är inbyggd finns som regel en ingående kunskap om arbetsplatserna och kraven i arbetet, där dialogen med chefen kring arbetsförmågebedömningen berör arbetets krav utifrån FHV:s kunskap om arbetsplatsen.

Då pratar de här med chefen och med medarbetaren, och sedan gör de en sammantagen bild och presenterar sin uppfattning av vad som har hänt, och då ska man kunna prata kring det. [...] De har ju förmånen att ha en inbyggd företagshälsovård som är väl förtrogen med våra arbetsplatser så där tänker de ju naturligtvis utifrån det arbetsperspektiv som vi har. (Arbetsgivare, HR)

Arbetsgivarens beskrivning av arbetsuppgifter kan vara en mer eller mindre strukturerad process. I vissa fall lämnas en beskrivning muntligt; i andra finns särskilda formulär som arbetsgivaren fyller i tillsammans med den anställde; i ytterligare andra kan arbetsgivaren inleda med att göra en egen kartläggning eller arbetsförmågebedömning som sedan

kompletteras med FHV:s medicinska bedömning. (Se vidare under Ansvarsfördelning mellan FHV och arbetsgivare).

Det generella intrycket från intervjuerna är att FHV ofta inskränker sig till att göra funktionsbedömningar, och endast i begränsad utsträckning gör en egen bedömning av arbetets krav. I den mån detta undersöks görs det oftast via arbetsgivarens och individens egen beskrivning.

Bedömning av individens funktion i relation till arbetets krav

I enkätsvaren och intervjuerna namnges ett fåtal metoder som i en och samma metod kopplar ihop individens funktion med de krav som ställs i individens arbete (tabell 5). Dessa metoder nämns mera sällan än de rena funktionsbedömningarna i både enkätsvar och intervjuer. Metoderna hanterar oftast både fysisk och psykisk/kognitiv funktion.

Tabell 5. Specifika metoder för bedömning av individens funktion i relation till arbetets krav som anges som svar på en öppen enkätfråga om vilka metoder som används av FHV för arbetsförmågebedömning. (Fotnot: Akronymerna för namn på metoder förklaras i Faktaruta 1.) Antal och andel svar per metod anges. Metoder med enbart ett svar redovisas inte (n=66).

Metoder för bedömning av individens funktion i relation till arbetets krav	Antal svar	Andel svar(%)
SASSAM (eller SASSAM-liknande)	15	23
WAI	6	9
Krav- och funktionsschema	5	8
Särskilt läkarutlåtande (SLU)	4	6

SASSAM, som är ett instrument för att inventera hinder och resurser hos individen och omgivningen för att individen ska kunna återgå i arbete, är den metod som nämns av flest. Nästan en fjärdedel av FHV-enheterna som besvarat enkäten anger att de använder SASSAM (tabell 5). SASSAM har dock inget tydligt fokus på arbetets krav, utan har ett bredare perspektiv genom att undersöka individens resurser i relation till hela dennes omgivning. Andra metoder som nämns i enkäten är WAI, Krav- och funktionsschema samt det särskilda läkarutlåtandet (SLU); en bedömning av arbetsförmåga som Försäkringskassan kan begära in inför beslut om sjukpenning.

I intervjuerna nämns ICF, WAI och SASSAM som hjälpmedel för att kartlägga arbetsförmåga. SASSAM används ofta för att ge en första kartläggning över individens situation:

Så det är som ett första steg att göra en SASSAM?

Det är ett första steg, och sen så träffar de också beteendevetare eller psykolog och ergonom som gör någon funktionsbedömning, oftast en sån här TIPPA, och så görs det arbetsplatsbesök också. (FHV, läkare)

SASSAM-utredningar nämns också av flera FHV-representanter som en utgångspunkt för multiprofessionella insatser. Några läkare nämner att de vid behov gör eller remitterar till medicinska utredningar.

Ett fåtal FHV-enheter (12%) svarar i enkäten att de utvecklat egna metoder för bedömning av arbetsförmåga inom den egna företagshälsovården (tabell 6), men de ger ingen eller knapphändig information om vad dessa metoder bedömer.

Övriga metoder

När respondenterna i enkäten ombeds att beskriva vilka metoder som används för arbetsförmågebedömning svarar de inte bara i termer av specifika namngivna metoder, utan använder även här olika terminologi för att beskriva olika typer av bedömningar som de utför. Här kan urskiljas två huvudtyper: funktionsbedömning och arbetsförmågebedömning, där funktionsbedömning nämns betydligt oftare. Utöver dessa huvudtyper, svarar ett fåtal att man gör försäkringsmedicinska bedömningar och koordinerande insatser enligt Försäkringskassans förordning om bidrag till företagshälsovården (11 %).

Tabell 6. Olika typer av metoder som används för bedömning av arbetsförmåga som nämns i en öppen enkätfråga. Svaren är indelade i kategorier utifrån olika typer av metoder som nämns. Svar har delats upp på flera kategorier om olika typer av metoder har nämnts i samma svar. Antal och andel svar per typ av metod anges. Kategorier med enbart ett svar redovisas inte (n=66).

Olika typer av metoder för bedömning av arbetsförmåga	Antal svar	Andel svar (%)
Medicinsk/läkarbedömning (inkl provtagning)	17	26
Psykologbedömning	14	21
Ergonomisk bedömning	14	21
Teambedömning	12	18
Multidisciplinär/multiprofessionell bedömning	9	14
Bedömning av behov av arbetsanpassning	4	6
Psykosocial bedömning	2	3
Neuropsykiatrisk utredning	3	5
Depressionsprofiler/skalor	2	3
Drog- och alkoholtester	2	3
Bedömning på arbetsplatsen	12	18
”Egna ”metoder som utvecklats inom FHV-enheten/koncernen	8	12

I enkätsvaren benämns även bedömningarna i termer av vilken profession som utför dem, vad som bedöms eller var bedömningen sker (Tabell 6). Ungefär en fjärdedel av de svarande anger att de gör medicinska bedömningar och en femtedel psykologbedömningar och ergonomiska bedömningar. Många nämner också teambedömningar och

multidisciplinära/multiprofessionella bedömningar. Nästan en femtedel anger att de gör bedömningar av arbetsförmåga på arbetsplatser.

Från intervjuerna kan uttydas att teambedömningar tycks vara en vanligt förekommande metod för det multiprofessionella arbetet. Detta kan göras genom att respektive profession individuellt gör sina bedömningar för att sedan samla dessa till en sammantagen bedömning via en teamkonferens. En annan variant är att mera förutsättningslöst lyfta nya ärenden på teammöten, och sedan mera selektivt välja åtgärder (och professioner) utifrån individens behov.

Utifrån frågeställningen så kontaktar [arbetsgivaren] alltid vår sköterska/rehabsamordnare, och då gör hon dels ett samtal med arbetsgivaren, och tar in den anställde på ett bedömningssamtal. Utifrån det så bokas det in kontakt till sjukgymnast som tittar på funktionsbiten, och då gör vi alltid utifrån TIPPA [...]. Sedan är det psykologen som också tittar på den psykiska biten och skattar depression, och då har vi också olika instrument som de använder. Sedan gör doktorn den medicinska bedömningen. När alla har träffat patienten så har vi en sittning och diskuterar internt hur arbetsförmågan är. Sedan skriver doktorn ett utlåtande som alla tittar på där vi tar med alla våra bitar och skriver ihop [...] en bedömning av arbetsförmågan och tittar så att vi har svarat på arbetsgivarens frågeställning. Sedan träffar läkaren patienten igen personligen och går igenom så han får godkänna detta. Där det behövs är det också ett rehabmöte, trepartsmöte, antingen om Försäkringskassan är med, arbetsgivaren och den anställde och doktorn. (FHV, ergonom)

FHV-representanter anser att FHV skulle behöva flera verktyg för att göra arbetsförmågebedömningar, då de inte alltid kan utföra alla bedömningar som krävs.

Jag skulle vilja ha mer verktyg. Jag gick en kurs i arbetsförmågebedömningar via KI förra våren och då fick vi presenterat oss en massa verktyg man kan använda, men en del kräver ju legitimation och då är det för det kliniska som en psykolog använder, och det är ju inte riktigt där jag ska göra den bedömningen. Vi har ju ibland [...] personer som vi slussar vidare till psykiatrin om det krävs att den här behöver utredas vidare. [...] då har vi beställt det av en psykolog som har kommit och gjort sådana mätningar. Men jag skulle nog önska att det fanns lite mera mätningar, jag har tittat på några instrument som Linköping hade men. Det är väl det man skulle förbättra; att hitta fler verktyg. (FHV, VD/beteendevetare)

De metoder och verktyg som FHV använder tycks man i de flesta fall vara tillfreds med. Dock uttrycker respondenterna att vissa av dessa metoder har sina begränsningar, t ex i avseendet hur väl de mäter den faktiska arbetsförmågan. En FHV-representant diskuterar detta i relation till funktionsbedömningsinstrument:

TIPPA är ju mer en bedömning av en fysisk förmåga i vardagen. Det är inte arbetsrelaterat på det sättet. [...] Någoting som bedömer förmågan i arbetet skulle jag nog som sjukgymnast vilja ha. Jag träffar bara patienten under en och en halv timme, och då ska man bedöma en arbetsförmåga. Någoting mera helt funktionellt skulle jag nog vilja ha. (FHV, ergonom)

Gemensamt tycks vara ett tydligt fokus på funktionsförmåga, där de flesta metoder som nämns syftar till att kartlägga individens funktion snarare än hur denna funktion är relaterad till arbetets krav. Vissa metoder (som SASSAM) kan dock sägas innehålla en undersökning av denna relation, om än baserat på individens beskrivning av arbetet snarare än att arbetets krav i sig bedöms.

Arbetsplatsbesök i samband med arbetsförmågebedömning

I vissa fall nämns i intervjuerna med både representanter för FHV och arbetsgivare att arbetsplatsbesök brukar göras i samband med arbetsförmågebedömningar, men detta tycks inte ske generellt. Hos vissa FHV-enheter görs inte arbetsplatsbesök utom i undantagsfall, medan det på andra enheter ingår som rutin att en ergonom besöker arbetsplatsen. Vid behov kan även beteendevetare eller arbetsmiljöingenjörer besöka arbetsplatser, men detta tycks vara mindre vanligt. I enkäten nämner knappt en femtedel av respondenterna, i samband med att de ombads beskriva metoder för arbetsförmågebedömning, att arbetsförmågebedömning utförs på arbetsplatsen. Generellt sett tycks arbetsförmågebedömningar således för det mesta ske utanför arbetsplatsen, där kunskapen om arbetet kommer via uppgifter från arbetsgivare och arbetstagare, samt i vissa fall från ergonomer som besökt arbetsplatsen.

FHVs mandat att intervjua och befinna sig på arbetsplatsen är troligtvis olika, vilket kan tänkas hänga samman med avtal och organiseringsform. I detta material har dock inga skillnader i frekvensen av arbetsplatsbesök kunnat noteras mellan interna och externa FHV-enheter. Det är dock en möjlighet att en intern FHV-enhet via en större lokalkunskap inte behöver genomföra besök på arbetsplatsen i varje ärende, vilket följande citat från en representant från en intern FHV-enhet beskriver:

Har det alltid gjorts ett arbetsplatsbesök innan eller i samband med en arbetsförmågebedömning?

Inte alltid, men många gånger gör vi det. Sen är det så att vi känner ju ganska väl till våra arbetsplatser. Kommunen och äldreboende – det ser ju rätt så likt ut överallt, det beror alldeles på vad det handlar om, kost och städ med tunga arbetsuppgifter i kök, kanske storkök.

Har du varit ute och sett alla arbetsplatser som du har?

Inte alla, utan många. Vår ergonom har också varit ute mycket, han är ute mer än vad jag är. Många arbetsplatser är ju väldigt väl kända för oss. (FHV, sjuksköterska)

Typer av tjänster relaterade till arbetsförmågebedömningar

Nästan samtliga FHV-enheter som besvarat enkäten (99 %) anger att arbetsförmågebedömningar ingår i avtalen med, eller brukar avropas, av vård- och omsorgsförvaltningar inom kommuner/landsting. Olika FHV-enheter använder i intervjuerna olika terminologi för att beskriva såväl innehåll i de tjänster avseende arbetsförmågebedömning som de erbjuder sina kunder, som skillnader mellan olika typer av bedömningar. Grovt sett kan de tjänster avseende bedömning av arbetsförmåga som beskrivs av FHV delas in i kartläggning, bedömning och utredning, vilket vi också har valt att göra i denna rapport. Därtill tillkommer läkarbedömning vid sjukfrånvaro. Alternativa namn som respondenterna använder är basala respektive fördjupade utredningar, "light"- eller enklare bedömningar, små respektive stora nycklar, tidig arbetsförmågeutredning, arbetsplatsutredning, m.fl.

I denna rapport har vi valt att tolka alla undersökningar, utredningar och bedömningar som handlar om individens möjlighet att arbeta som olika former av arbetsförmågebedömningar, enligt den distinktion som görs i tabell 7. Här urskiljs fyra olika typer av tjänster gällande

bedömning av arbetsförmåga, där syftet och omfattningen skiljer sig åt. De typer som här presenteras baseras på de vanligaste typerna av bedömningar som beskrivs av respondenterna; dock kan kombinationer av dessa eller ytterligare typer av bedömningar förekomma. I dessa tjänster kan olika metoder för arbetsförmågebedömningar, som beskrivits tidigare i detta avsnitt, ingå.

Tabell 7. Typer av tjänster gällande bedömning av arbetsförmåga som FHV erbjuder sina kunder, syften med och omfattning av dessa bedömningar, samt vilka professioner som utför bedömningen.

Typ av tjänst	Syfte och omfattning	Profession
Läkarbedömning för sjukfrånvaro	Formellt underlag för sjukskrivning, t ex vid förstadagsintyg efter upprepad korttidssjukfrånvaro	Läkare
Initial kartläggning	Genomförs som regel när en person aktualiseras hos FHV, vilket kan föregås av antingen kort- eller långtidssjukfrånvaro.	Oftast företagssköterska, ibland ytterligare professioner.
Arbetsförmågebedömning	Kartlägga relationen mellan en individs förmåga och arbetets krav.	En eller flera professioner inblandade.
Arbetsförmågeutredning	Kartlägga relationen mellan en individs förmåga och arbetets krav, men med större omfattning för att utreda inför anpassning, omplacering, uppsägning eller att övertyga individ om begränsningar.	Genomförs generellt multiprofessionellt av läkare, sjukgymnast och beteendevetare/psykolog, ofta i team.

Olika typer av bedömningar kan göras antingen utifrån att behovet bedöms olika, eller på grund av att arbetsgivaren av kostnadsskäl väljer att beställa en mindre omfattande bedömning. En FHV-representant menar att det ändå ibland görs tillägg till en sådan bedömning, vilket kan innebära att slutprodukten (och slutsumman) blir densamma som för en större utredning.

De [arbetsgivarna] bestämmer om de ska ha utredning eller bedömning?

Ja, och därför, det är priset som återigen spelar stor roll. För oss som gör bedömningar så är det inte någon stor skillnad eftersom sjukgymnasten använder samma

bedömningsinstrument, och för att göra sådant här arbete seriöst så måste vi egentligen göra på samma sätt. Men det skiljer sig att vi inte skriver det gemensamma utlåtandet, vi avslutar det med rehabiliteringsmöte. Och sen, vill arbetsgivaren ha skriftligt utlåtande då är det klart det är ytterligare kostnader, så slutlig summa kan man säga ibland att det är lika mycket som en arbetsförmågeutredning. Men en del arbetsgivare utgår från att i början så kostade det mindre, så det känns bättre. (FHV, läkare)

Det resonemang som FHV-representanten använder ovan är troligen mera typiskt för externt organiserade FHV-enheter, där tjänster köps styckvis. En sådan avtalsmodell innebär att kostnaden för varje tjänst blir tydligare och att arbetsgivare kan tänkas vara mera restriktiva i sitt användande av FHV.

Professioner som utför arbetsförmågebedömningar

I svaren på enkätfrågan om metoder som används för bedömning av arbetsförmåga nämner många också vilka professioner som utför bedömningarna, även om detta inte efterfrågades (tabell 8). De professioner som nämns i högst utsträckning är sjukgymnast/ergonom och läkare, vilka båda nämns av nästan hälften. Även psykolog och beteendevetare nämns av många svaranden. I 39% av svaren anges att tre eller fler professioner är inblandade i bedömningar av arbetsförmåga, dvs. man har ett multiprofessionellt arbetssätt. Sjukgymnasten/ergonomen använder i hög utsträckning TIPPA som bedömningsinstrument. Ett fåtal av enheterna nämner att arbetsförmågebedömningar görs i samverkan med arbetsgivare. Eftersom det i enkäten inte efterfrågades vilken profession som var utförare, eller om bedömningar gjordes i samarbete med arbetsgivare eller på arbetsplatser, innebär detta att vi inte vet något om de FHV-enheter som inte nämnt dessa aspekter.

Tabell 8. Professioner som utför bedömning av arbetsförmåga som nämns i en öppen enkätfråga om metoder för arbetsförmågebedömning. Svaren är indelade i kategorier utefter vilka professioner som utför bedömning av arbetsförmåga och antal svar per kategori/profession anges. Svar har delats upp på flera kategorier om olika professioner har nämnts. (n=66)

Professioner som utför bedömning av arbetsförmåga	Antal svar	Andel svar (%)
Sjukgymnast/ergonom	32	48
Läkare	32	48
Psykolog	22	33
Beteendevetare	12	18
Sköterska	7	11
Rehab koordinator	4	6
Arbetsmiljöingenjör, tekniker	2	3
Multiprofessionellt	26	39
Bedömning i samarbete med arbetsgivare	4	6

I intervjuerna beskrivs att de enklare formerna av arbetsförmågebedömningar generellt genomförs av enskilda professioner, vanligen läkare eller sköterskor. I dessa fall utgörs bedömningen av en initial kartläggning eller en medicinsk bedömning.

Multiprofessionella bedömningar görs i regel av team bestående av läkare, sjukgymnast/ergonom, beteendevetare/psykolog, företagssköterska, samt i vissa fall ytterligare professioner. Utöver FHV-personal ansvarar ofta arbetsgivaren för en egen bedömning, som bland annat kan omfatta arbetsbeskrivningar.

Metoderna är ofta tydligt knutna till de respektive professioner som är inblandade i bedömningarna, där t ex ergonomer använder instrument för att undersöka individens fysiska funktionsförmåga.

Olika motiv för bedömningar

Det generella syftet med en arbetsförmågebedömning kan sägas vara att bedöma en individs resurser i relation till arbetets krav, och vad som eventuellt begränsar individens förmåga att utföra arbetet. Dock beskriver intervjupersonerna olika typer av bakomliggande motiv till att arbetsförmågebedömningar genomförs, som grovt kan delas in i följande kategorier:

- Kontroll/underlag för sjukskrivning
- Anpassning av arbetsuppgifter/arbetsplats
- Omplacering inom organisationen
- Övertalande eller legitimerande syfte inför avslutande av anställningen

Bedömningar i kontrollsyfte handlar i regel om att förstadagsintyg begärs in vid sjukanmälan, vilket oftast sker som en konsekvens av upprepad korttidsfrånvaro. Många respondenter beskriver att de har datasystem som signalerar när en person varit sjuk vid fler än ett bestämt anta tillfällen under en period, varvid personen remitteras till FHV för samtal, och där krav på förstadagsintyg kan bli en konsekvens. Detta benämns generellt inte som arbetsförmågebedömning av respondenterna, även om vissa pekar på att denna typ av kontroll implicit innebär att en bedömning av arbetsförmågan görs. En läkare uttrycker att arbetsförmågebedömningar görs kontinuerligt i all kontakt med sjukskrivna:

Det är ju en intuitiv arbetsförmåga, vi bedömer ju naturligtvis. För förstadagsintygen gör vi ju hela tiden arbetsförmågebedömning; kan man arbeta eller ska man vara hemma. (FHV, läkare)

I dessa fall görs bedömningen i relation till lagstiftning, där arbetsgivaren har rätt att begära in förstadagsintyg för att kunna godkänna sjukskrivning. Till denna kategori kan även föras formella underlag till Försäkringskassan som inte medför några ytterligare åtgärder från FHV.

Vissa respondenter, såväl FHV-representanter som arbetsgivare, är tydliga med att arbetsförmågebedömningar är en särskild form av bedömning som är knuten till specifika juridiska dokument, t ex Försäkringskassans blanketter eller arbetsgivares rehabiliteringsutredningar. I dessa fall är arbetsförmågebedömning en tjänst som genomförs för att uppfylla obligatoriska moment i rehabiliteringsprocessen, med sin grund i lagstiftning. En FHV-representant menar att resultaten av bedömningen formuleras olika till Försäkringskassan och arbetsgivaren, då bedömningarna fyller olika funktion för dessa parter:

Det dokument man skickar till Försäkringskassan kan ju innehålla saker som är viktiga för försäkringen och deras bedömning och så klickar jag åt det hållet så den ligger där borta. Men arbetsgivaren behöver ju inte veta om de här sakerna, det påverkar inte ditt arbete

egentligen men det förstärker chansen för att du ska få försäkringen utbetald. För arbetsgivaren behöver inte veta om att du också har en magsjukdom eller vad du nu har för något annat, och då har vi sagt det att den rena arbetsförmågebedömningen bör och kan innehålla andra saker. [...] Så att det här att liksom hjälpa arbetsgivaren att få underlag rent arbetsrättsligt för en anpassning eller en omplacering eller ett avslut av rehab eller fortsatt rehab, det är ju en form av arbetsförmågebedömning och det Försäkringskassan har det är ju delvis något annat. (FHV, VD)

I detta fall kan bedömningen också ses som ett sätt på vilket FHV stödjer den sjukskrivne för att denne via ett bättre underlag ska kunna få sjukpenning.

Det vanligaste tycks vara att arbetsförmågebedömningar, åtminstone de mer omfattande varianterna, görs för att arbetsgivaren ska kunna gå vidare i sin rehabiliteringsprocess, där bedömningen fokuserar på relationen mellan individens hälsa och arbetets krav, dvs. inte i första hand en medicinsk utredning:

Arbetsförmågebedömning hos oss är en person som varit långtidssjukskriven på heltid eller deltid och där diagnosen redan är verifierad. [...] Det är en ganska stor tjänst vår arbetsförmågebedömning. Det är en stor disciplinär bedömning från kundens läkare, psykolog, ergonom och företagssköterska (FHV, sjuksköterska)

De flesta FHV-representanter menar att bedömningar i första hand görs i relation till befintligt arbete. Ofta kan även bedömningar mot andra arbetsuppgifter göras, om detta specificerats i arbetsgivarens frågeställning. Det mer specifika syftet kan således vara att skapa ett underlag för anpassning av arbetet, att utreda inför omplacering till nytt arbete, eller inför att avsluta anställningen.

Den övergripande målsättningen är att man ska komma tillbaka till det egna jobbet. Annars får man avsluta rehabiliteringen och istället starta en omplaceringsutredning. Och när man startar en omplaceringsutredning så minskar ju naturligtvis chanserna till att man ska kunna hitta något ledigt lämpligt arbete. Vi har inga anpassade tjänster i kommunen och då kan det ju leda till att man blir av med anställningen. Så syftet är att man ska göra allt för att försöka få den här personen tillbaka. (FHV, läkare)

I citatet ovan framgår att avslutad anställning kan bli en konsekvens av en arbetsförmågebedömning, även om syftet med bedömningen ursprungligen var en annan.

Vid omplacering och avslutande av anställning är en arbetsförmågebedömning ofta en formell nödvändighet för att beslutet ska kunna legitimeras, då bedömningen intygar att individens förmåga inte motsvarar de krav som arbetet ställer. Här är vissa arbetsgivare mycket tydliga att syftet med en bedömning kan vara att ha tillräckligt underlag om ärendet skulle granskas, och att FHV ses som en leverantör av sådana underlag. I dessa fall blir priset också viktigt:

En komplett arbetsförmågebedömning tror jag de tar närmare 30 000 kronor för.

Skulle ni vilja ha [billigare alternativ]?

Ja, definitivt. Det gör ju att man drar sig lite. Det skulle jag vara intresserad av. Då har man två motstridiga dokument: läkarintyg från primärvården som säger en sak och företagshälsovården som säger en annan. Att lägga 30 000 kronor på någonting som kanske ändå inte håller om det blir en tvist eller vad som nu händer sedan. Så snabbare, billigare och enklare definitivt. (Arbetsgivare, HR)

Ett annat motiv för att beställa en arbetsförmågebedömning, som några arbetsgivare nämner, är att denna kan fungera som ett sätt att övertyga en individ om att denne inte längre klarar av sitt arbete, i de fall då personen inte själv inser detta. Syftet är i dessa fall att via en medicinsk bedömning få individen att komma till insikt om att återgång till arbete inte är möjlig eller lämplig, och att andra lösningar (såsom ett annat arbete) ska kunna övervägas.

Sedan kan det också vara för att konstatera att vi kommit till vägens ände och den anställde kanske inte riktigt förstår det och vill inte förstå det och säger att jag faktiskt kan arbeta. Det kan vara långt ifrån vad vi kan orka med som organisation och vad medarbetarna kan orka med så det inte blir för tungt för de andra som är kvar på arbetsplatsen. (Arbetsgivare, HR)

Ibland kan det vara att personen själv kanske inte riktigt är klar över vilken situationen är, och då kan det vara att man kan få liksom, det här blir den objektiva bedömningen. En del vill inte riktigt släppa det de har, men har egentligen inte förmåga och det är svårt att anpassa det. Ibland tycker jag det är bra att ha en arbetsförmågebedömning när man ska jobba vidare. (Arbetsgivare, enhetschef)

Få FHV-representanter anger att de gör arbetsförmågebedömningar i relation till hela arbetsmarknaden, då detta anses ligga utanför den kompetens som FHV besitter.

Målgruppen är framförallt medarbetare där man bedömer att det är möjligt att vara kvar hos sin nuvarande arbetsgivare, antingen på sin nuvarande arbetsplats eller någon annanstans inom antingen förvaltningen eller hela regionen. Det som är svårare är de här som man känner att där behöver man göra en bedömning gentemot hela arbetsmarknaden. Där känner vi att vi inte har vår bästa kompetens. Där gör vi en del bedömningar men det finns andra aktörer som de hellre vill köpa in, typ arbetslivsresurser eller de som har lite mer specifik kompetens. (FHV, VD)

Ansvarsfördelning mellan företagshälsovården och arbetsgivaren

Några arbetsgivare har utvecklade system för sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbete, där ett inslag kan vara en egen arbetsförmågebedömning. En arbetsgivare beskriver en strukturerad metod med särskilda blanketter för att i detalj beskriva hur individen klarar olika arbetsuppgifter i sitt ordinarie arbete (kan/kan delvis/kan inte) och möjlighet till anpassningar, där ansvaret för bedömningen ligger på arbetsgivaren och facket. FHV används hos denna arbetsgivare främst när en medicinsk bedömning behövs, medan enklare bedömningar sköts internt.

Det finns en väldigt strukturerad metod i hela kommunen. Man har gjort så här att man har gjort exempel [...] för en undersköterska. Det finns inga färdigtryckta dokument mer än hur det ska se ut i strukturen. Sedan får varje arbetsplats tala om att som undersköterska hos oss så är det det här vi arbetar med. [...] Det finns allt i detalj och det är helt enkelt för att man ska se om det är några moment som är tveksamma. Det ligger uppdelat så att man säger kan, kan inte och kan delvis. Det man kan delvis eller inte kan, det ska man se om man har möjligheter att ytterligare anpassa eller ge stöd så att man kan klara detta. [...] Om vi hamnar på en person som det trots detta är mycket den inte kan klara så gör vi den bedömningen att nej, den här personen kan förmodligen inte återgå till sitt ordinarie arbete. (Arbetsgivare, HR)

I detta exempel används FHV som medicinsk expertis, medan relationen till arbetets krav tycks analyseras av arbetsgivaren.

Ytterligare en arbetsgivare beskriver en blankett för arbetsförmågebedömning, som bygger på vilka arbetsuppgifter som ingår i olika befattningar. Denna arbetsgivare gör den initiala bedömningen.

Arbetsförmågebedömningar, deltar du i samarbetet, hur de gör?

Jag gör den första. Vi har blanketter för det, där man kryssar alla arbetsuppgifter som ingår under sköterskejobbet. Det har jag gjort några stycken och det är inget svårt.

Relaterar du arbetsuppgifter till fysisk och psykisk förmåga?

Det är egentligen mest fysisk. (Arbetsgivare, enhetschef)

Ett annat exempel där arbetsgivaren gör egna arbetsförmågebedömningar, i detta fall helt utan FHV:s medverkan, beskrivs av FHV-representanter. Arbetsgivaren har tagit fram beskrivningar av vilka arbetsuppgifter som finns i olika befattningar. I bedömningen ingår att arbetsgivaren testar på arbetsplatsen vad den anställde klarar och inte klarar samt har en dialog med den anställde om detta. Parallellt med denna bedömning gör FHV en egen s.k. arbetsförmågeutredning. FHV får även arbetsgivarens arbetsförmågebedömning och använder den som en del av sitt beslutsunderlag.

Samtidigt som vi startar vår utredning så gör också chefen en funktionsarbetsförmågebedömning. [...] Man har tagit fram beskrivningar på exakt vilka arbetsuppgifter som ingår i den här befattningen och då går den anställde och chefen igenom det här. [...] men oftast är det ju att man under 2-3 veckors tid går igenom praktiskt ute på arbetsplatsen och testar de här momenten och har en dialog om vad man kan och vad man inte kan. Vi är inte med i den processen. [...] När vi startat den här utredningen så ber vi ju då chefen att starta funktionsarbetsförmågeutredningen parallellt. Under tiden så får vi in resultatet på den så den finns med i vårt beslutsunderlag. [...] Det finns också inskrivet i deras rehabpolicy. [...] Oftast är personalavdelningen med i det här. (FHV, organisationskonsult/rehabkoordinator)

I andra exempel är FHV mer involverade i sådana bedömningar, exempelvis där FHV utarbetat metoder tillsammans med arbetsgivare för att skapa en struktur för samarbetet mellan parterna.

Vi tittar på ärendena en gång i veckan, jag och företagshälsovården tillsammans, där vi gör bedömningar av vad som står i läkarintyget och vad som står i den här första rehatredningen, alltså den "lilla nyckeln". [...] Ser vi att de redan har en plan för återgång i arbete och den ser väldigt realistisk ut så gör vi inget mer i detta ärende. [...] Annars tar vi beslut om att här måste vi gå vidare, och då kallar företagshälsovården till en fördjupad kartläggning som vi då kallar för "stor nyckel", så där kommer de in. Det är inte i alla ärenden utan kanske hälften av ärendena. (Arbetsgivare, HR)

I detta exempel finns en kontinuerlig dialog mellan arbetsgivaren och FHV kring behovet av bedömningar och insatser, där parterna tillsammans kommer överens om när ett ärende behöver skickas till FHV. De små och stora nycklar som beskrivs i citatet motsvarar ungefär det som i Tabell 7 kallas initial kartläggning respektive arbetsförmågebedömning/-utredning.

Det vanligaste är dock att arbetsgivaren vid behov beställer en arbetsförmågebedömning från FHV. I samband med denna beställning bifogas ofta en frågeställning som arbetsgivaren vill få svar på, vanligen huruvida personen ifråga har arbetsförmåga nog för

befintliga arbetsuppgifter, och om det finns möjligheter till anpassning. Förfarandet ser dock olika ut avseende vilken roll arbetsgivaren ges. I vissa fall, som i exemplet ovan, gör arbetsgivaren en egen bedömning eller självskattning som ett underlag för FHV att arbeta vidare utifrån. Denna bedömning kan vara strukturerad som en särskild blankett.

När vi säger arbetsförmågebedömning då är det företagshälsovården som är inkopplad. Vi kan göra någon form av kartläggning av arbetsförmågan. Vi har en blankett som vi gjort själva utifrån olika arbetsuppgifter som ingår i olika befattningar och då kan vi göra en enklare variant för att se vad klarar man och vad klarar man inte. Den kan vi göra själva och ofta kan den vara som en grund och finnas med när man gör arbetsförmågebedömningen på företagshälsovården med blanketten utifrån olika typer av arbetsuppgifter [...]. De kopplar sin bedömning till de här olika delarna. (Arbetsgivare, HR)

Ett remissförfarande beskrivs också av FHV där arbetsgivaren på ett strukturerat sätt specificerar frågeställningar och där arbetsuppgifterna beskrivs, på ett mer eller mindre strukturerat sätt.

Då har det kommit en förfrågan från arbetsgivaren om arbetsförmågebedömning, då har en kontaktsköterska tagit emot förfrågan och gått tillbaka till dem, och bett att de formulerar en remiss med frågeställningar och förtydligande med vad det är de behöver hjälp med. (FHV, psykolog)

Det varierar hur involverad arbetsgivaren är i själva bedömningen, från att ansvara för delar av bedömningen till att endast bidra med information till FHV. Ofta är arbetsgivaren med och definierar problemet, och tar sedan emot resultatet i dialog med FHV.

En arbetsgivare (HR) noterar hur FHV används i mera komplicerade ärenden, när primärvården inte räcker till. Denna arbetsgivare är dock inte särskilt nöjd med de tjänster som FHV levererat och tycker att dessa är för dyra. I detta exempel kan det dock noteras hur arbetsgivaren inte tycks särskilt involverad eller insatt i vad tjänsten innehåller:

Är ni som arbetsgivare inblandade i det när ni gör sådana [arbetsförmågebedömningar]?

Nej, inte när det görs på företagshälsovården. Vi köper den tjänsten.

Vet du vad de gör eller hur det går till?

Nej faktiskt inte.

Vet du hur vanligt det är att ni köper sådana?

Av och till, men det är en ganska dyr tjänst. Jag tror vi betalar närmare 30 000 kr. (Arbetsgivare, HR)

I fokusgruppsintervjuerna med kommunala enhetschefer sades mycket lite om arbetsförmågebedömningar. Det nämndes att man anlitar FHV för att göra arbetsförmågebedömningar, men det framgick inte av intervjuerna vilken typ av bedömningar och i vilket syfte. En kommun utnyttjade huvudsakligen en extern företagshälsovård men köpte arbetsförmågebedömningar ett annat externt företag.

Etiska aspekter av arbetsförmågebedömningar

Några FHV-representanter diskuterar hur arbetsförmågebedömningar ibland kan användas för att säga upp personal, vilket de upplever som problematiskt om detta inte tydligt varit

syftet med bedömningen. Här hamnar FHV-personalen mellan arbetsgivaren och arbetstagaren och får svårt att balansera deras intressen och fungera som en neutral part.

Vi har varit väldigt försiktiga med det här [arbetsförmågebedömningar], därför att arbetsgivaren ofta vill ha ganska så... Vi har märkt efter hand och det har gjorts en utvärdering här av en som var företagsläkare om hur arbetsförmågebedömningarna har använts, och ofta har det använts till att avsluta en anställning hos arbetsgivaren.

Även om syftet med den från början varit en annan?

Ja, det framgår ju inte alltid men ibland kan vi ju se mellan raderna att det handlar om det. Då kan man fundera på vad det är de vill använda oss till. [...] Vi ska ju vara neutrala i den meningen. Vi ska ju inte enbart gå arbetsgivarens ärenden och inte bara den anställdes, utan vara en neutral part och tjäna bådas syften. Då blir det en väldigt delikat balansgång. [...] Vi har märkt att arbetsgivaren vill ha väldigt tydliga beställningar om personlighetsstörningar och så vidare. Då hamnar vi inom ett område som vi kanske inte är vårt utan mer psykiatrins. Vi har ju kapaciteten här i huset, några av oss har jobbat inom systemen men det är den här balansgången, det är jättetufft. (FHV, psykolog)

Respondenten beskriver hur FHV:s förslag i en bedömning inte alltid följs, och att medarbetare kan placeras i s.k. medarbetarprogram för en omplacering för att sedan sägas upp efter sex månader om ingen omplacering tycks vara möjlig. Ansvaret för att göra en sådan bedömning ligger på arbetsgivaren.

Vissa FHV-representanter poängterar särskilt vikten av att arbetsgivaren har en tydlig frågeställning som bedömningen ska besvara. Detta kan delvis ses som ett sätt att underlätta för FHV i sin bedömning, genom att tydliggöra vad den ska besvara, men också som ett sätt att markera att FHV inte kan ansvara för bedömningens konsekvenser. Samtidigt kan det finnas svårigheter även i de fall då en tydlig frågeställning finns att på förhand avgöra om en arbetsförmågebedömning kan få som konsekvens att anställningen avslutas. Även om detta sällan tycks utgöra frågan, så kan det likväl vara konsekvensen.

Ja, alltså det här med avslut, det är ju sällan som det är någon som kommer hit med den frågeställningen att den här [anställningen] ska avslutas. Det kanske tiden utvisar, [...] individen kanske inte tål den höga fysiska belastningen och där kanske man kan hitta en omplacering. Men det kanske är så att en individ har en utmattningsproblematik eller inte tål stress eller inte tål den psykiska... Då kan det leda till att man behöver en omplacering eller att det blir ett avslut. Men det är ju ingenting som, det är väldigt sällan som det har varit en direkt frågeställning från början. (FHV, läkare)

FHV-personalen talar om dylika situationer som ett dilemma, där de inte har möjlighet att styra över hur deras bedömning används av arbetsgivaren. Här behöver FHV-personal balansera de dubbla lojaliteter som deras praktik innebär, gentemot kunden (arbetsgivaren) likaväl som den anställda.

Framgångsfaktorer och förbättringsområden

En av de vanligaste framgångsfaktorer som nämns, eller ett område där förbättringar kan ske, är tydlighet avseende såväl beställningen av arbetsförmågebedömningar som de rekommendationer en bedömning kan resultera i. FHV efterfrågar en beställning från arbetsgivaren där syftet med bedömningen är specificerat och där det framgår vad arbetsgivaren tänkt använda bedömningen till. Detta, menar FHV-representanter, underlättar bedömningen, och minskar risken för att bedömningar används i andra syften än de som FHV avsett när bedömningen gjordes (exempelvis uppsägningar). Tydlighet i

rekommendationer efterfrågas av arbetsgivare eftersom det stödjer dem i rehabiliteringsprocessen, t ex avseende vilka åtgärder som kan eller bör genomföras.

Vissa arbetsgivare och FHV-enheter har aktivt arbetat med att strukturera beställningsprocessen, för att underlätta för kunden och för FHV, exempelvis genom att FHV efterfrågar tydliga frågeställningar från arbetsgivare, uppmanar dem att tydliggöra för arbetstagarna vad syftet med en arbetsförmågebedömning är samt genom att parterna tillsammans utveckla rutiner för hur och när FHV kopplas in i ett rehabiliteringsärende.

Det visade sig att personerna när de kom hit inte hade förstått vad syftet var med det här, eller så kunde det vara så att de hade haft för bråttom när de fyllde i och det de egentligen ville veta hade de inte fått på pränt [...]. Nu har vi ändrat i logistiken så att vi förutom det här beställningsformuläret [...]. Vi har också en uppdragsdialog per telefon med den ansvarige läkaren och chefen. Sedan har vi blivit bättre på att inför de här beställningarna också försöka uppmana cheferna att ta den här dialogen med medarbetaren: ”vad ska du ha det här till? Vad kommer det här vara till för hjälp?” (FHV, rehabkoordinator)

Särskilt poängteras vikten av att arbetsgivaren är involverad i att bedöma arbetets krav, för att frågeställningen ska bli möjlig att besvara. Arbetsgivare önskar å sin sida tydliga svar på sina frågor samt rekommendationer för hur de ska agera:

Vi har ofta en frågeställning som vi vill ha svar på och det är väl så att ibland kan det vara lite otydligt, svaret. Det kan ibland vara svårt för dem att bedöma men för oss är det viktigt att antingen så ser man att man kan rehabilitera tillbaka och då måste vi liksom jobba med insatser och vad är det för typ av insatser som behövs i så fall, eller så måste man på något sätt komma fram till att de inte har arbetsförmåga. [...] Vi behöver få en tydlig rekommendation. (Arbetsgivare, HR)

Samtidigt som tydlighet efterfrågas av arbetsgivare, vill de gärna också ha enkla, billiga och mindre mångtydiga bedömningar, men tydliga beskrivningar av vad FHV kan hjälpa till med kring anpassning av arbetet. Det är inte alltid bedömningen i sig efterfrågas i första hand, utan ett stöd från FHV i att underlätta återgång i arbete:

Arbetsförmågebedömningen i enklare variant, framförallt ekonomiskt, en billigare variant. Cheferna drar sig ofta och det blir en jätteinvecklad och omständlig process. Kanske bättre information om vad de har att erbjuda när det gäller arbetsanpassning och mer information från företagshälsovården om hur de kan bistå och hjälpa. (Arbetsgivare, HR)

Ett område där FHV efterlyser förbättrade metoder är kring de bedömningsmetoder som används, vilka idag upplevs vara inriktade på funktionsförmåga. Vissa FHV-representanter efterlyser fler instrument som specifikt är inriktade på att bedöma arbetsförmåga.

Ett annat förbättringsområde som nämns av en FHV-representant är uppföljningen av genomförda bedömningar och vilka åtgärder dessa resulterade i:

Där brister vi när det gäller uppföljning, det är något vi har pratat om. ”Hur ska vi följa upp våra insatser och rehabförslag, vad händer?” Det är något som vi har pratat om. Vi har gjort en uppföljning på arbetsförmågeutredningar där vi tog alla utredningar som vi gjort under ett år och drog slumpmässigt. Det var sju olika ärenden där jag ringde till chefen och hade ett antal frågor. Men just uppföljning, vad som händer, där brister vi. (FHV, VD)

Arbetsgivare tycks efterfråga olika former av stöd från FHV, där vissa beskriver hur de utvecklat egna interna rutiner för hantering av sjukskrivningar, arbetsförmågebedömningar och rehabiliteringsprocesser, och på så sätt minskat behovet av FHV. Andra har valt att

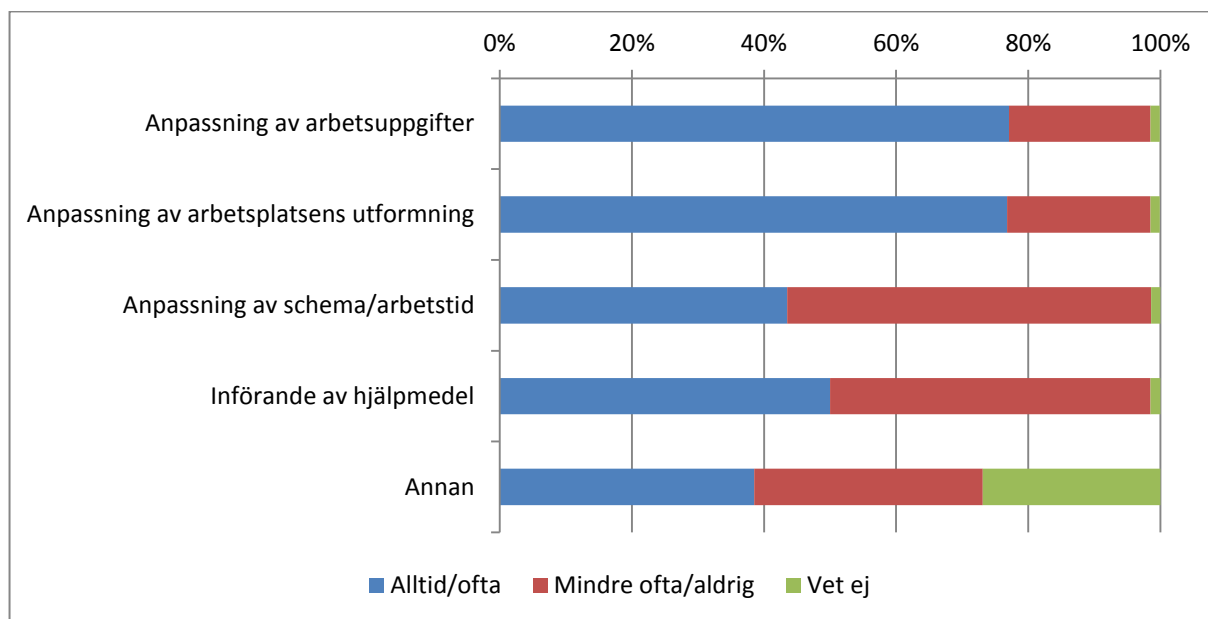
istället satsa på nära samarbeten med FHV, där dessa ges en central roll i arbetsgivarens sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbete.

Anpassningar av arbetet

I detta avsnitt redovisas hur FHV-representanter och arbetsgivare beskriver att de arbetar med och resonerar kring anpassningar av arbetet i samband med tidig arbetslivsinriktad rehabilitering. I avsnittet redovisas resultat från dels de FHV-representanter som besvarade enkäten, dels de FHV-representanter och arbetsgivare som blev intervjuade. Därtill redovisas erfarenheter från sjukskrivna som intervjuats kring anpassningar. Avsnittet bygger på enkätfrågor om vilka anpassningar som vanligen görs, vem som är inblandad i dessa samt om arbetsplatsbesök görs i samband med anpassningar. I intervjuer med arbetsgivare och FHV ställdes frågor kring arbetsgången vid anpassningar, vilka metoder som används vid ergonomiska och psykosociala besvär, vilka professioner som är inblandade, vilka roller arbetsgivare och FHV har, om FHV föreslår och medverkar vid omplaceringar, om anpassningar följs upp samt vad som fungerar bra respektive mindre bra. I intervjuer med sjukskrivna tillfrågades respondenterna om vilka åtgärder som arbetsgivare vidtar för att underlätta återgång i arbete.

Vilken typ av anpassningar genomförs?

Nästan samtliga FHV-enheter som besvarat enkäten (93 %) anger att anpassningar av arbete ingår i avtalen med, eller brukar avropas av, vård- och omsorgsförvaltningar inom kommuner/landsting. De vanligaste typerna av anpassningar som anges av majoriteten av de svarande är anpassning av arbetsuppgifter och av arbetsplatsens utformning (figur 7). Omkring hälften av FHV-enheterna anger även anpassning av schema/arbetstid och införande av hjälpmedel. Andra typer av anpassningar nämns i en öppen fråga (tabell 9). Dessa svar handlar om olika sätt att få till en dialog mellan anställd och arbetsgivare för att komma överens om lämplig anpassning, arbetsorganisatoriska åtgärder och psykosocialt stöd, omplaceringar och stöd i att se på möjligheter utanför nuvarande arbetsplats samt åtgärder för att öka den anställdes kapacitet.



Figur 7. Typ av anpassningar som FHV medverkar vid (n varierar från 26 till 70).

Tabell 9. Svar på en öppen fråga om andra typer av anpassningar, än de som redovisas i figur 5. Svaren är indelade i kategorier och antal svar per kategori anges. Svar har delats upp på flera kategorier om olika typer av anpassningar har nämnts. Kategorier med enbart ett svar redovisas inte. (n=18)

Svarskategorier	Antal svar
Dialog mellan anställd och arbetsgivare (m fl.), t ex flerpartssamtal och planeringssamtal för att komma överens om lämplig anpassning	4
Arbetsorganisatoriska åtgärder och psykosocialt stöd	4
Byte av arbetsgivare, omplacering/karriär-coaching, arbetsförmedling	4
Öka den anställdes kapacitet, hälsa, kompetens, vidareutbildning	3

De vanligaste formerna av anpassningar som nämns i intervjuer med FHV och arbetsgivare är ergonomiska, följt av anpassningar av arbetsuppgifter och arbetstid samt utbildning och träning. I mindre utsträckning nämndes lägre krav, systematiskt arbetsmiljöarbete, byte av arbetsgrupp och hemarbete.

De former av anpassningar som främst nämns av de sjukskrivna är fysiskt lättare arbete, arbete med lägre tempo, kortare arbetstid eller byte av arbetsuppgifter. I något fall nämns byte av arbetsgrupp eller chef.

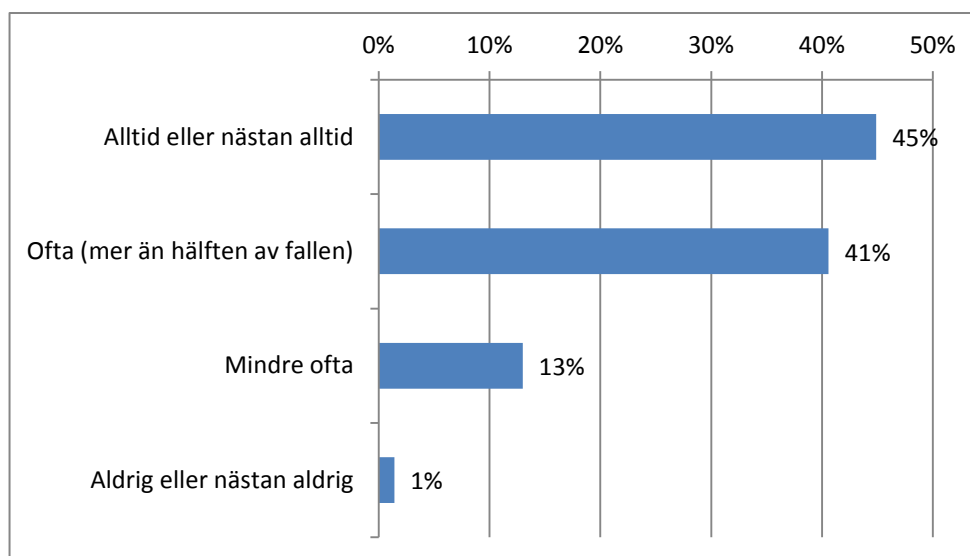
Jag har haft möte med min chef och kollegor i och med att jag först började jobba 25 och nu 50% för att försöka anpassa arbetsuppgifterna. Man la över på mina kollegor. (Sjukskriven)

Vid deltidssjukskrivningen fick jag lite mer anpassade arbetsuppgifter. Jag gjorde i stort sett samma arbete som tidigare. Men jag handlägger just nu inga stora och komplicerade ärenden. (Sjukskriven)

Det har blivit omorganisationer på arbetsplatsen. Vi hade tidigare en annan chef som fått ändrade arbetsuppgifter och vi har en ny chef, så det är redan gjort. [...] Det som hände mig har väl bidragit till att detta har kommit till skott. (Sjukskriven)

Arbetsplatsbesök

Majoriteten av de enheter som anger att de arbetar med anpassningar uppger att de alltid eller i mer än hälften av fallen gör arbetsplatsbesök i samband med dessa anpassningar (figur 8).



Figur 8. Arbetsplatsbesök av FHV i samband med anpassningar (n=69).

En företagsläkare resonerar om att tillvägagångssätten för att undersöka vilka anpassningar som behövs skiljer sig åt, där fysiska anpassningar bedöms via arbetsplatsbesök, och anpassningar vid psykiska besvär undersöks via samtal.

Det är vid arbetsplatsbesöken vi ser vad som behövs när det gäller den fysiska anpassningen. Men när det gäller den psykosociala anpassningen får man ju gå utifrån vad individen säger. ”Vilka förutsättningar, vad tror du om dina möjligheter att komma tillbaka till jobbet, vad skulle du behöva för att komma tillbaka till jobbet?” Det är ju de här frågorna, och sedan får man se vad som är möjligt och så ställer man frågor till chefen. (FHV, läkare)

Att psykosociala besvär inte leder till arbetsplatsbesök nämns av flera respondenter.

Om det är något psykosocialt problem?

Där är vi inte så att vi går ut och kollar. Då pratar vi mer med individen och chefen vad det finns för stressfaktorer t ex som påverkar individen. Man kanske kan plocka bort vissa arbetsuppgifter under en begränsad tid eller vad finns det för andra arbetsuppgifter som individen ska kunna utföra, den som har depression eller så. Då pratar vi mer om de anpassade arbetsuppgifterna. (FHV, sjuksköterska)

Ergonomiska anpassningar

De ergonomiska anpassningarna utgörs framförallt av mer ergonomiskt utformade möbler och olika hjälpmedel, men även utbildning i lyftteknik och träning i ett mer hållbart arbetssätt eller rörelsemönster. När det gäller möbler handlar det företrädesvis om bord och stolar, men inom hemtjänsten också om höj- och sänkbara sängar. I en del kommuner anses det möjligt att använda sig av liftar medan det i andra inte anses möjligt, om det inte kan motiveras av att det är för brukarens bästa.

När det gäller arbetshjälpmedel så är det mer riktat till pensionärerna eller våra vårdtagare än att det är till personal. Även om jag har ont i ryggen så kan inte det innebära att jag använder en lyft t ex för en pensionär om det inte är för pensionärens bästa. (Arbetsgivare, enhetschef)

Flera exempel på relativt billiga anpassningar nämns, som inköp av grytor, pärmkaruseller eller sparkcykel. En åtgärd som också nämns är uppförstoring av text vid datorarbete.

De ergonomiska anpassningarna riktar sig ofta till enskilda individer men ibland också till hela arbetsplatser. Mera omfattande och därmed också mera generella anpassningar förekommer, exempelvis ombyggnader av kök på förskolor, även om detta i en del fall anses vara en alltför kostnadskrävande åtgärd. I ett exempel refereras till en kirurgavdelning där en dataskärm var placerad så att personalen tvingades stå i både vridna och böjda positioner. En förflyttning av denna skärm blev en generell anpassning som kom hela arbetsgruppen till del.

En metod som FHV:s ergonomer kan använda är att i samband med arbetsplatsbesök filma personalens rörelsemönster och arbetssätt. Filmen används för att pedagogiskt motivera och understödja ett bättre sätt att arbeta för att undvika obekväma arbetsställningar. Ergonomer kan också uppmärksamma och påpeka att exempelvis tunga tallrikar kan placeras på mer lämplig höjd för att undvika arbetsställningar under knähöjd respektive över axelhöjd.

Yrkeshygieniska anpassningar riktar sig till hela arbetsgrupper eller arbetsplatser. Yrkeshygienikern kan exempelvis se över ventilation, ljusförhållanden, ljuddämpning och rekommendera t ex bättre golvmaterial. Från förskolor nämns exempel med så kallade ”öronvakter” som signalerar en alltför hög ljudnivå samt att man kan byta material i behållare för leksaker.

Anpassning i form av byte av arbetsgrupp kan göras både med hänsyn till ergonomiska och psykosociala orsaker. Ett exempel på en ergonomiskt motiverad anpassning på en förskola är att en medarbetare som inte orkar lyfta får arbeta med de större barnen, som inte behöver lyftas i samma utsträckning som de mindre. I samma intervju nämns också att personalen kan lära barnen ställa in sin egen disk i diskmaskinen, vilket minskar personalens fysiska belastning.

Anpassningar vid psykosociala besvär

Anpassningar vid psykosociala besvär riktas, liksom de ergonomiska både till enskilda individer och till hela arbetsgrupper, ibland i kombination. Många representanter för såväl FHV som arbetsgivare uttrycker att det är svårt att genomföra anpassningar vid dessa besvär men nämner likväl många olika exempel, som i huvudsak berör ändrade arbetsuppgifter eller schemaändringar. Exempel som beskrivs är att sjuksköterskor som på grund av nedsatt kognitiv förmåga har problem med minnet kan slippa läkemedelshantering; andra kan få ägna sig just åt läkemedelshantering om de inte är psykiskt stabila nog att vara med patienter. Andra anpassningar som nämns är att få arbeta i ett lugnare rum för att man är känslig för stimuli, eller att man under en period slipper delta på personalmöten. I en intervju nämns att ett ärendesystem kan vara stressande. Där kan individer under en tid få slippa arbeta i det systemet.

Denna typ av individuella anpassningar kan också ske parallellt med insatser på både individ- och grupp nivå. Exempelvis så kan individen få gå i samtal hos beteendevetare samtidigt som chefen och/eller arbetsgruppen får handledning i konflikthantering för att få till stånd ett bättre psykosocialt arbetsklimat. Ett annat exempel på gruppåtgärder som nämns är psykosociala skyddsronder. I några fall betonas just vikten av att FHV:s beteendevetare arbetar med både individ och grupp samtidigt.

Ibland kan det ju vara att personer har lite svårt att samspela [...]. Jag har kunnat jobba ibland i gruppen samtidigt som med personen själv – att man jobbar med samarbete i gruppprocesser eller i kommunikation eller stress. Då har man jobbat med hela gruppen men kanske gett individen som är sjukskriven sitt eget stöd. (FHV, VD/beteendevetare)

Anpassningar av arbetstiden förefaller relativt vanliga. En ganska tidig åtgärd är att se över schemaläggning. Om det finns möjlighet kan man få komma senare på dagen eller på annat sätt ändra förläggningen av arbetstiden, slippa arbeta helger eller kanske arbeta mer helger i stället för kvällar. Även byte av arbetsgrupp används ibland som en anpassning vid psykosociala besvär.

Arbetsanpassningar i form av organisationsförändringar nämns sällan. I något fall nämns att man vid en utredning kan upptäcka att organisatoriska åtgärder skulle behövas:

Man kan anpassa arbetet under tiden man rehabiliteras. Målet är att man ska komma tillbaka till ordinarie arbetet, men visar det sig sedan att det ordinarie arbetet var fullständigt barockt ibland, det händer inte så ofta. Ibland kan de ju vara så att en person är sjukskriven för att arbetsmiljön har varit alldeles fel, typ om man går från jobbet och sedan ersätts man av tre andra. Då får man ju naturligtvis ändra i organisationen. (FHV, läkare och sjuksköterska)

Övriga anpassningar

Flera respondenter nämner även utbildning och träning som åtgärder. Detta kan inte ses som en anpassning av själva arbetet, men väl som en intervention för att skapa en bättre balans mellan individens förmåga och arbetets krav. Arbetets kvalifikationskrav kan över tid ha förändrats, där många arbeten inom exempelvis vården idag kräver högre kompetens när det gäller att klara av arbete med datorer och mer komplicerade administrativa system.

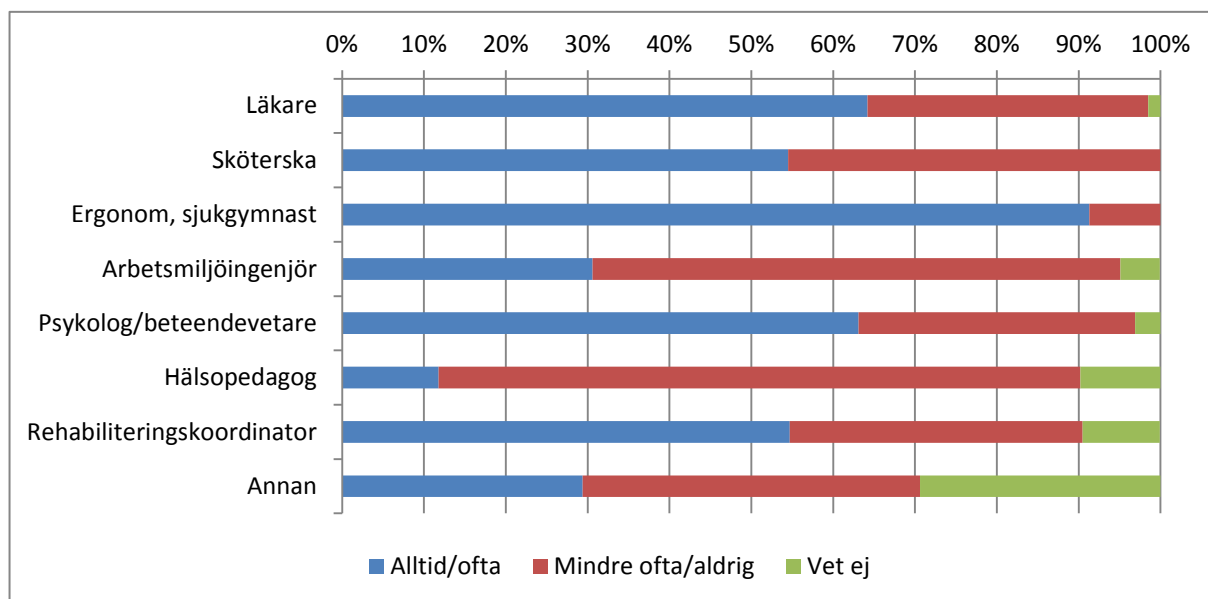
Flera FHV-enheter har i sitt utbud chefsutbildning och chefsutveckling som nämns i samband med anpassningar av arbetet. En företagsläkare ser att FHV kan stödja arbetsgivare i att utveckla en lärande organisation där cheferna lär sig ”tänket” med rehabilitering. Arbetsgivarna nämner att de erbjuder chefer utbildning för att de ska bli bättre rustade att arbeta med rehabilitering samt för att förbättra samarbetsklimat och förmåga till konflikthantering. Andra utbildnings- och träningsinsatser som nämns är kurser i stresshantering och yoga.

Både arbetsgivare och FHV refererar i några få fall till systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) med riskreducering i arbetsmiljön i samband med anpassningar. En arbetsgivare säger att när det gäller den fysiska arbetsmiljön är det mesta redan åtgärdat tack vare arbetet med SAM, och att anpassningar helst ska vara generella. På en FHV-enhet sitter man tillsammans med arbetsgivare och går igenom undersökningar av arbetsmiljön och hjälper arbetsgivarna att upprätta handlingsplaner. Även där gäller att anpassningarna gärna ses som generella. Anpassningar som görs i rehabiliteringsärenden kan således, om de kommer hela gruppen till del, bli en del i arbetsmiljöarbetet. Dock påpekar en arbetsgivare att många generella åtgärder redan är genomförda:

Vi tittar på det individuella behovet [...]. Oftast har chefen redan åtgärdat det generella, i alla fall inom de områdena jag just var inne på eftersom de är kända tyngda arbetsområden så jobbar man väldigt mycket med de systematiska arbetsområdena på dem. (Arbetsgivare, HR)

Rollfördelning mellan företagshälsovården och arbetsgivaren

Inom FHV är ett antal olika professioner involverade vid anpassningar. Enligt enkätsvaren är det vanligast att ergonomer/sjukgymnaster är inblandade i arbetet med anpassningar (figur 9). Hos nästan samtliga FHV-enheter medverkar denna yrkesgrupp alltid eller ofta i de anpassningar som görs av FHV. Det är också vanligt att läkare, psykolog och/eller beteendevetare, företagssköterska och rehabiliteringskoordinator medverkar. Andra yrkesgrupper som medverkar vid anpassningar, som nämns i en öppen fråga och som ej är representerade i figur 9, är organisationskonsulter, psykiatriker och psykoterapeuter.



Figur 9. Yrkesgrupper vid FHV som arbetar med anpassningar (n varierar från 51 till 69, undantag för kategorin "Annan" där n=17).

De sjukskrivna menar att ansvaret för att genomföra insatserna ligger hos chefen/HR, hos den sjukskrivne själv eller hos FHV. När insatsen gäller att minska den sjukskrivnes arbetsbörda nämner man att arbetskamraterna får ett ansvar att ta över bördorna.

Det var min chef som fixade allt [byte av arbetsgrupp]. (Sjukskriven)

Mina kollegor och min chef har tagit extra delar. (Sjukskriven)

Personalavdelningen och [FHV-enheten] som måste omplacera mig till något lättare. (Sjukskriven)

Även om FHV medverkar vid anpassningen av arbetet så betonar flera representanter från FHV i intervjuer att arbetsgivaren har det främsta ansvaret i rehabiliteringsprocessen, och att det också är en förutsättning att arbetsgivaren själv driver processen för att olika anpassningar ska fungera.

De frågar oss: "Tror ni det är vettigt att göra på det här sättet, och vad kan man göra?" Då är det de som äger frågan, det är de som driver processen, det är de som nyttjar oss i syfte att uppnå någonting, och det är ju det som liksom tror jag är klon i alltihop... För att vi pådyvlar aldrig någon någonting, för det slår bara tillbaka. (FHV, läkare)

FHV beskriver sin roll som främst rådgivande, motiverande och uppföljande. Generellt tycks FHV vara försiktiga med att driva på anpassningar, där flera respondenter uttrycker att man vill undvika rekommendationer som kan uppfattas som ordinationer. Förslag måste förankras hos ledningen och baseras på de möjligheter till anpassning som arbetsgivare anser sig ha:

Det går via den chefen som ansvarar för verksamheten, för gör man inte det så lämnar vi ju råd som man sedan inte tycker sig behöva inköpa eller som man inte har råd att inköpa. (FHV, VD)

Det nämns ofta att det är den närmaste chefen som vet vad som är möjligt att anpassa på just den aktuella arbetsplatsen och också att mycket vanligen redan gjorts när FHV kommer in. FHV beskriver arbetsgivare som olika engagerade och villiga att genomföra anpassningar, där vissa uppfattas som motsträviga medan andra gör vad de kan för att underlätta för sina anställda.

Det är flera representanter från FHV som säger att deras roll kan vara att stödja cheferna att lyfta frågan om tillgängliga resurser högre upp i organisationen. Följande citat visar när det kan vara så men åskådliggör också hur arbetet med anpassningar kan gå till:

Ibland kan de ju känna ”Nej jag vet inte om jag har mandat, jag har inga pengar eller vet inte om jag kan”. Då tar vi med [HR-konsulten] och säger att då kanske vi måste lyfta det här ärendet, hon får komma med nästa gång, för hon har ju ändå en viss budget med pengar som hör till arbetsmiljö också. (FHV, VD/beteendevetare)

Betydelsen av att ha stöd från högre nivåer när det gäller arbetet med rehabilitering framkommer även i andra intervjuer.

Flera respondenter menar att en förutsättning för fungerande anpassningsåtgärder är att det finns en kontinuitet och stabilitet både inom FHV-enheterna och hos kunderna. Om FHV utbildar och stödjer cheferna i arbetet med rehabilitering så blir de över tid bättre och snabbare på att sätta in åtgärder och även att exempelvis anpassa arbetsuppgifter innan en sjukskrivning blivit nödvändig.

Flera FHV-representanter uttrycker en tydlig önskan om att få vara med i ett tidigare och därmed mer förebyggande skede avseende anpassningar. Om FHV konsulteras redan i upphandlingsskedet kan inköp som kan utgöra en risk för ohälsa undvikas. Några exempel ges på hur inköp orsakat arbetsmiljöproblem, bland annat inköp av ett stort antal billiga men ergonomiskt dåliga dataskärmar eller alltför tunga tallrikar. FHV-representanter menar att det skulle vara ekonomiskt lönsamt för arbetsgivaren att ”göra rätt” från början för att undvika risk för ohälsa och sjukskrivningar, och åtminstone en FHV-enhet påpekar att en sådan rådgivande tjänst ingår i avtalet med arbetsgivaren.

Det blir väldigt sällan någon dyr insats. Det är egentligen ingen kostnad alls. Jag tror bara man inte tänker på det. (FHV, VD)

Etiska aspekter av att involvera FHV i anpassningar

Vissa enhetschefer beskriver i fokusgrupper hur de upplever att FHV ställer sig på den anställdes sida och/eller upplever svårigheter i att hitta sin roll som arbetsgivare i förhållande till den anställda och FHV:

Ett rehabiliterande som utlovar den här personen man sitter med att ”om du bara får göra det här och det här ska du se att...” och så sitter man som gisslan då på något vis. Jag upplever

att det inte fungerar lika bra som kontakten med en fristående vårdcentralsläkare.
(Arbetsgivare, enhetschef)

Kontakten med FHV kan således leda till att den som är sjukskriven får orimliga förväntningar på vad arbetsgivaren kan förväntas göra avseende anpassningar på arbetsplatsen.

Det kan krocka med att vi inte kan anpassa allt. Det är en tung verksamhet att jobba med personer som sitter i rullstol och ska ha hjälp och är utåtagerande [...] Är man själv svag så kan man inte möta dem som är ännu svagare. Där känner jag att där har det varit svårt ibland, det har blivit för mycket patientfokus.

Är det här någonting som personalavdelningen vet om?

De har tagit det till sig och jag tror även att dom har fört fram det. [...] Man har diskuterat att företagsläkaren kanske inte skulle vara med vid alla dom här rehabmötena.
(Arbetsgivare, enhetschef)

I ett fall diskuterar en internt organiserad FHV hur de kan driva på för att arbetsgivare ska ordna med arbetsträning eller omplacering, och där de i fall där detta inte skett drivit på att arbetsgivaren ska betala sjuklön. I detta fall tar FHV tydligt individens parti gentemot arbetsgivaren.

Det diskuteras också i intervjuerna hur insatser till viss del är beroende av den sjukskrivne personens förutsättningar, där utbildningsnivå och motivation till rehabilitering nämns som viktiga faktorer för att avgöra om anpassningar eller omplaceringar ska kunna genomföras.

Sjukskrivnas syn på genomförda anpassningar

Cirka hälften av de intervjuade sjukskrivna kan ange en tidsplan för hur anpassningsinsatserna skulle genomföras. Drygt hälften rapporterar att de planerade åtgärderna också blivit genomförda, medan några uppger att man inte nått ända fram av olika skäl, t ex fortsatt sjukfrånvaro.

Vi skulle haft regelbundna samtal om arbetssituationen men de blev inte av, kanske på grund av tidsbrist hos chefen. (Sjukskriven)

Ångrade mig och ville vara kvar på gamla jobbet. (Sjukskriven)

Den sammanfattande bedömningen från de sjukskrivna är att åtgärderna underlättat deras återgång till arbetet. Vissa anser att åtgärderna varken underlättat eller hindrat, men ingen anser att de direkt hindrat.

Om jag skall vara helt ärlig, så har det här med psykologen hjälpt väldigt mycket. Men att byta arbetsplats det har varit riktigt tufft för mig [vårdarbetare som utsatts för våld av klient på ett boende]. (Sjukskriven)

Jag behöver inte längre handlägga de mest komplicerade ärendena. Sen har jag sluppit en sådan sak som telefontid för det är väldigt stressande med nya samtal. Svårt att komma tillbaks till det jag gjorde före samtalet. Nu kan jag koncentrera mig. (Sjukskriven)

Ungefär hälften av de sjukskrivna är nöjda med chefens eller arbetsledningens insatser för att underlätta återgången i arbete.

Jag känner att min chef lyssnar på mig och han är väldigt mån att jag ska komma tillbaks på 100 %. Jag har en bra relation till mina kollegor, som jag kan säga det jag tycker och tänker till. (Sjukskriven)

Andra är istället missnöjda med chefens insatser.

Hon har bemött mig ganska klumpigt. Hon har gjort allt annat än att försöka uppmuntra mig. Istället har hon talat om vilka fel jag hade gjort. I stället för att peppa mig. (Sjukskriven)

De sjukskrivna tillfrågades också vad de trodde att chefen eller arbetsgivaren tyckte om de åtgärder som vidtagits. Hälften menar att chefen tyckte att dessa var bra. Endast ett fåtal vet att chefen var kritisk till åtgärderna, medan några inte vet vad chefen tyckte. De sjukskrivna har generellt inte hört några reaktioner eller kommentarer från chefen med anledning av sjukfrånvaron och de åtgärder som vidtagits, utöver önskingar om att den sjukskrivne skulle komma tillbaka till arbetet. I ett fall har den sjukskrivne noterat att chefen inte har tillit till hennes förmåga.

De sjukskrivnas kollegor uppfattas inte heller ha några negativa attityder till anpassningar. Endast i något enstaka fall har en sjukskriven noterat att man ”pratade bakom ryggen” på henne. De övriga i gruppen hade i detta fall drabbats av ökad arbetsbörda till följd av att man anpassat arbetet genom att minska hennes arbetsbelastning.

Arbetskamraternas stöd och välkomnande attityd tycks öka viljan att komma tillbaka; att känna sig välkommen tillbaka till arbetsplatsen och arbetsgruppen är en annan viktig faktor som lyser fram under större delen av intervjuerna.

På frågan om vad som underlättar att föreslagna åtgärder genomförs nämns särskilt positiva kontakter med chef, arbetskamrater och professionella från FHV. Att bli lyssnad till och att mötas av förståelse för sina problem är viktigt, och att man blir räknad som någon som kan uträtta något. Någon påpekar att ingjutandet av optimism, hopp och kampvilja har varit mycket positivt. Även organisatoriska åtgärder nämns, t ex att få byta arbetsplats.

Förutsättningar för att genomföra anpassningar

Respondenterna resonerar även kring olika förutsättningar för att anpassningar ska kunna genomföras på ett lämpligt sätt, där dessa kan hänföras till organisatoriska, sociala och individuella faktorer.

Organisatoriska förutsättningar

Ett genomgående tema i intervjuerna med FHV och arbetsgivarrepresentanterna är att ekonomiska nerdragningar inneburit mindre möjligheter till anpassningar vid nedsatt arbetsförmåga. Det finns flera vittnesmål om att det är mindre personal ute på avdelningarna, och även bland personal som inte är sjukskrivna är det vanligt med problem i rörelseorganen. Det finns inte längre några lugna mottagningar eller arbetsställen med lättare arbetsuppgifter. Flera arbetsgivare noterar också hur de inte kan ”skapa” arbetsuppgifter i de fall där individer behöver ägna sig åt någonting mindre krävande. En arbetsgivare uttrycker:

Det är ju så att vi har dragit ner på många enheter. Man har mindre och mindre antal personer... Det handlar mycket om hur den övriga gruppen ser ut. Har vi en arbetsplats där halva gruppen inte kan gå för att man har ont i knäna, då kan det vara så att när den sista kommer och har ont i knäna då går det inte. (Arbetsgivare, HR)

Samma arbetsgivare hävdar samtidigt att cheferna gör så mycket de kan för att anpassa, inom ramen för de begränsade möjligheter som finns:

Ute på enheten ”trollar man med knäna” och det handlar om allt från att anpassa scheman till att inte behöva göra vissa typer av arbetsuppgifter till att byta arbetsplats. Det är hela spektrat. (Arbetsgivare, HR)

Uppfattningarna om vad som är möjligt att genomföra varierar dock mycket och där är chefens inställning betydelsefull för om anpassningar ska bedömas vara genomförbara eller inte.

Det varierar väldigt mycket hos en och samma arbetsgivare. [...] Om man ser möjligheter, om man ser lösningar, hur man hanterar det. För visst, det är klart att det är svårt. På vissa ställen säger man att det är jättesvårt att förstå, för alla har ju besvär men alla är ju inte sjukskrivna. En chef kan inte handskas med detta och en annan tycker att det är inga problem (FHV, läkare)

I några intervjuer resoneras kring hur arbetsorganisationen kan ha betydelse för möjligheterna till anpassningar av arbetet. Om arbetet utförs i team med flera kategorier kan det vara svårare att göra individuella anpassningar, exempelvis för en undersköterska eller tandsköterska som är i behov av lugnare arbetstempo, men som på grund av teamarbetet inte kan undvika att arbeta tillsammans med andra.

Sociala förutsättningar

Bland de sociala förutsättningarna för anpassningar lyfts förankringen i den sociala miljön på arbetsplatsen fram. De flesta respondenter nämner att det finns en gräns för hur länge kollegor kan tolerera en anpassning. Framförallt arbetsgivare betonar att det är nödvändigt, både inför den anställde med nedsatt arbetsförmåga och inför resten av arbetsgruppen, att poängtera att det rör sig om en relativt kortvarig förändring. Om en redan belastad arbetsgrupp ska acceptera att en i gruppen ska ha mer förmånliga villkor än de andra behöver de få veta att detta är tidsbegränsat. Detta underlättas om chefen har förmåga att motivera varför en anpassning behöver ske. I några fall uttrycker representanter för FHV att de kan hjälpa cheferna med att bli bättre på att motivera de andra medarbetarna.

Flera respondenter poängterar dock att det bland kollegor generellt finns en positiv inställning till anpassningar, där man har förståelse för om en person behöver stöd för att kunna återgå i arbete.

Inom vård och omsorg är det inget bekymmer, de ställer upp på det rakt av. Vi har inte mött någon grupp som inte har ställt upp på det. Det är lite samma för dem men jag vet inte om det gäller generellt i hela landet eller om det bara är här att de som jobbar i de här grupperna gärna vill ha tillbaka sin stadigvarande kollega och tycker att det är tungt med att introducera nya vikarier. Man tar hellre detta att få det lite tyngre i två eller tre veckor ”men då vet jag att Stina kommer tillbaka. Jag vill hellre ha tillbaka Stina än att få tre nya att introducera.” (Arbetsgivare, HR)

Denna positiva inställning handlar således dels om solidaritet mellan kollegor, dels att det är tyngre att introducera nya vikarier än att anpassa för en kollega.

Det finns även exempel på motsatsen, där kollegor menar att anpassningar för en person i en arbetsgrupp, där arbetsvillkoren redan är pressade, kan innebära att de andra riskerar sin hälsa:

Den andra personalen [menar] ”nej, det blir för tungt för oss, då kommer vi att slita ut oss, och då blir vi sjukskrivna allihopa”. (FHV, läkare)

Här tycks kollegornas inbördes sociala relationer spela en viktig roll. En respondent menar att kollegor är välkomnande i relation till en ”välfungerande” person; chefen hävdar emellertid att man vid behov kan kräva av kollegor att de accepterar en anpassning:

De vill att hon ska komma tillbaka och hon är också välfungerande på alla sätt och då blir det lätt att gå tillbaka och det är avgörande, att man vill. Det är ju inte min förtjänst utan det är att hon fungerar i gruppen och en kollega att räkna med, hon har lika hög status i arbetslaget som alla andra. Hon är inte en person som lägger ut sina problem och privata, utan hon är välfungerande och då ställer kollegorna upp men skulle det vara så att jag behöver peka med hela handen så skulle jag nog göra det. (Arbetsgivare, enhetschef)

Individuella förutsättningar

Bland individuella förutsättningar för lyckade anpassningar finns individens egen inställning. I gynnsamma fall är individen positiv till att komma tillbaka och bidrar aktivt genom exempelvis träning eller egen kompetensutveckling. Det kan också finnas ett motstånd och en rädsla hos personen att inte klara att återgå i arbete, ens på deltid.

Det ju lite längs vägen vad som är möjligt och inte möjligt och ofta är mycket mer möjligt än vad patienterna trodde. Man bygger ju upp något slags rädslmur också när man varit borta länge, att man inte kan och inte ska orka och att man inte är välkommen och ofta har de ju haft effektiva vikarier inne och så som de liksom fattar att jag kan inte matcha mig med dem. (FHV, sjuksköterska)

En företagsläkare noterar även hur människor är olika. Vissa vill bli sjukskrivna för mindre besvär medan andra kan vara så rädda för att bli uppsagda att de håller tyst om sina besvär och inte vågar efterfråga stöd eller åtgärder.

En del av dem är rädda för att de blir uppsagda och vågar inte säga till om sina problem eller begära nånting från arbetsgivaren. De känner att ”nej, arbetsgivaren kommer bara tycka att jag gnäller”. De vill inte ens att man kontaktar arbetsgivaren, och det tycker jag är sorgligt. Det säger också mycket om cheferna, om arbetsgivaren, att medarbetaren är rädd för att säga någonting. Då är det någonting som inte stämmer. Sen finns det en del som tycker att det fungerar bra, som känner att ”ja har jag lite ont här och där, då kan jag sjukskriva mig och då kan jag vara hemma, jag orkar inte jobba”. (FHV, läkare)

Sammantaget samspelar de organisatoriska, sociala och individuella faktorerna och bildar tillsammans de förutsättningar som avgör hur väl arbetet kan anpassas.

Framgångsfaktorer och hinder

Sammantaget lyfts av de olika aktörerna ett antal framgångsfaktorer kring anpassningar, som återspeglar de organisatoriska, sociala och individuella förutsättningar som beskrivits ovan. Tillräckligt med tid och resurser i verksamheten är en viktig organisatorisk förutsättning, liksom långsiktiga och goda relationer mellan medarbetare och chefer och stöd från ledning. En långsiktig och nära relation till FHV tycks också vara en framgångsfaktor för att kunna arbeta med anpassningar som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet, där även FHVs pedagogiska roll i att utbilda och stödja chefer i rehabiliteringsarbete lyfts av respondenter.

Hinder för anpassningar är, följaktligen, för hård arbetsbelastning, chefer som inte vill samarbeta, samt individorienterade medicinska orsaker. Ett förbättringsförslag som nämns av FHV är att de även skulle kunna vara med och undersöka arbetsplatser inför omplaceringar, och sedan följa upp detta.

Ett annat hinder som nämns är oklarheter om vem som har ansvar för initiativ och samordning och strikta ekonomiska ramar som sågs försvåra möjligheter att finna anpassa arbetsuppgifter och finna omplaceringsmöjligheter.

Samverkan mellan arbetsgivaren och företagshälsovården

I detta avsnitt beskrivs hur FHV och arbetsgivare resonerar kring avtal och organisationsformer och hur dessa påverkar samarbetet parterna emellan. Avsnittet bygger på dels intervjuer med FHV och arbetsgivare, dels fokusgruppsintervjuer med enhetschefer i fyra kommuner. Intervjumaterialet har en övertikt på internt organiserad FHV, medan fokusgrupperna endast består av arbetsgivare med externt organiserad FHV. Resultaten bygger på frågor kring hur avtalen mellan arbetsgivare och FHV ser ut och hur de bestämts, hur kontakten med FHV går till och hur det konkreta samarbetet ser ut. I fokusgrupperna med kommunala chefer ställdes frågor om vilket stöd de har i processen att ta hand om långtidsjukskrivna från HR, Försäkringskassan, FHV och facket.

Organisationsform - internt eller externt organiserad företagshälsovård

En central aspekt för vilken typ av avtal och samarbeten som finns mellan arbetsgivare och FHV är huruvida FHV-enheten är intern (t ex en kommun- eller landstingshälsa) eller extern (separata bolag som arbetsgivare köper tjänster ifrån).

Av de intervjuade arbetsgivarna och FHV-representanterna är merparten internt organiserade, vilket innebär en högre andel i relation till hur FHV generellt är organiserat, där externa utförare dominerar. Två av de kommuner där fokusgrupper gjorts med kommunala chefer hade nyligen bytt från inbyggd till extern företagshälsovård. En tredje kommun anlitar både ett externt FHV-företag och ett personalvårdsföretag. Den fjärde kommunen utnyttjar huvudsakligen en extern FHV medan bl.a. arbetsförmågebedömningar köps från ett annat externt företag. Denna kommun hade nyligen avslutat ett ettårigt samarbete ("Sjuk- och friskänmälan") med ett personalvårdsföretag.

De respondenter som har intern FHV har generellt sett avtal där kostnaden för de flesta tjänster regleras centralt. Ansvaret för att ha kontroll över hur mycket tjänsterna används ligger i dessa fall på en annan nivå i organisationen, vilket innebär att det lyfts från den enskilda chefen och inte syns i dennes budget. En organisation kan i dessa fall ha en beställning på ett bestämt antal timmar som fördelas ut på olika förvaltningar eller avdelningar beroende på hur mycket som behövs på respektive enhet. De flesta chefer som beskriver en sådan lösning upplever att detta system innebär att de kan använda de tjänster de behöver utan att reflektera över kostnaden för varje enskild tjänst. En arbetsgivare uttrycker att detta innebär en stor frihet:

Företagshälsovården är inbyggd så det är fritt fram att ringa dit, både som anställd och som chef. Det finns inga begränsningar vad gäller den delen.

Inte förknippat med några debiteringar, interndebiteringar eller något sådant?

Nej, det är det som är det fina. Det är bara att ta kontakt. (Arbetsgivare, HR)

Chefer är generellt sett mycket positiva till denna typ av avtal. Flera nämner att de upplever sig ha fri tillgång till FHV och därmed gärna konsulterar dem. En arbetsgivare med intern FHV menar att en intern finansieringsmodell är viktig för att förhindra att ekonomiska motiv ska styra användandet av FHV-tjänster:

En viktig sak till, på det sättet som vi finansierar detta idag, att jag kanske bara betalar en del, men kan använda mera, det tycker jag känns skönt. [...] Jag behöver inte ha ekonomiska tankar när jag går dit med min personal. [...] Bra att inte tänka pengar.
(Arbetsgivare, enhetschef)

En arbetsgivare som har avtal med två olika FHV-enheter, dels en inbyggd och dels en extern, noterar hur det i relationerna med den externa enheten är mycket tydligare vad varje tjänst kostar, då enheten har bestämda prislister baserat på tid för respektive tjänst, och där fakturan levereras månatligen till respektive förvaltning. Det innebär att kostnaden blir synligare. För att inte chefer ska undvika att köpa enstaka tjänster från FHV har man i detta fall valt att finansiera ett basutbud centralt (t ex kartläggning- och bedömningsamtal). Arbetsgivaren upplever i det här fallet inte att chefer köper mindre enligt denna modell.

En annan arbetsgivare med extern FHV noterar hur ansvaret för att köpa tjänster ligger på den enskilde chefen. Respondenten, som själv är chef, menade att denne är generös i anlitandet av FHV; dock innebär en modell där chefen ska fatta detta beslut att dennes inställning blir avgörande för hur mycket FHV används. I en kommun som nyligen gått från inbyggd till en extern FHV beskriver cheferna i en fokusgrupp svårigheter med att ta ställning till om FHV:s tjänster är kostnadseffektiva:

Det känns hela tiden som man försöker sälja på en nåt. Arbetsprövningskoncept för 15000 kronor så fort man visar upp ett rehabiliterande, det känns väldigt mycket sälj för mig.
(Arbetsgivare, enhetschef)

I fokusgrupperna med kommunala chefer (där samtliga har externt organiserad FHV) nämns kommunernas styrsystem för kostnadsfördelning som ett hinder för användning av FHV. Cheferna berättar hur det tidigare fanns centrala resurser för FHV, medan kostnaderna numera belastar chefernas lokala budget. I ett par kommuner diskuteras hur sådana förändringar kan få betydelse för hur och i vilken utsträckning FHV anlitas. Det förekommer att chefer avstår från att anlita FHV av ekonomiska skäl, trots att man egentligen behöver stöd utifrån.

Jag kan ju se dom här långtidssjukskrivningarna där man tidigare använde Kommunhälsan och psykologen som fanns där. Då såg man ju inte vad det kostade men nu är det väldigt synligt och man försöker begränsa de här träffarna hos psykolog på FHV för att det kostar skjortan. Det finns inte något centralt utan det är enheten som betalar. (Arbetsgivare, enhetschef)

Intervjuerna tyder på att avtalen med externa FHV-enheter ofta baseras på den typ av kostnadsmodell där varje tjänst är prissatt utifrån tidsåtgång och omfattning. I vissa fall upplevs detta som begränsande, då utbudet av tjänster är förbestämt och möjligheten till att i dialog ta fram mer skräddarsydda lösningar är mindre. En FHV-representant beskriver sig dock som nöjd med avtalsformen, eftersom den gör det tydligt vilka tjänster som erbjuds och används:

Ja, det är ju alltså prissatta tjänster vi har.

Allting, alla tjänster finns i prislistan?

Ja, ja.

De [arbetsgivare] kan inte hitta på någon annan?

Nej. (FHV, läkare)

Arbetsgivaren i samma fall menar å sin sida att utbudet är alltför låst, och att de är missnöjda med detta.

I detta avseende kan också noteras hur en FHV-representant anser att HR-avdelningen ibland kan vara ett slags konkurrent, där intervjupersonen antyder att FHV och HR har överlappande intressen kring det strategiska arbetet med arbetsgivaren:

Att företagshälsovården får en mera koordinerad och samordnande roll det tror jag man skulle vinna väldigt mycket på. Idag kan jag se att personalavdelningen kan vara ett hot eller hinder också i det här att man gärna vill sköta mycket. Om det finns en personalavdelning så vill man gärna hålla i detta, kanske spara lite pengar och inte använda sig av företagshälsovården. (FHV, organisationskonsult)

FHV framstår med andra ord inte som den enda möjliga lösningen på arbetsgivares behov av stöd; en utbyggd HR-funktion eller kontakt med personalvårdsföretag kan i vissa fall ersätta FHV som utförare av vissa tjänster, beroende på vilka behov arbetsgivaren har och på vilket sätt de föredrar att organisera försörjningen av dessa tjänster. Medan de arbetsgivare som har utvecklade interna FHV-enheter ofta tycks mycket nöjda med dessa, berättar andra hur de via satsningar på den interna personalavdelningen har ett mindre behov av FHV, och därmed kan begränsa användandet av FHV till rena medicinska tjänster.

Det finns också exempel på externa FHV-enheter som har mera utvecklade avtal med arbetsgivare. I en glesbygdskommun har en FHV-enhet ett brett basutbud där arbetsgivaren fritt kan använda vissa tjänster, där avtalet mera liknar en intern FHV: varje anställd har ett bestämt antal timmar tillgodo medan mera omfattande utredningar kostar extra. I detta fall har utformningen av tjänsterna utvecklats tillsammans med kommunen för att de ska passa verksamhetens behov. Överlag tycks avtal som spänner över längre tid uppskattas av båda parter.

Personalvårdsföretag som komplement till företagshälsovård

I två av fokusgrupperna med kommunala chefer har dessa erfarenhet av personalvårdstjänster, exempelvis ”sjuk- och friskanmälan”, individuellt chefsstöd, akut krisstöd och en tjänst dit anställda kan vända sig dygnet runt med frågor som rör privatlivet. Arbetsgivaren i en av dessa kommuner informerar medarbetarna om möjligheten till personalvård, bland annat vid arbetsplatsträffar, och följer regelbundet upp hur och i vilken mån tjänsten utnyttjas. I denna kommun skiljer sig rutinerna för kostnadsfördelning mellan de olika tjänsterna så att FHV för verksamhetsanknutna frågor belastar respektive enhet medan tjänster från personalvårdsföretaget, som utnyttjas för individuella frågor, betalas vid den centrala budgeten. På frågan om skillnaden mellan personalvårdsföretag och FHV resonerar cheferna på följande sätt:

Vad är skillnaden - vad gör personalvårdsföretaget som inte FHV gör?

Personal kan aldrig ta kontakt med FHV själva för det måste alltid gå via en chef. Varje medarbetare kan själv ta tre kontakter anonymt med [personalvårdsföretaget] utan att jag som chef vet om det, sen ger de en hänvisning att ”vill du gå vidare så behöver du göra si och så” och tips och råd och stöd.

Det blir mer samtalspartner, det andra är ju liksom läkare och sjuksköterskor.

Händer det att [personalvårdsföretaget] slussar vidare sen till FHV?

Nej det kan de aldrig göra, det måste alltid gå via chefen.

Det (FHV) ska vara beställt via chefen i förebyggande syfte, inte ta över vårdcentralen. Vi ska inte betala för det vårdcentralen kan utföra. (Arbetsgivare, enhetschef)

En annan kommun har tidigare anlitat ett personalvårdsföretag, dels för individuell konsultation, dels för ”sjuk- och friskanmälan” med syftet att minska sjukfrånvaron. Samarbetet avslutades efter ett år, men orsaken framgår inte klart av fokusgruppsintervjun. Några argument som framförs är att tjänsten var kostsam och att många medarbetare kände sig överdrivet kontrollerade och reagerade negativt på att ringa en utomstående person som gav ”självklara” hälsoråd i samband med sjukanmälan. Det är oklart i vilken mån denna kommun gjorde uppföljningar av hur tjänsten utnyttjades av medarbetarna.

Betydelsen av kontinuitet, dialog och närhet

Överlag tycks avtal som spänner över längre tid uppskattas av båda parter. En av de fördelar som arbetsgivare nämner med intern FHV är kontinuiteten i kontakten mellan FHV och arbetsplatsen, som innebär att FHV-enheten känner till hur arbetsplatsen ser ut. För externa enheter omförhandlas kontrakt ofta årsvis eller vartannat år, vilket innebär att det är svårare att etablera en långvarig kontakt. I ett fall har en arbetsgivare såväl intern som extern FHV. Beslutet att anlita olika utförare för olika förvaltningar baseras på att vissa förvaltningar har välfungerande långsiktiga relationer med sin interna FHV-enhet som man inte vill bryta. Här spelar således kontinuiteten en central roll.

Avtalet har gått ut nu när det gäller Landstingshälsan, så man håller på att skriva nytt i överenskommelsen. Men det är klart att vi ska fortsätta med landstingshälsan, och man bestämde när vi gick ut och upphandlade inför 2011 att man skulle ha två företag inom företagshälsovården. Det var en politisk diskussion om detta. Man bestämde att man skulle hålla kvar landstingshälsan när det gäller social välfärd för de har varit inne under många år. (Arbetsgivare, HR)

En extern FHV-enhet noterar hur utvecklingen i branschen har gått mot alltmer styckvisa tjänster och allt mindre av regelbundet samarbete mellan FHV och arbetsgivare. Detta betecknas som en brist, eftersom den gemensamma processen uteblir. Externa FHV-enheter med mera omfattande avtal kan ha mera långsiktiga relationer med arbetsgivare där tjänster utvecklas för att särskilt passa arbetsgivaren. En arbetsgivare med extern FHV beskriver ett mycket nära samarbete och att närheten till FHV-enheten är någonting man är beredd att betala extra för. Detta rör sig om en lokal FHV på en mindre ort, där respondenten menar att större FHV-koncerner knappast kan erbjuda ett lika skraddarsytt utbud av tjänster eftersom de saknar den geografiska närheten:

Vi är jättenöjda med samarbetet som vi har med vår företagshälsovård. Vi betalar rätt bra för det. Vi betalar för vi vill ha närheten till dem för det första, vi har dem på ort och ställe. Vi är lite oroliga för de stora företagshälsovårdsjättarna som lovar mycket men kanske håller lite tunnare, mot den här mindre företagshälsovården som vi är väldigt nöjda med. Närheten och även innehållet i det, vi får mycket för våra pengar. (Arbetsgivare, HR)

Att FHV inte finns på orten framhålls som ett problem i en av kommunerna, då det innebär en bristande närhet mellan parterna, vilket försvårar samarbetet:

De har ingen riktigt lokal förankring. Här är en sköterska på plats men annars så sitter man 9 mil bort. Det blir omständligt och långt. Jag upplever att kontakten med vårdcentralen och Försäkringskassan funkar bättre än med företagshälsovården. (Arbetsgivare, enhetschef)

Som en del i den kontinuerliga dialogen nämns också möjligheten att kunna kontakta FHV på ett flexibelt och smidigt sätt, där t ex telefontjänster nämns som positiva:

För mig har det varit ett väldigt bra stöd att ringa och diskutera saker med sjuksköterskor. [...] Jag tycker att vi kan få den hjälpen vi behöver, som är anpassad till vad den personen också behöver. Ja, de har varit väldigt flexibla. (Arbetsgivare, enhetschef)

Representanter för interna FHV-enheter noterar hur samarbetet med arbetsgivare präglas av en nära dialog kring vilken typ av behov arbetsgivaren har, snarare än av vad som ingår respektive inte ingår i avtalet. Samarbetet bygger i dessa fall snarare på ett långsiktigt fortlöpande åtagande och omförhandlas inte. En läkare uttrycker att avtal inte är något som styr verksamheten:

Ärligt talat jag kan inte säga exakt om det finns något avtal, hur det ser ut, det vet inte jag. Jag vet ju privat, då har ju alla olika avtal, eller en del har liknande men man måste alltid gå till avtalet, vad står det att man får göra. Men så...

... så är det inte här?

Så är det inte, nej. (FHV, läkare)

I vissa fall är det tydligt hur den interna FHV-enheten är nära involverad i kommunens arbetsmiljöarbete, där de själva deltar i att ta fram avtal om tjänster som passar kommunen

Det är väl en stor fördel, tycker jag, med att vi är inbyggda. Det är ju att dels sitter jag i förvaltningschefsgruppen, som ju är förvaltningarnas chefer, och vi har också ett nära samarbete med personalavdelningen där jag sitter i deras ledningsgrupp när vi pratar arbetsmiljöprocess och rehabiliteringsprocess. (FHV, VD)

FHV-enheter tycks gärna vilja upprätta denna typ av längre åtaganden, för att på så vis kunna underlätta preventivt arbete, t ex att bli konsulterade vid nybyggnationer eller inköp av utrustning. Detta kräver emellertid att FHV kan visa att preventivt arbete är lönsamt.

Jag tror att det handlar mycket om de relationer vi bygger och dialoger med våra kunder. Jag tror också att om våra kunder hittar sätt att visa på papper eller i pengar vilka kostnader vi pratar om. [...] Om man kunde visa detta på siffror, alltså om vi hade kunnat komma in på ett tidigt stadium med x antal timmar, vad hade det kostat jämfört med utfallet om du räknar med material och sjukfrånvaro? [...] Det handlar mycket om siffror i en verksamhet som nu har mycket sparkrav. Kan man visa det på det viset så har man lättare att sälja in. Det tycker jag inte att vi är så jättebra på. (FHV, VD)

En svårighet som FHV-representanter nämner är att det är komplicerat att ha en långsiktig dialog med arbetsgivare på strategisk nivå, eftersom det kräver legitimitet och mandat. FHV används ofta för specifika tjänster vid behov, medan det är mindre vanligt att involvera dem i strategiska frågor på arbetsplatsen.

Svårigheten är väl någonstans att också ha den legitimiteten i organisationen och också det förtroendet och den relationen så att de här mönstren tas emot på ett bra sätt.

Det kan ju bli känsligt.

Jo, vi behöver hitta lite bättre dialoger, framför allt på den strategiska nivån. På den operativa har vi idag väldigt bra flöden, väldigt tydligt beställaringången hur vi jobbar mot enhetschefer. På den strategiska nivån kan vi förbättra dialogen för vi vill ju också kommunens bästa så det är ett gott syfte, men vi kan ju också se att här är det inte, det här

är bekymmersamt och då kostar det ju väldigt mycket. Och att då ha den relationen så att man orkar lyssna, för många är väldigt belastade idag i arbetslivet över lag. (FHV, VD)

Det bör i sammanhanget poängteras att arbetsgivare har olika inställning till att involvera FHV i preventivt arbete, vilket rimligtvis kan hänga samman med hur beroende arbetsgivaren tycker sig vara av FHV som leverantör av tjänster. Medan vissa utvecklat interna strukturer och rutiner för att hantera rehabiliteringsarbete menar andra att FHV kan spela en viktig roll som partner och expertis på detta område, där positiva relationer och förtroende är centralt:

Vi skulle kunna vara mycket snabbare och få in dem till företagshälsovården men vi börjar jobba mycket mer med företagshälsovården. Det gäller ju också att alla chefer ska veta hur man hittar dit och hur snabbt det ska kunna gå. Vi skulle kunna bli mycket bättre och använda dem på ett helt annat sätt.

Hur skulle man kunna nå dit?

Det handlar om information och det handlar också om relationer. Att man måste skapa förtroendet. Vår hälsa här är på god väg att få det på ett mycket tidigare stadie.

Ni är i en positiv process tycker du?

Ja absolut. (Arbetsgivare, HR)

En annan arbetsgivare nämner som positivt att FHV erbjuder moderna och attraktiva tjänster, t ex yoga, vilket illustrerar hur FHV behöver kunna erbjuda tidsenliga och lättillgängliga tjänster som arbetsgivaren efterfrågar:

De har blivit väldigt effektiva och har hittat på väldigt mycket moderna saker och erbjudanden, i framförallt stress. Det är inte så svårtillgängligt. Det känns jätteskönt att jag har någonting att erbjuda min personal. Det kan vara någon som vill sluta röka och då kan man ringa till kommunhälsan för det finns en ”sluta-rökakurs” där, eller du kan ringa dit. [...] Nu är yogan jättopulär och medicinsk yoga och allting. Det vet personalen om och det tycker de är intressant att testa. Det är inte svårt att få med dem på. Det känns positivt. Det är attraktiva grejer de erbjuder som också på något sätt är bra och hela tiden jobbar med det så man ligger liksom i nutid. (Arbetsgivare, enhetschef)

Betydelsen av tydlighet i relationerna

Flera arbetsgivare noterar hur samarbetet med FHV generellt fungerar bra, och att problem främst uppstår i de fall då beställningen från arbetsgivaren varit otydlig; i ett fall har ett nära samarbete med FHV-enheten inneburit att de kunnat förbättra denna process så att arbetsgivaren får de tjänster de behöver:

Oftast blir det bra, det blir ganska tydligt. Vi vet hur vi ska vidare, vilka åtgärder vi ska göra, om vi ska ha rehab på arbetsplatsen eller om vi ska tänka vidare på andra arbetsuppgifter. [...] Problemet är ju i beställningen, hur vi beställer. Det är det som är svårt, vi måste vara tydliga med vad vi vill ha för någonting. I annat fall blir det inte bra. Det är väl det Kommunhälsan också har blivit bättre på att se vikten att våra beställningar blir rätt. (Arbetsgivare, HR)

En arbetsgivare menar att FHV har blivit bättre på tydlighet under senare tid, men att det fortfarande är ett förbättringsområde:

Det handlar mest om läkarna på företagshälsovården som kan bli ytterligare bättre på att skriva utlåtanden [...] som vi behöver i vår rehabprocess för att utesluta att en person t ex

kan komma tillbaka i ordinarie arbete. De har varit väldigt spretande. De har blivit bättre men nu gör de ofta så att de skickar och ber oss kolla om allt finns med som vi måste ha. Det är mycket de ska göra, läkarna, men stödjande här med att vara tydliga det är egentligen det jag är ute efter. Att vara tydliga med det medicinska så att man vet hur man ska förhålla sig till det också som arbetsgivare. (Arbetsgivare, HR)

Arbetsgivare tycks också uppleva att de får bättre tjänster när FHV samarbetar mer mellan professioner internt. En arbetsgivare beskriver hur FHV i detta avseende har utvecklats:

De har blivit mycket bättre och de samarbetar mycket bättre. De använder varandras discipliner på ett helt annat sätt än vad man gjorde förut. Förut uppfattade man att det var vattentäta skott men nu tycker jag man ser att man har en sammantagen bild. (Arbetsgivare, HR)

Det är flera arbetsgivare som upplever att FHV blivit tydligare och bättre att samarbeta med. En arbetsgivare beskriver hur detta också berör de olika roller som arbetsgivaren och FHV-enheten har, där denne anser att FHV ska sköta medicinska saker och inte lägga sig i det ”arbetsrättsliga”:

De blir bara bättre och bättre. Vi som arbetsgivare kan inte så mycket om medicin. De gör mer jobb med medicin och de lägger sig inte så mycket i det arbetsrättsliga och det gjorde de mycket mera tidigare. Nu är det mer deras roll att komma in och stötta oss vid anpassningar med vad vi behöver göra och vad som är bra, med de bekymmer som personerna har.

De har blivit tydligare i rollerna?

Ja, mycket tydligare. Det har blivit mer och mer tydligt hela tiden. (Arbetsgivare, HR)

Detta tyder på att FHV:s roll blivit alltmer renodlad som en medicinsk service till arbetsgivaren, vilket också syns hos de arbetsgivare som genom att utveckla sina personalavdelningar minskat sitt behov av att anlita FHV.

Framgångsfaktorer och förbättringsförslag

En genomgående framgångsfaktor för det gemensamma arbetet som nämns av såväl FHV-representanter som arbetsgivare är struktur och ordning i sjukskrivningsprocesser, och nära kontakt med FHV. Flera arbetsgivare i materialet upplever att ett nära samarbete med FHV har bidragit till att sänka sjuktalen och förbättrat rutiner för hantering av sjukskrivningar. Generellt ses tydlighet i processer och roller som positivt.

En annan positiv faktor som ofta nämns är dialog och flexibilitet kring utbudet, där lösningar kan skraddarsys efter individens och arbetsplatsens behov, samt möjlighet till snabb kontakt med FHV. Detta innebär såväl att ingången till FHV ska vara snabb när insatser behövs, som att FHV kan bistå med information och vid behov fungera som diskussionspartner.

Geografisk närhet och långsiktighet i avtal nämns också som framgångsfaktorer, vilka underlättar för FHV att få insyn i arbetsgivarens verksamhet. Ett genomgående intryck från intervjumaterialet är att relationen mellan FHV och arbetsgivare är avgörande för hur väl de samarbetar och hur involverad man låter FHV vara i arbetsgivarens interna processer avseende arbetsmiljö, sjukskrivning och rehabilitering. Denna typ av nära samarbete beskrivs särskilt av arbetsgivare med internt organiserad FHV, även om organisationsformen inte alltid tycks vara avgörande – exempel finns även på nära samarbete med extern FHV.

I fokusgruppsintervjuerna med kommunala chefer framkommer en rad hinder och kritiska synpunkter i förhållande till FHV. En aspekt är att enhetschefer har begränsade ekonomiska resurser för att utnyttja FHV:s tjänster optimalt och i vissa fall har svårt att värdera nyttan av de tjänster som erbjuds. Andra hinder är FHV:s bristande tillgänglighet – antingen på grund av långa väntetider eller stora geografiska avstånd - och att FHV inte upplevs som neutral part utan uppfattas stå på patientens sida i förhållande till arbetsgivaren.

Det blir ofta lång väntan innan man får med läkaren i samtalet. [...]. Därför har jag valt att gå ifrån dom för man hamnar i en mycket knepig situation om man sitter där med en person som har höga förväntningar. Då blir arbetsgivaren en bromskloss som inte vill göra sitt yttersta för att dom ska komma tillbaka... (Arbetsgivare, enhetschef)

Det som jag har tyckt ibland har varit svårt när man har suttit på de här rehabmötena är att FHV-läkaren har gått in så mycket i patienten att man inte har sett det ur arbetsgivarens synvinkel. Det har blivit för mycket patientfokusering för det har varit sjukskrivningar som de har haft innan [...]. Vi har haft svårt att sälja in vad vi vill skapa för möjligheter för den här personen att komma tillbaka och där har även Försäkringskassan suttit och gungat i det mötet och det har inte varit riktigt bra alla gånger. (Arbetsgivare, enhetschef)

I slutändan är således tillgången till FHV beroende av de avtal och den organisationsform som upprättas mellan parterna. Materialet visar att arbetsgivare har olika behov och olika inställning till hur detta ska ordnas. Oberoende av detta tycks närhet, långsiktighet, dialog och struktur vara viktiga aspekter.

Arbetsgivarnas och företagshälsovårdens samverkan med andra aktörer

I detta avsnitt redovisas arbetsgivarnas och FHV:s erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, med primärvård, psykiatri och övriga vårdgivare samt med de fackliga organisationerna. Avsnittet bygger främst på individuella intervjuer med arbetsgivare och FHV-anställda, men också på några fokusgruppsintervjuer med arbetsgivare. Dessutom redovisas vad fem intervjuade försäkringskassehandläggare uttryckte angående samverkan med arbetsgivare och FHV. I de individuella intervjuerna med FHV- och arbetsgivarföreträdare ställdes frågor om vilka rehabiliteringsaktörer de samarbetar med, de olika aktörernas respektive roller, vem som tar initiativ till samverkan, vad som fungerar bra respektive mindre bra, hur uppföljning görs och vilka resultat eller effekter som noterats. Fokusgruppsintervjuerna behandlade hur arbetsgivarna arbetar med tidig arbetslivsriktad rehabilitering. Angående samverkan ställdes frågan: ”Vilket stöd har ni i arbetet att ta hand om långtidssjukskrivna: från HR, Försäkringskassan, FHV, fackliga organisationer, eventuella andra aktörer?”. Försäkringskassehandläggarna tillfrågades endast om samverkan med arbetsgivare och företagshälsovård, inte eventuella andra aktörer.

Samverkan med Försäkringskassan

Här redovisas hur intervjuade arbetsgivar- och FHV-företrädare beskriver samverkan mellan företagshälsan och Försäkringskassan samt synen på hur ansvarsfördelningen fungerar i denna samverkan. Vidare redovisas synpunkter från handläggare vid Försäkringskassan om hur samarbetet med arbetsgivarna och FHV fungerar.

Samverkansformer och ansvar

Försäkringskassehandläggarna ägnar mycket tid åt telefonkontakter och avstämningsmöten med berörda parter. Det finns en variation i arbetssätt både mellan olika arbetsgivare och olika FHV-enheter. Hur arbetsgivarnas och FHV:s samverkan med Försäkringskassan sker rent konkret framgår inte av alla intervjuer men det förefaller som om det ofta är FHV som initierar kontakten. Huvuddelen av kontakterna sker genom företagsläkarna eftersom det handlar om sjukskrivningsärenden och försäkringsfrågor men ibland är andra professioner inom FHV med vid möten med Försäkringskassan. Ibland tar Försäkringskassan kontakt, antingen med arbetsgivare eller med FHV, för kompletterande frågor. Vissa arbetsgivare har aldrig kontakt med Försäkringskassan utan FHV:s medverkan, men det finns flera exempel där arbetsgivaren och Försäkringskassan har ett upparbetat eget samarbete, till exempel genom samverkansavtal. En kommun har exempelvis månatliga avstämningsmöten men skickar också kontinuerligt rapporter till Försäkringskassan om sjukfrånvaron. De anställda informeras om att så sker. När Försäkringskassan tar kontakt med arbetsgivaren är det ofta i ett senare skede i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan är oftast med på avstämningsmöten med arbetsgivare och FHV. Formerna för samarbetet mellan FHV och Försäkringskassan varierar, exempelvis fasta mötestider varje vecka eller särskilda tider som kan bokas för möten.

De intervjuade som representerar FHV och arbetsgivare har delade uppfattningar om huruvida ansvaret för samverkan ligger hos FHV, Försäkringskassan eller arbetsgivaren, men framför allt om hur det fungerar i praktiken; vem eller vilka som tar initiativ och hur ansvarsfördelningen fungerar. Resonemangen tyder både på att samverkan sker på olika sätt,

antingen utifrån tidigare personliga kontaktvägar eller typ av ärende, och på viss osäkerhet om vilka rutiner som finns.

Vem tar initiativet till samverkan?

Jag tror att det är vi som tar kontakt (med Försäkringskassan). Det kan vara så att om det är något som behöver kompletteras härifrån så kontaktar de oss. Annars tror jag kontakten kommer härifrån. (FHV, HR)

Vem kontaktar Försäkringskassan?

Egentligen är det ju att man ska ringa till dem som chef men det tror jag fungerar lite si och så. Det beror väl lite på vad man har haft för kontakter och hur det har fungerat tidigare också. De är inte så bra på att ringa så tidigt som de ska göra. (Arbetsgivare, HR)

Flertalet arbetsgivare är medvetna om sitt formella ansvar men svaren visar att de behöver stöd från FHV för att verkställa ansvaret på ett bra sätt.

Var ligger den samordnade rollen?

Den ligger hos Försäkringskassan egentligen, tycker jag.

I tidigare ärenden har ni haft mycket av samordningen?

Vi har tolkat att vi som arbetsgivare har ett stort ansvar att jobba med det här själva och vi tycker att vi fullt ut tar det här ansvaret och då har vi också köpt den tjänsten av företagshälsovården för att få stöd att kunna jobba på det här sättet och ta vårt arbetsgivareansvar. På så vis är de vårt stöd i det arbetet. (Arbetsgivare, HR)

Försäkringskassehandläggarna förefaller ta ett stort ansvar för att koordinationen ska fungera, dvs. att varje aktör gör vad de ska göra. Liksom intervjupersonerna från FHV och arbetsgivarna beskriver emellertid också försäkringskassehandläggarna det som att initiativet till kontakt kan komma från olika aktörer.

Det är faktiskt lite olika men normalt sett så ska ju Försäkringskassan vara den som tar initiativ till att i alla fall träffas och har det s.k. avstämningsmötet. Då ligger det på oss att sammankalla ansvarig chef och kanske en personalkonsult [...] men vi får alltså väldigt mycket impulser från FHV därför att de ser ärendet mycket tidigare. (Försäkringskassan)

FHV kommer i allmänhet in tidigare i fallet än Försäkringskassan och FHV:s medicinska kompetens ger ofta nödvändigt stöd i Försäkringskassans beslutsfattande. Det vanligaste sägs vara att antingen Försäkringskassan eller arbetsgivaren initierar och kallar till avstämningsmöten.

Där är ju FHV bra och hjälpliga och de kan ju, eftersom vi inte är medicinskt kunniga, tolka det som vi får från läkarna. Vi kan inte avgöra vad någon som är reumatiker eller har gjort en höftledsoperation får göra och inte får göra. (Försäkringskassan)

Av intervjuerna framgår inte alltid huruvida det finns samverkansavtal eller ej mellan arbetsgivaren och Försäkringskassan. Samverkansavtal på strategisk nivå kan t ex innebära att arbetsgivaren har fasta kontaktpersoner vid Försäkringskassan, som underlättar kommunikationen, eller att Försäkringskassan, arbetsgivaren och den interna FHV-enheten har nätverksträffar där Försäkringskassan förser arbetsgivaren med aktuell sjukfrånvarostatistik som skickas ut i organisationen.

Vi har en operativ grupp på varje förvaltning. De har en handläggare från Försäkringskassan, en sköterska och en personalkonsult. Så sitter man och går igenom alla nya ärenden och drar sedan igång insatsen. Via projektet har de operativa grupperna träffat alla chefer. Varje operativ grupp för varje förvaltning har gjort en plan. (FHV, VD)

I de fall där det finns samarbetsavtal mellan Försäkringskassan och FHV finns en nära kontakt med god kontinuitet.

Vi kan lättare etablera en kontakt i ett specifikt ärende, mycket lättare.

Försäkringskassehandläggarna betonar att arbetsgivaren har en nyckelroll i det förebyggande arbetet, inte minst när det gäller att uppmärksamma korttidsfrånvaro, och att samarbetet dem emellan är betydelsefullt. Det handlar om att se över möjligheterna att återgå till de tidigare arbetsuppgifterna eller att hitta anpassningsmöjligheter genom att exempelvis avgränsa antalet uppgifter.

Vad vi försöker jobba på är att ansvarig chef ska ta sitt ansvar. Det är egentligen de som ska lämna impulsen till oss så fort det är någon form av sjukdom som kan vara arbetsrelaterad som man tror kan bli långdragen, snabb kontakt. (Försäkringskassan)

Försäkringskassehandläggare samarbetar i första hand med den aktuella arbetsledaren, som kan få stöd av HR-avdelningen, som i sin tur kontakter FHV. Dessa kan exempelvis bidra med att definiera förutsättningar om vilka arbetsuppgifter som är lämpliga ur medicinsk synvinkel medan FK har en sammanhållande funktion. Om sjukskrivningen kvarstår efter 6 månader och arbetsgivaren saknar möjlighet att omplacera kommer Arbetsförmedlingen in i bilden.

Min roll är ju att som spindeln i nätet se att alla rehabinsatser som ska göras knyts samman så medicinsidan gör sitt och tar ställning till om man kan anpassa arbetsuppgifterna eller tiderna eller göra omplaceringar. Jag frågar också vården vilken medicinsk planering de har, och gör det de har möjlighet till. Om man ser att personen har svårt att över huvud taget gå tillbaka till sin arbetsgivare kopplar jag in Arbetsförmedlingen eller socialkontoret. (Försäkringskassan)

Framgångsfaktorer

De flesta intervjupersonerna från FHV och arbetsgivarna beskriver ett i huvudsak bra samarbete med Försäkringskassan. De viktigaste förutsättningarna för en bra samverkan uppges vara goda personliga kontakter, en fungerande och stabil relation med specifika handläggare hos Försäkringskassan och en tydlig struktur för mötestider.

Vi har ju fyra som jobbar specifikt mot kommunens anställda och sedan har vi ett bra samarbete med samordningsansvarig på Försäkringskassan och i det här samverkansavtalet är det avtalat om strategiska möten och gemensam utbildning. (FHV,VD)

Jättebra. Försäkringskassan är bra, vi har en eller två handläggare som vi vänder oss till. De är lättillgängliga och de kommer på möten när man ringer i tid och hjälper till väldigt bra. (Arbetsgivare, enhetschef)

Stabiliteten i relationen med Försäkringskassans handläggare är i vissa regioner beroende av att FHV och arbetsgivaren träffar lokala avtal med Försäkringskassan.

Vi har en lokal överenskommelse med Försäkringskassan. [...] Våra anställda bor i 7-8 kommuner och tidigare var det ju så att man tillhörde den Försäkringskassan där man bor

och arbetar men i den här överenskommelsen samordnar Försäkringskassan alltid, så vi har tre handläggare som jobbar mot oss. (FHV, VD)

Både arbetsgivare och FHV-anställda beskriver hur rehabiliteringsprocessen har blivit tydligare och snabbare och att Försäkringskassan ofta kommer in i ett tidigt skede i samband med arbetsförmågebedömningar.

Det blir en närhet med Försäkringskassan och det går snabbare. [...] Vi träffas kontinuerligt en gång per månad i olika individuella ärenden. (Arbetsgivare, HR)

Jag tror att det delvis är tack vare den här nya rehab-kedjan som det har blivit ett snabbt samarbete för att få ihop det så bra som möjligt. [...] Vi har ett nära samarbete och det känns naturligt att ringa dem, man vet vilka de är och vi träffas regelbundet så det känns bra. (FHV, sjuksköterska)

I en kommun betonas fördelen med de ändrade arbetsformer som innebär att Försäkringskassan har direktkontakt med första linjens chefer i samband med korta tidiga sjukdomsfall medan HR-avdelningen engageras i längre sjukdomsfall.

Försäkringskassan jobbar vi väldigt bra med här i kommunen. De kommer in snabbt. De jobbar direkt mot enhetscheferna i de här korta tidiga sjukdomsfallen. Vi på HR-sidan behöver inte vara inkopplade, de kan lösa detta själva. Oss kopplar de in mycket snabbare när de ser att de kanske behöver en mer övergripande insats. (Arbetsgivare, HR)

Där det finns avtal mellan Försäkringskassan och arbetsgivaren beskriver Försäkringskassan väl fungerande samverkansformer kring rehabiliteringen med fasta kontaktpersoner och återkommande avstämningsmöten tillsammans mellan arbetsgivaren, den sjukskrivne, den inbyggda FHV-enheten och Försäkringskassan.

Om de är sjukskrivna mer än en månad så kommer blanketten till mig. Så fort det blir aktuellt med något slags arbetslivsinriktad rehabilitering på någon som har svårt att gå tillbaka då har vi möten. (Försäkringskassan)

Förbättringsförslag

Både arbetsgivarna och FHV efterlyser ett bättre flöde och mer aktiv samverkan med Försäkringskassan. Då skulle vars och ens kompetens kunna utnyttjas bättre, förståelsen öka för varandras områden och ledtiderna kunna förkortas. Många betonar vikten av att Försäkringskassan är med tidigt i rehabiliteringskedjan, helst innan sjukskrivningen är ett faktum.

Ibland kan det vara ännu snabbare kontakter tidigt i de ärenden som man inte fångar upp direkt utan de som hinner rulla ett tag. [...] Den här utbrändhetsproblematiken är besvärlig och inom kommunen tycker jag att det är många. (FHV, läkare)

Från arbetsgivarhåll framförs önskemål om större flexibilitet från Försäkringskassan i rehabiliteringsärenden, t ex ifråga om förläggning av arbetstiden vid deltidssjukskrivningar.

Försäkringskassan är lite rigid i rehabarbetet. Om man ska fokusera på individen så är ju deras regelsystem ibland så fyrkantigt att människorna inte passar in. [...] Är man sjukskriven 50% ska man jobba fyra timmar varje dag och ibland får man strida sig blå för

att tala om att det inte passar individen. Då lägger man ju schema som passar individen ändå. (Arbetsgivare, enhetschef)

Några förbättringsförslag rör önskemål om tillgång till fler professioner, t ex rehabiliteringskoordinator eller arbetsterapeut, vid rehabutredningar. En FHV-representant anser att man i högre utsträckning borde utnyttja Försäkringskassan för utbildning om rehabiliteringskedjan.

Jag har gått en utbildning till rehabkoordinator inom företagsföretagshälsovården och jag tror att en sådan funktion skulle man kunna ha nytta av i rehabiliteringsarbetet, en som samordnar allting och har kontakten med arbetsgivare och vårdtagare för att samordna. Nu ligger det mycket på läkarna och de resurserna är ju inte oändliga. (FHV, sjuksköterska)

En återkommande synpunkt från handläggarna vid Försäkringskassan är att arbetsgivare – såväl arbetsledare som HR-funktion - väntar alltför länge med att starta rehabutredningar. Det blir därför svårt att hinna genomföra alla steg inom de stipulerade 180 dagarna. Ofta är flera professioner vid FHV inblandade i den arbetsförmågebedömning som krävs innan arbetsgivaren kan göra sin omplaceringsutredning. Den utdragna tiden kan skapa onödig oro hos den anställde, som riskerar att mista ekonomisk ersättning innan Försäkringskassan fattat beslut om fortsättningen. Både kommunens ansträngda ekonomi och svårigheter att hitta alternativa eller anpassade arbetsuppgifter anges som skäl till den långa väntetiden.

En arbetsförmågebedömning innebär att personen ska träffa olika personer, läkare framförallt, och ofta även psykolog eller sjukgymnast innan de bedömer. Sen gör personalsekretären en omplacering och det kan ta upp till två veckor, vilket innebär att ofta har de inte startat i så god tid så att de är klara till 180 dagar även om jag försöker få dem att göra det. Om omplaceringen inte är klar dag 181 då måste jag dra in sjukpenningen och de får gå in och betala någon sjuklön i väntan. Vi ligger inte riktigt i fas här. (Försäkringskassan)

Samverkan med Arbetsförmedlingen

I samtliga individuella intervjuer med företrädare för arbetsgivare och FHV ställdes frågor om vilka rehabiliteringsaktörer de samarbetar med. Däremot ställdes inte alltid specifika frågor om Arbetsförmedlingen, om inte intervjupersonerna själva tog upp det. De intervjuade från FHV rapporterar lite samarbete och har få synpunkter på samverkan med Arbetsförmedlingen.

Arbetsförmedlingen frågar du efter. Där har vi mycket mindre kontakter men såvitt jag vet så börjar de också att smyga sig in som mera aktiv aktör och deras samarbete med Försäkringskassan har blivit mycket tydligare. (FHV, enhetschef)

Även från arbetsgivarhåll framfördes liknande synpunkter:

De borde komma in tidigare. De har inte varit aktiva och det handlar väl egentligen om att det är Försäkringskassan som ska bjuda in dem och det har de inte gjort i den utsträckning som de skulle kunna. (Arbetsgivare, enhetschef,)

I några kommuner lyfter arbetsgivarföreträdare fram samarbetet med Arbetsförmedlingen i samband med omplacering eller avslutande av anställning, där Arbetsförmedlingen informerat om sina möjligheter att stödja medarbetaren under denna process.

Försäkringskassan erbjuder överlämningsmöten med Arbetsförmedlingen och är det i ärenden där inte Försäkringskassan är med, då gör vi det själva. Då bjuder vi in Arbetsförmedlingen och de får informera om vad de kan göra. Det funkar också bra. [...] Vi är väldigt nöjda med det vi gör och vi tycker det går bra som det ser ut nu. Vi har fått igång ett flow. (Arbetsgivare, HR)

Endast ett fåtal av intervjupersonerna från FHV har konkreta erfarenheter av samverkan med Arbetsförmedlingen. Dessa fall rör sig i allmänhet om omplacering eller anställda på väg att utförsäkras, där Arbetsförmedlingen deltagit i gemensamma möten. Flera av de intervjuade saknar Arbetsförmedlingens medverkan i detta arbete. En FHV-representant beskriver en lyckad modell för samarbete med Arbetsförmedlingen kring omplacering:

När vi vet att det antagligen kommer att leda till avslut brukar vi bjuda in Arbetsförmedlingen om personen t ex tycker att det känns jätteskrämmande ”vad händer där borta”, innan de är redo att ta steget. Då har Arbetsförmedlingen här varit bra, de har kunnat komma in och börjat informera. (FHV, VD)

Förbättringsförslag

Flera respondenter, både arbetsgivare och FHV-företrädare, efterlyser ett vidgat samarbete mellan FHV och Arbetsförmedlingen i samband med att anställningar avslutas. Gemensamma möten och förbättrad information till den anställde om Arbetsförmedlingens resurser skulle kunna minska risken för missförstånd och oro hos de berörda individerna. Från arbetsgivarhåll finns önskemål om att Arbetsförmedlingen borde komma in i ett tidigare skede och ge bättre återkoppling i det enskilda fallet innan en uppsägning är ett faktum.

Ibland så finns det ju en risk att anställningen kommer att ta slut. Då hade det varit bra att man, för medarbetarens skull, hade kunnat arbeta upp en kontakt på Arbetsförmedlingen innan. För medarbetaren blir det ett väldigt stort svart hål som jag trampar rakt uti. Hade man då redan haft ett ansikte på någon som man kunde vända sig till så hade det inte kanske varit så skrämmande för medarbetaren. (Arbetsgivare, HR)

Även representanter för FHV skulle vilja ha tillgång till samtalsstöd och information om stödresurser från Arbetsförmedlingen för personer under rehabilitering.

... en liten bro att slussa dom till Arbetsförmedlingen för att se att det finns möjligheter att få hjälp och få stöd där också. [...]Det blir ju en väldigt oro, det är ju en otroligt stor sak för en person att bli utan arbete. (FHV, sjuksköterska)

Samverkan med primärvård, psykiatri och övriga aktörer

Här redovisas synpunkter och erfarenheter från arbetsgivare och FHV om samverkan med primärvård, psykiatri och andra aktörer. I samtliga individuella intervjuer med arbetsgivar- och FHV-företrädare ställdes frågor om vilka rehabiliteringsaktörer de samarbetar med. Det ställdes inte alltid specifika frågor om varje enskild aktör, om inte intervjupersonerna själva tog upp det.

Samverkansformer och ansvar

Kommentarerna angående samverkan med primärvården, psykiatri och andra vårdgivare varierar från positivt till negativt. Denna samverkan beskrivs inte som lika planerad och organiserad som den med Försäkringskassan. Arbetsgivarföreträdare uttrycker mer negativa erfarenheter än FHV-företrädarna. FHV remitterar även till andra vårdgivare, exempelvis privata psykologer, KBT-terapeuter och sjukgymnaster på orten. Det finns också exempel på att arbetsgivare använder andra privata konsulter, utan FHV:s medverkan.

Två av FHV-enheterna betonar sin egen roll i samverkan mellan olika aktörer. Ett exempel är samverkan med forskningsvärlden, bl a FoU-projekt, som bidrar till att den egna personalens kompetensutveckling och till att nya rön snabbt tillämpas i det kliniska arbetet. (FHV, VD)

Framgångsfaktorer

De positiva erfarenheterna verkar i större utsträckning bygga på att enskilda medarbetare har utarbetade personliga relationer med vårdgivare och Försäkringskassan på orten än på fastlagda rutiner inom organisationen.

Fördelen med det mindre samhället eller den mindre kommunen är att vi har nära till varandra och känner varandra mer eller mindre, det öppnar för samsamarbetsformer. Så långt vi kommer överens med våra medarbetare att det är OK så försöker vi ha möten med läkare och sköterskor där, att de är med på rehab-uppföljning. (Arbetsgivare, HR)

Flera intervjupersoner från FHV, som redovisar positiva kontakter med psykiatrin, refererar ofta till egna kontakter dit de remitterar patienter.

Sen brukar vi remittera personer till olika rehabenheter. Det är också bra att man har sina kontakter, så går det lite snabbare. Inom psykiatrin brukar jag remittera till kollegor. (FHV, läkare)

En av arbetsgivarna värdesätter samarbetet med en extern HR-konsult, som uppfattas som en mer oberoende part än FHV, speciellt när det handlar om att avsluta en anställning:

Vid omplacering eller arbetsplatsbyten kan vi koppla in en konsult som vi också har avtal med inom regionen. Det har varit väldigt bra att det kommer in en person från sidan, mer neutral kanske än företagshälsovården, som man har jobbat ihop med i många år. (Arbetsgivare, HR)

Hinder

Arbetsgivarnas negativa erfarenheter från vården handlar i stor utsträckning om tidsbrist, långa väntetider på arbetsförmågebedömningar, bristande kunskaper om samband mellan arbete och hälsa samt dålig kontinuitet med många personbyten.

Kopplingen till arbetet och arbetssituation, den kunskapen har inte riktigt primärvården eller sjukhus. De ser bara till själva sjukdomen och vad det är de ska behandla. De tittar bara på individen. (Arbetsgivare, HR)

Det förekommer även att FHV-representanter uttrycker missnöje över samverkan kring patienter.

Primärvårdsläkaren har inte tid. I några fall [...] har jag varit tydlig med kunden om att det här tänker jag skriva till din läkare. Jag tror det är viktigt att han vet om det för att kunna göra rätt medicinsk bedömning eller om han ska byta medicin och det blir mer tungarbetat. Det tar längre tid och där skulle vi önska att de kanske kunde vara med ibland. (FHV, VD)

Psykiatrin kritiseras för långa väntetider och okunskap om FHV:s roll och arbetssätt. Dålig kommunikation mellan vårdgivarna, Försäkringskassan och arbetsplatsen kan leda till långa väntetider, något som kan få allvarliga konsekvenser för den enskilda individen. Även långa geografiska avstånd kan vara ett hinder.

Det kan vara väldigt svårt att få till ett möte tillräckligt tidigt med psykiatrin. [...] Jag har några aktuella fall där vi har väntat i veckor och till sist blandade vi in företagshälsovårdens läkare. Vi sade att det borde vara ett sådant möte [...] att det är behövligt att samtliga aktörer finns med runt den här personen. (Arbetsgivare, HR)

Förbättringsförslag

Flera FHV-företrädare önskar en större förståelse för FHV:s arbetssätt hos primärvård och psykiatri, vilket skulle kunna underlätta samverkan.

Kanske att det skulle vara mer uttalat vad företagshälsovården gör, för jag tror att många gånger så vet inte primärvården eller psykiatrin riktigt att målet är ett samarbete för individen. (FHV, läkare)

FHV efterlyser även ett mer organiserat samarbete, t ex att FHV och andra vårdgivare deltar i varandras rehabiliteringsmöten.

Vi kan bjuda in dem på rehabmöte, de kan vara skrivande instans, alltså läkare, och sedan kan vi göra planering för återgång i arbete och ha sköterskor som en länk emellan. Vi kan vara på deras rehabmöte när de gör den, eftersom vi vet hur verksamheten fungerar och vad det finns för hinder, vilka resurser individen behöver och om det finns någon möjlighet till anpassning. Då kan vi bjuda in dem. (FHV, sjuksköterska)

Samverkan med de fackliga organisationerna

I samtliga individuella intervjuer med företrädare för arbetsgivare och FHV ställdes frågor om vilka rehabiliteringsaktörer de samarbetar med. Det ställdes inte specifika frågor om samverkan med facket, om inte intervjupersonerna själva tog upp det. I fokusgruppsintervjuerna ställdes frågan: "Vilket stöd har ni i arbetet att ta hand om långtidssjukskrivna: från HR, Försäkringskassan, FHV, fackliga organisationer, eventuella andra aktörer?".

Facket har en tydlig roll i rehabiliteringsarbetet hos flera av arbetsgivarna, både som deltagare i inledande samtal och vid återkoppling. I andra fall framgår inte av intervjuerna huruvida facket är delaktigt eller ej. Några FHV-representanter uppger att de informerar den berörde anställda om möjligheten att ta med sig en facklig representant eller någon annan de

känner förtroende för som stöd, och redovisar också positiva erfarenheter av samarbetet med facket.

Generellt sett tycker jag att det är förvånansvärt bra. De är uppdaterade och så där. Nu har de hört av sig här och jag skulle följa med och ha ett resonemang om hur vi sköter det här med rehabilitering, så de verkar på tårna. (FHV, psykolog)

Generella framgångsfaktorer och förbättringsförslag

När det gäller samverkan mellan alla de aktörer vi behandlat i detta kapitel framträder några generella positiva faktorer och förslag:

De viktigaste förutsättningarna för en bra samverkan förefaller vara upparbetade, stabila personliga relationer mellan individer i de olika organisationerna och fasta rutiner för möten.

Både arbetsgivare och FHV efterlyser en tidig och aktiv samverkan med Försäkringskassan i samband med sjukskrivning och ett vidgat samarbete med Arbetsförmedlingen i samband med att anställningar avslutas. Vidare betonas vikten av förståelse för FHV:s sätt att arbeta från andra vårdgivare, främst primärvården och psykiatrin.

Diskussion

Projektet, som den här rapporten redovisar, syftar till att kartlägga metoder och arbetsätt som används av FHV i arbetet med TAR inom vård- och omsorgsförvaltningar hos kommuner och landsting. De övergripande frågeställningarna syftar också till att belysa hur dessa upplevs av arbetsgivare, anställda och FHV-företrädare. En enkät till FHV samt intervjuer med företrädare för FHV, arbetsgivare, sjukskrivna och försäkringskassehandläggare har genomförts. Resultaten baseras på samtliga dessa informationskällor. Nedan ges en mycket kort, generell sammanfattning varefter de olika huvudområdena (sjukanmälan och kontakter under sjukskrivningsprocessen, arbetsförmågebedömningar, anpassningar av arbetet, samverkan mellan arbetsgivare och FHV, samt arbetsgivarnas och FHVs samverkan med andra aktörer), diskuteras var för sig.

Ett antal framgångsfaktorer har identifierats, och gemensamt för dessa, oberoende av vilket huvudområde det gäller, är en betoning på relationen mellan berörda aktörer och personer. En god relation mellan chef/arbetsledare och den enskilde anställda är av stor vikt för framgångsrik TAR. Detta gäller generellt, men framträder särskilt tydligt vid diskussioner om sjukskrivning och arbetsanpassning. Strukturerade rutiner för sjukanmälan med värnande om kontakten mellan arbetsledaren och den sjukskrivne beskrivs som betydelsefulla. Om den enskilde känner sig välkommen tillbaka till arbetsplatsen och arbetsgruppen underlättar det återgång i arbete.

En nära och god relation mellan FHV och kundföretaget är en tydlig framgångsfaktor för FHVs insatser. En viktig fråga är hur förutsättningar för goda relationer skapas. Här visar resultaten att en väl utvecklad, systematiserad kommunikation, och etablerade, strukturerade arbetsmetoder och rutiner, underlättar relationerna som studerats. Vid exempelvis arbetsförmågebedömningar betonas vikten av att ha en strukturerad beställningsprocess och att arbetsgivarna är tydliga avseende syftet för arbetsförmågebedömningarna. Goda relationer möjliggör också flexibilitet och anpassning till rådande lokala förhållanden och behov.

Dessa faktorer underlättar samverkan mellan arbetsgivare och anställd, mellan arbetsgivare och FHV, samt mellan arbetsgivare, FHV och andra berörda aktörer, som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och andra vårdgivare. För att relationerna inte ska bli alltför beroende av enskilda personer, och riskera att bli kortsiktiga och sårbara, krävs organisatoriska åtgärder i form av strukturerade arbetsmetoder och rutiner. Kontinuitet och långsiktighet i relationerna mellan berörda aktörer framhålls också som avgörande för en framgångsrik samverkan. Flera av de framgångsrika metoder och arbetsätt som identifierats i projektet skulle kunna vidareutvecklas och få större spridning inom FHV, initialt som försöksverksamhet på utvalda enheter.

Sjukanmälan

Resultaten från enkäten samt från intervjuer med representanter för FHV, arbetsgivare och sjukskrivna, ger en samlad bild av erfarenheterna hos olika aktörer i sjukanmälningsprocessen och även i uppföljningen av sjukfrånvaron. Centralt tycks vara arbetsledarens/chefens roll och situation. Det förekommer system där chefen håller nära kontakt med den sjukanmälda och sådana där kontakten är mer otydlig, t ex där man anmäler sjukdom via tjänsten ”sjuk- och friskanmälan” till en telefonsvarare eller till en

person på FHV eller ett personalvårdsföretag. Sjuk- och friskanmälan är en vanlig tjänst som erbjuds av FHV enligt webb-enkäten, men mindre vanlig bland de intervjuades organisationer. Enstaka fall pekar på att sjukfrånvaron kan öka vid användandet av sådana tjänster. Somliga arbetsgivares erfarenheter av tjänsten visar att chefens direkta kontakt med medarbetaren minskade, vilket också minskade möjligheten till kontroll.

För en del ingår tjänsten ”sjuk- och friskanmälan” i avtalet, och för en majoritet av dessa (73 %) var tjänsten, enligt enkäten, kopplad till tidiga rehabåtgärder. Vi kan från andra studier konstatera att insatser där riskpersoner fångas upp tidigt och erbjuds adekvata åtgärder kan vara framgångsrika (25, 26, 28, 29). Att ”sjuk- och friskanmälan” kan kopplas till medicinsk rådgivning och tidiga rehabåtgärder har varit uppskattat av arbetsgivare och FHV-representanter där det fungerat. Kravet är då att det finns adekvat medicinsk kompetens hos den personal som är kopplad till tjänsten så att de kan ge kvalificerade och relevanta medicinska råd, vilket inte alltid upplevts varit fallet.

En förutsättning för en framgångsrik TAR är att arbetsledningen tidigt observerar att en sjukskrivning har uppkommit och då vidtar relevanta åtgärder. En åtgärd är att chefen hör av sig till den sjukskrivne och eventuellt till FHV. Under kontakten med den sjukskrivne kan chefen göra en bedömning om en kontakt med FHV är indicerad redan på detta stadium. Att den sjukskrivne av sin chef då får veta att han/hon är saknad på sin arbetsplats torde i de flesta fall vara positivt för återgång i arbetet och inte innebära att man känner sig övervakad på ett otillbörligt sätt. Erfarenheterna från intervjuerna av de sjukskrivna är att det ibland brustit i kontakten mellan chef och den nyligen sjukskrivne med negativa konsekvenser som följd.

Ett allmänt intryck från intervjuerna är att sjukskrivna fäster stor vikt vid att chefen håller kontakt med dem och ger stöd både praktiskt och emotionellt under sjukfrånvaron. En av de gemensamma nämnarna bland framgångsfaktorerna är, enligt de intervjuade sjukskrivnas beskrivningar, positiva kontakter med chef, arbetskamrater och professionella kontakter från FHV. De sjukskrivna beskriver att det är viktigt att bli lyssnade till, att de möts av förståelse för sina problem och att de problem som finns och lyfts blir tagna på allvar. Det är även viktigt att man ”räknas” som någon som kan utträta något i arbetslaget. Detta kan underlätta för individen att känna optimism, hopp och kampvilja, vilket i sin tur sannolikt kan vara positivt för motivationen att återgå i arbete. Chefens och arbetskamraternas stöd och välkomnande attityd tycks alltså ha ökat viljan att komma tillbaka till arbetet, och är en viktig framgångsfaktor som lyser fram i intervjuerna. Dessa upplevelser som de sjukskrivna beskriver stämmer väl överens med vad som visats i forskningen ha betydelse för återgång i arbete, t ex att en välkomnande attityd från chefen ökar möjligheter för den sjukskrivne att återgå i arbete (98), liksom att ett dåligt bemötande från chefen kan hindra återgång i arbete (99). Även en välkomnande attityd och stöd från arbetskamrater har visats kunna bidra till och möjliggöra återgång i arbete (122).

När de intervjuade sjukskrivna uttrycker missnöje med sjukskrivningsprocessen är det däremot ofta brister på just dessa punkter som lyfts. Då handlar det ofta om brist på kontakt och lyhördhet och i värsta fall om upplevelsen av misstänksamhet från omgivningen. Resultatet har blivit besvikelse, pessimism och utanförskap för den sjukskrivne.

Enligt enkäten får hälften av FHV-enheterna kännedom om nya sjukfall inom två veckor. Flertalet intervjuade sjukanmälda hade blivit kontaktade av sin chef respektive FHV inom en vecka efter att de sjukanmält sig. Det är positivt att flertalet blivit kontaktade tidigt, men olyckligt att några blivit kontaktade först efter en längre tid (veckor) och några inte alls. Bristen på den tidiga kontakten är ett observandum då det allmänt anses vara mycket viktigt

med tidiga kontakter med sjukskrivna (123). Möjligen kan det vara så att de intervjuade sjukskrivna glömt bort att kontakter faktiskt tagits. Kontakterna kan då antas inte ha satt några djupare spår. När det brustit i kontakten från FHV kan det bero på att uppdraget inte tydligt nått FHV eller att FHV har brustit i sina interna rutiner. FHV agerar inte utan att ha ett uppdrag. Uppenbarligen har de intervjuade så småningom ändå kommit i kontakt med sin FHV eftersom de kommit till intervjun via FHV kontakten.

Det saknas forskning om effekten av hanteringen av sjukskrivningar. Däremot finns studier som visat att tidiga och strukturerade åtgärder kan vara framgångsrika vad gäller tidig återgång till arbete och minskad sjukfrånvaro (25, 26, 30-36, 40). Studier visar att kännetecknen för såväl privata företag som kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro är tydliga rutiner för kartläggning och analys av sjukfrånvaro och kontakt med de sjukskrivna (110, 111). En tydlig struktur och rutin som anger när kontakt ska tas, hur den ska tas, vad som ska ingå, och vilka ytterligare åtgärder som ska ske och när kan alltså vara en framgångsfaktor.

Framgångsfaktorer i sjukanmälningsprocessen

En generell framgångsfaktor för att hantera sjukfrånvaro på arbetsplatsen och på HR-avdelningen är ett strukturerat arbetssätt där datoriserade sjukfrånvaroregister ofta nämns som positiva. Dessa strukturerar flöden mellan arbetsgivare och FHV genom att systemen signalerar vid exempelvis upprepad korttidsfrånvaro. Syftet med detta är att tidigt kunna fånga upp potentiella långtidssjukskrivningar. Ett generellt system underlättar för organisationen att hantera alla lika, utifrån de riktlinjer som organisationen formulerat, och riskerar inte att stigmatisera personer som blir föremål för utredningar.

En annan positiv faktor som nämns av många FHV-representanter är utbildning av chefer med fokus på deras roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesser och hur de kan samarbeta med FHV.

Ett nära samarbete mellan arbetsgivare och FHV kring sjukskrivningsprocessen, och att FHV får komma in tidigt i processen, anses av intervjuade representanter för FHV och arbetsgivare i flera fall ha minskat sjukfrånvaron. En aktiv FHV med fokus på proaktivt arbete, i nära samarbete med arbetsgivaren, nämns som en framgångsfaktor för att på ett adekvat sätt arbeta med sjukfrånvarofrågor på arbetsplatsen.

Förbättringsområden

Ett problem i samband med hanteringen av sjukanmälningar är att det lätt kan bli en belastning på cheferna. System och tjänster som minskar belastningen och underlättar arbetet välkomnas därför. Ett annat sätt att stödja chefen, och sjukskrivningsprocessen i sin helhet, är etablerandet av goda rutiner för sjukskrivningsprocessen. "Sjuk- och friskanmälan" var tänkt som en sådan tjänst. Som den vanligtvis utformats har den visat sig ha en del nackdelar, främst den förlorade kontakten mellan anställd och chef, en kontakt som beskrivits som viktig. Här finns således behov av vidareutveckling av tjänsten med bibehållande av fördelarna med tjänsten, men med undvikande av nackdelarna.

Exempelvis skulle tjänsten kunna vidareutvecklas genom att företaget har en policy att chefen alltid efter ett antal dagar ringer upp personen. En utveckling av tjänsten skulle också kunna vara att den som är sjuk kan nå FHV via olika kanaler (SMS, telefon, e-post). Om personen har ett förstadagsintyg finns det sannolikt angivet i FHV:s system och då kallas personen enligt fastställd rutin. Det kan också finnas uppgjorda rutiner med arbetsgivaren om att FHV äger rätt att kalla personen för en kartläggning när han eller hon varit sjukskriven vid fler än exempelvis fem tillfällen under ett år, eller vid fler än tio dagar. Enligt förslaget skulle man till grundtjänsten koppla olika rehabåtgärder i samband med upprepad korttidsfrånvaro och att det sedan finns resurser för att göra något för dem som bedöms behöva ytterligare åtgärder. I tjänsten kan också en överenskommelse göras om vilken typ av råd som ska ges, och att detta är något som överenskommes med aktuellt kundföretag för att råden och bemötandet ska gå i linje med organisationens policy och rutin i övrigt.

Även en omvänd modell är tänkbar, där den sjuke först kontaktar chefen, som sedan skickar kontakten vidare till FHV som ringer upp personen för registrering och medicinska råd. Detta innebär dock en större belastning på chefen, som både ska ta emot samtal från den enskilde och skicka kontakten vidare till FHV. Det skulle också vara möjligt att organisationen själv hanterar sjuk- och friskanmälan, samlar statistik över detta och först senare i processen anlitar FHV för mer kvalificerade kartläggningar och åtgärder, enligt fastställda rutiner.

Ett sätt att ytterligare stödja chefen och systemet i sin helhet är att använda sig av välfungerande IT-stöd. Olika sådana finns etablerade inom branschen. Projektet har inte närmare studerat för- och nackdelar med dessa. En utvärdering av användbarheten av sådana lösningar skulle möjligen vara till hjälp inför FHV-enheternas val av lämpligt IT-system.

Arbetsförmågebedömningar

FHV beskriver både i enkäten och i intervjuerna att de främst använder metoder för funktionsbedömning, och bland dessa i störst utsträckning metoder för bedömning av fysisk funktion, för att bedöma arbetsförmåga inom ramen för TAR. Dessa metoder syftar till att kartlägga individens funktion utan att ställa denna funktion i relation till arbetets krav. Metoder för bedömning av i arbetstagarens förmåga i relation till de krav som ställs i dennes arbete nämns i mindre omfattning. Bland sådana metoder nämns SASSAM i störst utsträckning. Metoden har dock inget tydligt fokus på arbetets krav, utan har ett bredare perspektiv genom att undersöka hinder och resurser, hos individen och i hela dennes omgivning, för att kunna arbeta (se faktaruta 1). Den är också helt baserad på individens egen tolkning av situation. TIPPA är den metod som i särklass nämns av flest FHV-representanter. Instrumentet används av sjukgymnaster/ergonomer och är utvecklat för att bedöma funktion och aktivitet hos personer med långvarig smärtproblematik (se faktaruta 1). Förutom att kopplingen till vilka krav som ställs på individen i arbetet saknas, kan det även ifrågasättas om detta är en lämplig metod att använda tidigt i en rehabiliteringsprocess, eftersom den är utvecklad för långvarig smärtproblematik. WAI, som är ett instrument som är utvecklat specifikt för FHV och är vetenskapligt testad, nämns i mycket liten utsträckning (se faktaruta 1).

Ett sätt att bedöma arbetsförmåga kan vara att kombinera funktionsbedömningar med information om arbetets krav, som inhämtas på andra sätt. I intervjuerna beskrivs att

bedömningar av arbetets krav endast i begränsad utsträckning utförs av FHV. Arbetsplatsbesök görs heller inte generellt i samband med arbetsförmågebedömning. Information om kraven i arbetet inhämtas ofta från arbetsgivarna, t ex genom att de tillhandahåller en mer eller mindre strukturerad arbetsbeskrivning. Information om kraven kan även inhämtas i dialog med arbetsgivaren, t ex vid gemensamma möten. Vid sådana möten bidrar ibland även arbetstagaren till denna information. FHV:s funktionsbedömning stäms sedan av mot denna information om arbetets krav. Representanter för interna FHV-enheter menar att de ofta redan har en ingående kunskap om arbetsplatserna och därför inte behöver göra arbetsplatsbesök för att bedöma arbetskraven. Kritik kan riktas mot dessa arbetsätt, då det förmodligen inte alltid räcker att ha information om arbetets krav baserat på en arbetsbeskrivning, som ofta är gemensam för all personal hörande till en viss personalkategori (t ex en sjuksköterska på kirurgavdelning), eller att ha generell kunskap om förhållandena på en arbetsplats. Bedömningar kan också behövas av den individuella arbetstagarens funktion i dennes specifika arbetsuppgifter, i den specifika arbetsmiljön samt under de specifika arbetsförhållanden han/hon befinner sig i. Dessutom kan arbetstagaren behöva följas i arbetet över tid, eftersom arbetsförmåga, eller nedsättning av arbetsförmåga, ofta är dynamisk till sin karaktär och kan variera över tid (124) och brist på uthållighet kan vara en del av problematiken. Även arbetsmiljön och förhållandena på en arbetsplats är föränderliga. En fråga är också hur det blir med helheten i bedömningarna om en aktör gör bedömningen av arbetets krav, och en annan gör bedömningen av individens funktion.

Att FHV främst använder metoder för funktionsbedömning, och sällan gör egna bedömningar av kraven i arbete ute på arbetsplatserna, är förvånande då FHV brukar utpekas som den rehabiliteringsaktör, som i jämförelse med andra aktörer, har störst möjlighet att göra bedömningar på och av arbetsplatsen. I andra studier har framkommit att primärvårdens olika professioner uttrycker svårigheter med att utföra bedömningar av arbetsförmåga. Detta gäller särskilt primärvårdsläkarna vid utfärdandet av medicinska intyg som underlag för sjukskrivning (125-128). En svårighet är att man saknar information om patientens arbete (129). Läkarna förlitar sig i sina bedömningar primärt på information om arbetet som ges av patienten (127, 128, 130). I en svensk studie av erfarenheter av arbetsförmågebedömning bland läkare med olika specialiteter, var det enbart FHV-läkarna som inte upplevde brist på kunskap om patienternas arbetsförhållande (127). I en holländsk studie, där sjukskrivna på grund av mental ohälsa intervjuades om sina kontakter med och åtgärder vidtagna av primärvårds- och företagsläkare, visades att företagsläkarna i mycket större utsträckning frågade de sjukskrivna om deras arbetsförhållanden jämfört med primärvårdsläkarna (104). Företagsläkarna gav ibland också råd om, eller initierade, anpassningar av arbetet samt kontaktade arbetsgivaren, medan primärvårdsläkarna nästan aldrig vidtog sådana åtgärder. De problem som primärvården rapporterar borde FHV sålunda ha större förutsättningar att kunna hantera, då man har kunskap om och ofta tillgång till arbetsplatserna. Anledningen till att FHV i så liten utsträckning besöker arbetsplatser vid arbetsförmågebedömningar framkommer inte i intervjumaterialet, men en kvalificerad gissning är att arbetsgivaren inte vill betala extra för detta.

Både resultaten från denna studie, och de studier av bedömningar av arbetsförmåga inom primärvården som nämnts ovan, tyder på att det biomedicinska perspektivet fortfarande dröjer sig kvar bland rehabiliteringsaktörer, och att det relationella, där arbetsförmågebedömningar relateras till arbetsförhållanden, fortfarande inte fått genomslagskraft (se Bedömning av arbetsförmåga, sid 17). I den vetenskapliga litteraturen finns konsensus om att arbetsförmågan ska betraktas som ett relationellt begrepp och ska bedömas i relation till de krav som arbetet ställer, antingen kraven i ett specifikt arbete eller generella krav som normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden ställer (9). Problem

med det biomedicinska perspektivet är att nedsatt arbetsförmåga inte enbart bestäms av medicinska faktorer (131-133). Även icke-medicinska faktorer, såsom fysisk och psykosociala arbetsförhållanden, kompetens och motivation har visat sig ha betydelse för om en person med nedsatt funktion blir sjukfrånvarande eller återgår till arbete från en sjukfrånvaro (134-136). Ett speciellt arbetsförhållande som visat sig mycket betydelsefullt för arbetsförmåga är om individen har möjlighet att anpassa arbetet vid ohälsa, s.k. anpassningsmöjligheter (52, 53, 91, 137). Att FHV sällan använder metoder som bedömer individens förmågor i relation till krav i arbetet, stämmer också väl överens med en nyligen publicerad litteratursammanställning om användning av arbetsförmågebedömningar inom arbetslivsinriktad rehabilitering, som visar att dessa sällan inkluderar bedömningar av arbetet (138). Man pekar också på behovet av metodutveckling på detta område.

En anledning till den stora användningen av metoder för funktionsbedömning skulle kunna vara att FHV inte har tillgång till metoder för arbetsförmågebedömningar. Några av de intervjuade FHV-representanterna efterlyser sådana metoder som är anpassade till FHV:s verksamhet och uppdrag. Det framkommer inte i intervjuerna vad som är anledningen till denna brist på tillgängliga metoder. Möjliga förklaringar skulle kunna vara brist på kompetensutveckling och möjligheter att inhämta kunskap om nya metoder inom FHV, och/eller att man anser att de metoder man stött på är för tidsödande och därför inte säljbara till kunderna. Utbudet av sådana metoder, beskrivna i litteraturen, är dock begränsat (se Bedömning av arbetsförmåga, sid 19), men det finns en del metoder som skulle kunna integreras i FHV:s tjänsteutbud. Några av dessa metoder nämns inte alls, eller i begränsad utsträckning, av FHV-enheterna som deltagit i denna studie.

I intervjuerna och enkäten framkommer att team- och multiprofessionella bedömningar är vanligt förekommande inom FHV. Multimodala och multidisciplinära rehabiliteringsinsatser har i ett flertal studier visat sig vara effektiva för återgång i arbete, t ex (36, 139). Detta kan tänkas vara av extra stor vikt vid bedömningar av arbetstagare med komplex problematik och komorbiditet.

Arbetsförmågebedömningar kan göras med olika syften och olika motiv. De motiv som nämns i intervjuerna av FHV-representanter och arbetsgivare är att bedömningar görs som underlag för sjukskrivning, för lämpliga anpassningar av arbetsuppgifter och arbetsplats, för omplacering inom organisationen, samt i övertalande eller legitimerande syfte inför avslutande av en anställning. Man skiljer framför allt på bedömningar till Försäkringskassan, dvs. intyg som underlag för sjukskrivning, och bedömningar som underlag till arbetsgivaren för att denne ska kunna gå vidare i sin rehabiliteringsprocess. Det vanligaste tycks vara bedömningar på beställning av arbetsgivaren, där bedömning av individens arbetsförmåga görs i relation till arbetets krav. Att de intervjuade uttrycker att bedömningar vanligtvis görs i relation till arbetets krav kan tyckas stå i motsats till att de metoder man nämner vid namn framför allt är metoder för funktionsbedömning. Dock kan, som redan diskuterats, funktionsbedömningar kombineras med information av arbetets krav inhämtade på andra sätt.

Bedömningar av arbetsförmåga kan, förutom i relation till krav i individens befintliga arbete (s.k. specifik arbetsförmåga), även göras i relation till hela arbetsmarknaden (s.k. generell arbetsförmåga) (48). Enligt rehabiliteringskedjan ska den generella arbetsförmågan bedömas efter sex månaders sjukskrivning; när man uttrönt alla möjligheter till anpassning av det befintliga arbetet. I intervjuerna uppger FHV-representanterna att bedömningar främst görs i relation till det befintliga arbetet, och i liten utsträckning mot hela arbetsmarknaden. Det anges att man saknar kompetens att göra bedömningar av generell arbetsförmåga. Det kan också tänkas att arbetsgivarna är mindre intresserade av denna tjänst. När det gäller sådana

bedömningar har Försäkringskassan, inom ramen för ett regeringsuppdrag, tagit fram en metod för bedömning av generell arbetsförmåga efter sex månaders sjukskrivning kallad Aktivitetsförmågeutredning (AFU) (140). Ett pilotprojekt pågår sedan 2013 där Försäkringskassan beställer medicinska utredningar, som utgör en del av AFU, från olika landsting. Själva bedömningen görs av Försäkringskassan genom att relatera dessa utredningar till övergripande kravprofiler för olika yrken på arbetsmarknaden. FHV har unik kunskap om och erfarenhet av arbetsförhållanden och krav i olika arbeten, och skulle kunna vara en resurs för Försäkringskassan.

I intervjumaterialet kan tre olika modeller urskiljas för hur ansvaret fördelas mellan FHV och arbetsgivaren vid arbetsförmågebedömningar. Den vanligaste formen är att arbetsgivaren beställer bedömningar från FHV och bidrar med en arbetsbeskrivning. En annan modell är att bedömningen sker i samverkan och dialog mellan FHV och arbetsgivaren. I intervjuerna beskrivs exempel på metoder där man tillsammans har utvecklat en struktur för detta arbete. En tredje variant är att arbetsgivaren gör egna arbetsförmågebedömningar utan FHVs stöd. Arbetsgivaren har i dessa fall utvecklat egna metoder och strukturer för arbetsförmågebedömningar. Dessa exempel kommer alla från vård- och omsorgsförvaltningar i storstadsregioner. Ibland används FHV som medicinsk expertis i dessa bedömningar och ibland används FHV i mer komplicerade ärenden när arbetsgivaren inte tycker att primärvården räcker till. Det finns exempel på FHV som gör egna arbetsförmågebedömningar parallellt med arbetsgivarens bedömningar.

Framgångsfaktorer

En framgångsfaktor som särskilt lyfts fram av FHV, och som är ett område där FHV efterlyser förbättringar, är att arbetsgivarna är tydliga i sina beställningar av arbetsförmågebedömningar. FHV vill att syftet med bedömningen är specificerat, att det framgår vad arbetsgivaren tänkt använda bedömningen till och vilka frågor bedömningen ska besvara. Som beskrivits i bakgrunden (sid 18), så bör syftet med en arbetsförmågebedömning styra valet av metod, omfattning och vilka professioner som utför bedömningen. Det finns inte *ett* enda instrument som kan användas för alla syften. FHV-intervjuerna pekar också på att ett tydligt syfte och användningsområde minskar risken för att bedömningar används i andra syften än de som FHV avsett när bedömningen gjordes. Några av FHV-representanterna uttrycker att de upplever en etisk problematik med att göra arbetsförmågebedömningar. Man beskriver fall där bedömningar använts av arbetsgivaren som underlag för att säga upp arbetstagaren utan att detta motiv varit tydligt från början. I sådana situationer upplever FHV att det blir svårt att fungera som en neutral part och att företräda både arbetstagarens och arbetsgivarens intressen. FHVs etiska problematik med att ha flera roller har beskrivits av andra (141-143). Tre olika roller har skildrats: att vara patientens advokat, medicinsk expertis gentemot sjukförsäkringen, samt stöd åt arbetsgivaren (där man är styrd av avtalet med kundföretaget och betalas för tjänster som beställs). En tydlig frågeställning från arbetsgivaren kan vara ett sätt att markera att FHV inte kan ansvara för bedömningens konsekvenser. Samtidigt är man medveten om att det kan vara svårt för arbetsgivaren att redan vid beställningen av arbetsförmågebedömningen avgöra om den anställda kan fortsätta arbeta i sin anställning eller ej.

Tydlighet efterfrågas även av arbetsgivarna; dels vill de ha enkla och ej mångtydiga bedömningar, dels vill de ha tydliga rekommendationer om vad bedömningen bör resultera i, t ex vilka åtgärder som bör genomföras för att den sjukskrivne ska kunna återgå i arbete. Arbetsgivarna önskar också att FHV i detta sammanhang tydliggör vad de kan hjälpa och stödja arbetsgivaren med vad gäller dessa åtgärder, t ex kring anpassningar av arbetet. Detta

överensstämmer väl med att FHV beskriver att de i hög utsträckning medverkar vid anpassningar samt att de uttrycker sin roll som rådgivande, motiverande och stödjande vad gäller anpassningar (se nästa avsnitt). Ett önskemål uttrycks från FHV om att bli bättre på att följa upp vad arbetsförmågebedömningarna resulterar i. Att få feedback på resultaten kan vara ett sätt att förbättra arbetet med att bedöma arbetsförmåga, t ex tydligheten i beställningsprocessen och åtgärdsförlagen samt hur stödet till arbetsgivaren i att genomföra dessa utformas.

Att ha en strukturerad beställningsprocess kring arbetsförmågebedömningar lyfts fram i intervjuerna som ett framgångsrikt arbetssätt. Exempel på detta är uppdragsdialoger mellan chef och FHV kring arbetsförmågebedömningar, att arbetsgivaren anger tydliga frågeställningar för bedömningen, att arbetsgivaren tydliggör för arbetstagaren vad syftet är med bedömningen samt att man har rutiner för hur och när FHV kopplas in. Som framgångsfaktor lyfts också att arbetsgivaren är involverad i att bedöma arbetets krav. Att arbetsgivaren är involverad i arbetsförmågebedömningar, och att dessa inte överläts åt FHV, är i linje med lagstiftningen om rehabilitering som är tydlig med att arbetsgivaren har ansvar för rehabilitering av sina anställda (10, 14, 15). Det finns även starkt stöd i tidigare studier för att chefen har en betydelsefull roll i processen för sjukskrivnas återgång i arbete (79, 144).

Förbättringsområden

Ett önskemål som framförs av både FHV och arbetsgivarna är en ökad tydlighet vid arbetsförmågebedömningar. FHV vill ha tydligare beställningar av arbetsgivaren, med tydligt angivna syften och att det tydligt framgår hur bedömningarna ska användas. En tydlig beställning menar man underlättar FHV:s arbete med bedömningen och minskar risken för att FHV hamnar i etiska konflikter, som kan uppstå i situationer där FHV:s bedömning används som underlag för uppsägning. Ett tydligt syfte vid beställningen underlättar också val av metod och ansats för bedömningen. Arbetsgivarna efterfrågar tydligare bedömningar av arbetsförmåga samt tydligare rekommendationer utifrån bedömningarna om åtgärder som bör genomföras för att den sjukskrivne ska kunna återgå i arbete. FHV vill också bli bättre på att följa upp och utvärdera sina genomförda bedömningar och vilka åtgärder som vidtas som följd av bedömningarna. Detta skulle kunna vara en naturlig del av FHV:s interna kvalitets- och utvecklingsarbete.

FHV efterlyser bättre metoder för arbetsförmågebedömningar; metoder som bedömer individens förmågor i relation till de krav som ställs i individens nuvarande arbete och som är anpassade till FHV:s verksamhet och uppdrag. Utbudet av denna typ av metoder är begränsat, men av dem som finns att tillgå nämns några inte alls, eller i begränsad utsträckning, av de deltagande FHV-enheterna. Det finns sannolikt ett behov av kompetensutveckling för att FHV-personal ska få ökad tillgång till de metoder som finns samt en ökad kunskap om *när* olika metoder är lämpliga att använda. På detta område behövs även metodutveckling och vetenskaplig utvärdering av sådana metoder (138).

Anpassningar av arbetet

Möjligheterna att återgå till arbete vid ohälsa eller sjukskrivning påverkas i hög grad av möjligheten till anpassningar av arbetet, där tidigare studier visat att detta har stort inflytande på arbetsförmåga och sjukfrånvaro (37, 38, 52, 79, 145). Det har påpekats av Inspektionen för socialförsäkringen (11) att arbetsplatsbaserade åtgärder har en mer positiv effekt på återgång i arbete än andra åtgärder inom arbetslivsinriktad rehabilitering; forskningen visar

således att arbetslivsinriktad rehabilitering har bäst effekt om den sker i arbetet, och främst genom anpassningar.

FHV beskriver att de i hög utsträckning medverkar vid anpassningar av arbetet i samband med TAR, där de vanligaste åtgärderna är anpassning av arbetsuppgifter, arbetsplatsens utformning, schema och arbetstid samt införande av hjälpmedel. Arbetsorganisatoriska åtgärder och byte av arbetsplats nämns mer sällan. De anpassningar som nämns av FHV och arbetsgivarna kan också indelas i ergonomiska anpassningar, dvs. anpassningar av den fysiska miljön, och anpassningar vid psykosociala besvär. De som nämns i störst utsträckning är de ergonomiska. Anpassningar vid psykosociala besvär nämns mer sällan och både FHV och arbetsgivare uttrycker att det är svårt att göra anpassningar vid sådana besvär. De anpassningar som nämns för denna grupp handlar i stor utsträckning om anpassningar av arbetstiden, dvs. att man minskar exponeringen för individen. Anpassningar av arbetsuppgifter och arbetsmiljö nämns mer sällan. Det finns också mindre forskning om anpassningar för denna grupp. Med tanke på sjukskrivningsmönstren finns det ett stort behov att beforska vilka anpassningar sjukskrivna med psykosociala besvär behöver för att återfå arbetsförmåga.

Resultatet från denna studie pekar på ett antal nödvändiga förutsättningar för anpassning av arbetet på organisatorisk, social och individuell nivå.

De organisatoriska förutsättningarna är viktiga, där flera respondenter från såväl arbetsgivare som FHV nämner att utrymmet för anpassningar blir allt mindre i takt med att organisationer blir mer slimmade och arbetet blir allt mer intensivt. Även i de fall då chefer beskriver att hög arbetsbelastning gör anpassningsmöjligheterna begränsade, menar flera respondenter att de ofta anstränger sig att anpassa så mycket som möjligt, vilket också bekräftas av FHV-personal. Detta kan både beröra ändringar av arbetsuppgifter (lättare arbete) och justering av arbetstid. Här skiljer sig troligen förutsättningarna mellan olika arbetsplatser. Det bör också tas i beaktande att olika yrken i sig har olika anpassningsmöjligheter (91, 93). I vissa fall har även byte av arbetsplats varit en åtgärd som uppskattats av sjukskrivna.

På den organisatoriska nivån spelar avtalsformer mellan arbetsgivare och FHV roll för hur mycket arbetsgivare blandar in FHV vid anpassningar. I de fall FHV har en roll i detta arbete påpekar de att de har en rådgivande roll och att de aktar sig för att ordinera arbetsgivaren att genomföra åtgärder. FHV betonar att det är arbetsgivaren som har det främsta ansvaret i rehabiliteringsprocessen. Förslag till anpassningar bör vara förankrade hos ledningen, och vara baserade på de möjligheter till anpassning som arbetsgivaren har. Vikten av att chefen medverkar i anpassningsarbetet har även noterats i tidigare studier (79) och det har även poängterats att arbetsgivaren ofta har sista ordet avseende om en person ska få anpassningar eller ej (144). FHV:s personal lyfter istället gärna fram sin potentiellt pedagogiska roll i relation till chefer kring hur de kan arbeta med rehabilitering och anpassning.

Sociala förutsättningar för att kunna anpassa arbetet involverar relationer mellan FHV, chefer och kollegor och positiva kontakter framstår som centrala; relationen med chefen är viktig, där denne bör tydliggöra att den sjukskrivne är välkommen tillbaka och är behövd, vilket också visats i tidigare studier (t ex (98)), liksom att ett dåligt bemötande från chefen kan hindra återgång i arbete (99). Relationen tycks ha en betydelse för viljan att anpassa arbetet för den sjukskrivne, vilket kan ifrågasättas. Det är viktigt att anpassningsåtgärder inte bygger på personliga relationer utan på organisationens policy och rutiner. Att anpassade arbetsuppgifter för den deltidssjukskrivne, t ex genom minskad belastning, ökar arbetskamraternas bördor (t ex (146)) verkar inte vara en vanlig uppfattning bland de

sjukskrivna själva. Att detta kan vara ett potentiellt problem lyftes desto oftare av arbetsgivare, vilket kan tyda på att dessa är medvetna om detta och därmed lyckas hantera dessa situationer på ett acceptabelt sätt. Arbetsgivarna poängterar dock att anpassningar som regel alltid är tidsbegränsade, och att detta är viktigt att klargöra när dessa motiveras för medarbetarna, då varaktiga anpassningar anses svåra att genomföra. I forskningsprojektet Hälsa och framtid i kommuner och landsting (HOFF) (111) fann man att i kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro betonas vikten av att arbetsgivaren, tillsammans med den sjukskrivne, förbereder arbetsgruppen på villkoren för medarbetarens återkomst till arbetet; såsom om det sker med anpassade arbetsuppgifter och på hel- eller deltid. De sjukskrivna som intervjuades i föreliggande studie uttrycker upplevelsen att arbetskamraternas stöd och välkomnande attityd ökade viljan att komma tillbaka till arbetet, vilket också har visats i tidigare studier (122).

Individuella förutsättningar för anpassning berör såväl den egna inställningen som det medicinska tillståndet. En motiverad person, där det medicinska tillståndet möjliggör återgång i arbete, kommer rimligen ha utbyte av en anpassning av arbetet. Flera sjukskrivna uppger i intervjuer att FHV:s insatser ger en förhoppning om en hållbar arbetsförmåga och de uppskattar generellt sett de anpassningar de får, oavsett om de handlar om anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifterna eller arbetstiden. Detta antyder att FHV upplevs ge ett gott bemötande, vilket tidigare studier har påpekat förstärker positiva känslor hos de sjukskrivna. Detta kan i sin tur påverka motivationen och förmågan att återgå till arbete (t ex (147, 148).

Förbättringsområden

Överlag har FHV:s insatser varit högt uppskattade av de sjukskrivna och de har troligen i flera fall varit effektiva för att främja återgång i arbete. Resultatet visar att FHV ofta tycks ha en strävan att arbeta mera preventivt genom mer långsiktiga samarbeten med arbetsgivare, vilket skulle kunna minska behovet av anpassningar (t ex genom att arbetsplatsen utformas på ett ergonomiskt korrekt sätt redan från början). I samklang med detta betonar FHV-representanter vikten av att inte bara arbeta på individnivå med anpassningar, utan gärna parallellt med insatser som kommer hela arbetsgruppen till del. Exempelvis kan ett sjukfall vara ingången till att beteendevetaren arbetar med konflikthantering i en arbetsgrupp och att ergonomer utbildar i mer skonsam arbetsteknik eller ändrar utformningen av en arbetsstation för en arbetsgrupp.

Möjligheterna till denna typ av samarbete med arbetsgivaren är sannolikt beroende av de avtal som finns mellan FHV och arbetsgivare. FHV-representanter beskriver i flera fall där det finns ett långsiktigt samarbete, hur de har en kontinuerlig dialog kring arbetsgivarens systematiska arbetsmiljöarbete.

Det behövs också en ökad kunskap kring vilka anpassningar som är värdefulla för personer med olika diagnoser, och där framförallt kunskapen om anpassningar vid psykisk ohälsa.

Samverkan mellan arbetsgivare och företagshälsovården

I projektet ingick både intervjuer med arbetsgivare som anlitar interna respektive externa FHV-enheter. Vissa mönster framträder som kan ha just med den interna eller externa organiseringen av FHV att göra. Av de kommunala chefer som ingår i studien hade flera haft tidigare erfarenhet av intern FHV som sedan gått över till extern. Dessa chefer upplevde som regel att användandet hade förändrats; i takt med att kostnaden blir tydligare drar sig chefer för att anlita FHV av ekonomiska skäl. Chefer lyfter också fram som positivt

att kostnaden för FHV-tjänster läggs på en central budget snarare än på respektive enhetschef, då det senare antas leda till mer restriktiv användning av FHV. I ett kortsiktigt perspektiv kan högre chefer förmodas tänka tvärtom, att det är bra att kostnaden ligger på den enskilda chefen så att denne beställer tjänster från FHV med viss återhållsamhet. Det bör noteras att i föreliggande studie endast chefer med intern FHV nämner en centraliserad budget för FHV-tjänster, även om det är möjligt att denna typ av lösning också kan finnas hos arbetsgivare med extern FHV, liksom att arbetsgivare med intern FHV kan placera kostnaden för FHV-tjänster direkt på enhetschefer.

Chefer lyfter även fram betydelsen av en långsiktig relation mellan arbetsgivaren och FHV-enheten. Flera FHV-representanter menar att en nära relation underlättar ett samarbete även kring preventiva åtgärder. I detta material är det främst arbetsgivare med internt organiserad FHV som beskriver ett sådant nära samarbete och det är rimligt att anta att interna enheter har goda förutsättningar att tillgodose sådana önskemål. Dessa arbetsgivare hävdar att tillgången till FHV är god och att utformningen av tjänster utvecklas i dialog med FHV-enheten. De anser även att långsiktigheten och den geografiska närheten, som en intern FHV innebär, ger positiva effekter i form av god lokalkännedom om verksamheten samt stabila personkontakter. Det kan också tilläggas att det rimligtvis är viktigt för arbetsgivaren att lära känna sin FHV-leverantör och de tjänster denna erbjuder, vilket troligtvis också underlättas av långsiktiga relationer.

Å andra sidan menar vissa FHV-representanter att en extern enhet med ett förbestämt utbud bidrar till tydlighet och enkelhet, vilket kan underlätta samarbetet med arbetsgivaren. Det finns flera utsagor om hur FHV:s roll som medicinsk expertis blivit tydligare genom denna typ av relation, där FHV-tjänster endast köps vid behov snarare än att FHV är en mera generell samarbetspartner. Baksidan av denna typ av relation är dock att tillgången till FHV och flexibiliteten i utbudet riskerar att bli sämre.

Arbetsgivare inom ett storstadsområde beskriver hur de under de senaste åren utvecklat sin HR-avdelning till att hantera alltmer rehabiliteringsfrågor, där de t ex skapat egna rutiner för arbetsförmågebedömningar. Även om detta inte omfattar den medicinska kompetens som FHV besitter, kan denna utveckling betraktas i relation till den minskande användningen av intern FHV, vilket i vissa fall kan kompenseras med andra interna strukturer, förutsatt att arbetsgivaren har tillräckliga resurser för detta. I ett fall har utvecklingen mot externa tjänster kombinerats med att hålla kvar en begränsad intern FHV, eftersom man inte velat avsluta väletablerade samarbeten som fungerade bra. Det tyder på att verksamheternas behov ibland kan ställa krav på FHV som externa enheter inte levererar. Det finns i materialet också ett exempel på en mindre kommun där en extern enhet (i egenskap av att vara en av få aktörer i det geografiska närområdet) har en liknande roll som interna enheter har på andra håll, med tjänster utvecklade tillsammans med och skräddarsydda för kommunen.

Det finns således olika perspektiv på FHV:s roll, som varierar från att vara en extern experttjänst, som anlitas vid behov, till en integrerad del av arbetsplatsen, som används som dialogpartner även i det preventiva arbetsmiljöarbetet. Huruvida FHV är internt eller externt organiserad är här inte nödvändigtvis avgörande, men resultaten tyder på att intern FHV har bättre förutsättningar att uppnå långsiktiga relationer och ett nära samarbete med arbetsgivare, där samarbetet utgår mera ifrån de lokala behoven i verksamheten än ett förbestämt utbud av tjänster.

FHV-enheter kan konkurrera på marknaden antingen med pris eller genom att erbjuda olika tjänster som är attraktiva för kunderna. Vissa arbetsgivare med extern FHV upplever dock att FHV:s tjänster är dyra eller svåra att värdera. FHV-representanter uttrycker å sin sida att

arbetsgivare ofta kommer med otydliga beställningar. Vid användning av extern FHV finns därmed sannolikt problem såväl avseende arbetsgivarnas beställarkompetens som utformningen av FHV-enheternas tjänsteutbud. Upphandlingsförfaranden med korta avtal kan vidare antas förhindra utvecklandet av den typ av nära och långsiktiga relation med FHV som chefer i materialet framhåller som positiva.

I en spansk studie (149) har beslutet om att använda sig av interna eller externa tjänster vid arbetsmiljöarbete undersökts. FHV-tjänster har inte specifikt varit i fokus, men slutsatserna kan ha viss relevans även för FHV i Sverige. I studien undersöktes huruvida beslutet hängde samman med organisationens storlek, arbetsmiljörisiker, kostnad respektive ledningens engagemang i arbetsmiljöfrågor. Resultaten visade att större arbetsgivare i högre grad hade internt organiserade tjänster, men att inget samband fanns med hur komplicerade arbetsmiljöriskerna var. Beslutet om att lägga ut tjänster på entreprenad vägledades snarare av kostnadsskäl än av andra faktorer och strategisk hänsyn till mindre direkta ekonomiska vinster av interna tjänster hade mindre betydelse. Dessa resultat kan relateras till föreliggande studie, där exempelvis den arbetsgivare som beskrev en mera utvecklad intern HR-enhet var en storstadskommun som kan antas ha större resurser för att hantera rehabiliteringsfrågor än en mindre kommun. Detta kan tänkas underlätta utvecklandet av egna lösningar där FHV kan fungera som en extern leverantör av medicinska tjänster som anlitas när behov uppstår som den interna strukturen inte kan hantera. Det strategiska värdet av en intern FHV nämns av många chefer, men det kan antas att beslutet om att övergå till extern FHV sker på högre organisatorisk nivå, där kortsiktiga kostnadsskäl kan tänkas vara högt prioriterade.

En australiensisk studie (150) noterar att arbetsmiljöfrågor hör till de vanligaste HR-områdena som läggs ut på entreprenad. Detta sker ofta med anledning av att arbetsgivarna söker specialistfunktioner som saknas internt, för att öka kvalitet och effektivitet samt för att kunna inrikta den interna HR-funktionen på mera strategiska frågor. Drivkrafter för detta var ofta ekonomiska. Detta är i linje med övrig litteratur om outsourcing, som konstaterar att detta oftast används för att reducera kostnader och för att kunna fokusera på kärnverksamhet (151, 152). Våra resultat tyder på liknande argument för att övergå till extern FHV i de fall då en sådan förändring beskrivs, men också på att kostnaden upplevdes bli mera synlig med mer restriktiv användning som följd. Motiven för outsourcing illustreras också tydligt av det exempel där en arbetsgivare valt att lägga ut FHV på en extern aktör bortsett från vissa avdelningar, och där de strategiska vinsterna tycks överväga i valet att hålla kvar en del av verksamheten internt.

I materialet i denna studie är det tydligt hur relationerna mellan arbetsgivare och FHV varierar kraftigt, beroende på organisationsform (intern eller extern), och på hur utvecklad arbetsgivarens egen HR-avdelning är kring rehabiliteringsarbete. I vissa fall har aktörerna gemensamt utvecklat rutiner och integrerat varandras verksamheter (ofta interna FHV), vilket ökar det ömsesidiga beroendet, och troligen även synen på resurser och mål (153). I de fall då arbetsgivaren utvecklat egna system för att hantera sjukskrivning och rehabilitering blir beroendet av FHV lägre och incitamenten att samverka med FHV mindre.

Förbättringsområden

Ett vanligt önskemål som framkommer i projektet är behovet av kontinuitet i relationen mellan FHV-enheten och kunden. Liknande behov framförs vad gäller relationen mellan FHV och andra aktörer, t ex Försäkringskassan, eller mellan FHV och den enskilde klienten/patienten. Kontinuitet förutsätter en rimligt varaktig relation vad gäller avtalets längd mellan FHV-enheten och kunden. Korta avtal kan äventyra behovet av kontinuitet om

det leder till täta byten av FHV-leverantör. Att lära känna kundens personal, struktur, verksamhet, förutsättningar och behov kan av samma anledning också försvåras av korta avtalsperioder. Detta kan försvåra samarbetet mellan FHV och kunden ur flera synvinklar. Ett exempel på detta är FHV:s möjligheter att på ett högkvalitativt sätt medverka i kundens systematiska arbetsmiljöarbete. Här krävs goda kunskaper om kundföretgets arbetsmiljöförhållanden, vilket i sin tur underlättas av kontinuitet i kundrelationen. I det långa loppet kan korta avtalsperioder medföra mindre systematiskt arbetsmiljöarbete och därmed öka risken för sämre arbetsmiljö och arbetsskador.

Det har tidigare framförts att FHV, med sin relation till arbetslivet och därmed kunskap om arbetets krav, skulle kunna ha en mera framträdande roll i sjukskrivningsprocessen, t ex genom att göra bedömningar av arbetsförmåga (116). Det är rimligt att anta att en sådan roll lättare kan utvecklas om relationen mellan FHV och arbetsgivare är mera långsiktig med tillräckligt utrymme för att FHV ska lära känna arbetsplatserna – och vice versa att arbetsgivaren känner till hur FHV kan användas i rehabiliteringsarbetet.

Hos arbetsgivare är det tänkbart att det finns olika intressen, där ledningen kan ha en annan åsikt än den chef som vanligen köper tjänster av FHV. Genom korta avtal och täta upphandlingar ökar möjligheterna att pressa priser, vilket kortsiktigt kan ge ekonomiska vinster. Långsiktigt är det dock mera tveksamt om eventuella besparingar som nås genom att pressa priserna i upphandlingar lönar sig, då det finns en risk att användningen av FHV bygger på standardiserade tjänster snarare än på varaktiga relationer och skraddarsydd lösningar.

En annan möjlig konsekvens av korta avtalsperioder med täta byten av FHV-leverantör är att FHV-enheten riskerar att inte få återkoppling om utfallet av de insatser som man rekommenderat eller varit med om att genomföra. Formella eller informella uppföljningar och utvärderingar av effekter och resultat blir inte genomförda eller kända för FHV-enheten. Detta torde leda till att enheten inte får återkoppling om kvalitén på sin verksamhet. Denna brist riskerar att försämra enhetens möjligheter att vidareutveckla sina metoder och arbetssätt, vilket i sin tur kan påverka enhetens framtida konkurrensförmåga. Detta arbetssätt bygger på att tjänster säljs utan ständiga förbättringar genom kontinuerliga återkopplingar och är alltså en stor brist i kvalitetsarbetet. Om FHV både lokalt och centralt vill utveckla tjänster och verksamhet förutsätts att detta görs i nära samarbete med användarna. I ett bredare perspektiv riskerar detta att menligt påverka efterfrågan på hela branschens verksamhet. Bristande utveckling av FHV-branschens metoder och arbetssätt kommer i längden också att vara till nackdel för kunden genom sämre FHV-tjänster än annars skulle vara fallet.

Arbetsgivarnas och företagshälsovårdens samverkan med andra aktörer

Samverkan med Försäkringskassan.

Ansvars- och arbetsfördelningen mellan arbetsgivare, FHV och Försäkringskassan beskrivs som oklar på flera punkter. Intervjupersonerna har olika kunskaper, åsikter och uppfattningar både avseende vad som formellt gäller och, framför allt, avseende den reella fördelningen mellan parterna; vad som faktiskt görs av vem, vem som tar initiativ, vem som samordnar etc.

I många fall förefaller samarbetet fungera tillfredställande trots dessa oklarheter, tack vare välfungerande personliga kontakter. Att samverkan görs beroende av enskilda individers

personliga nätverk innebär emellertid en osäkerhet och sårbarhet i systemet. Brister i samverkan skapar problem för alla inblandade aktörer.

Oklarheter rörande samverkan är problematiskt för Försäkringskassan, som har statens uppdrag att sköta samordningsansvaret. Försäkringskassans insatser förutsätter dock samarbete med arbetsgivaren och ofta är arbetsgivaren den aktör som tar initiativet till kontakt. Arbetsgivaren har ett tydligt ansvar enligt arbetsmiljölagen, varför det är problematiskt för arbetsgivaren om samverkan brister på ett sätt som försvårar det ansvarstagandet.

För FHV är en fungerande samverkan av stor betydelse för att kunna leverera högkvalitativa tjänster som skapar goda kundrelationer, vilket bidrar till affärsmässighet och även framtida goda affärsmöjligheter. För den enskilde individen, som behöver hjälp med arbetslivsinriktad rehabilitering, är det givetvis också av stor vikt att alla inblandade aktörer samverkar på ett effektivt sätt.

Resultaten stöder den bild som tidigare forskning gett av samverkan mellan arbetsgivare, FHV och Försäkringskassan. Allvarliga brister i samverkan har påpekats (102, 103) och brister i koordinationen mellan dessa aktörer har beskrivits som en svårighet i rehabiliteringsarbetet (94, 107, 154). Flera forskare har pekat på behovet av att stärka samverkan och kommunikation mellan arbetstagaren, arbetsgivaren, facket, Försäkringskassan och FHV (93, 105, 107). En långtidsuppföljning av arbetslivsinriktad rehabilitering har visat att en större samverkan mellan arbetsgivare, FHV och Försäkringskassan kan leda till färre sjukdagar och stora besparingar för samhället (155). Olika insatser betydelse för att minska sjukfrånvaro har inte studerats i föreliggande studie, men våra resultat stöder bilden att samverkan mellan berörda aktörer är en viktig faktor i det arbetet.

Det är svårt att uttala sig säkert om skillnader mellan grupper i kvalitativa studier men vi kan se att FHV-representanter ser mer positivt på samverkan med Försäkringskassan än vad arbetsgivarna gör. Det är något fler arbetsgivare som är kritiska till hur Försäkringskassan arbetar. En formellt fungerande samverkan är viktigare mellan aktörerna Försäkringskassan och arbetsgivaren, än dessa aktörers samverkan med FHV. Både på Försäkringskassan och arbetsgivaren kan ställas krav som är av tvingande karaktär, grundade i lagar och föreskrifter, medan FHV:s roll som stöd åt arbetsgivaren grundar sig på avtal och överenskommelser.

Samverkan med Arbetsförmedlingen.

I intervjuerna sägs inte mycket om Arbetsförmedlingen, särskilt inte i intervjuerna med FHV-anställda, vilket väcker frågor om orsaken. En uppenbar förklaring är att de flesta enskilda individer som blir föremål för samverkande rehabinsatser har en anställning och en arbetsgivare, och alltså inte är inskrivna vid Arbetsförmedlingen. Det kan dock vara en brist i FHV:s arbetssätt att kunskapen om Arbetsförmedlingens arbete och ansvar är låg. Rehabiliteringskedjan kräver inte att arbetsförmåga ska bedömas gentemot hela arbetsmarknaden förrän efter sex månader, som sattes som tidsgräns för TAR-årgärder i detta projekt. Det förekommer dock att anpassningsmöjligheterna hos aktuell arbetsgivare är uttömda redan tidigare i rehabiliteringsprocessen och då kan samverkan med Arbetsförmedlingen behövas. Att FHV-representanterna i så liten utsträckning nämner samarbete med Arbetsförmedlingen stämmer väl överens med att de säger sig, dels sällan göra arbetsförmågebedömningar mot hela arbetsmarknaden och dels sakna kompetens att göra sådana bedömningar.

Samverkan med primärvård och psykiatri

Det framkommer både positiva och negativa synpunkter på samverkan med primärvård och psykiatri, från både AG och FHV-anställda. De positiva synpunkter som framförs verkar i högre grad bygga på lokalkännedom, individuella lösningar och personliga kontakter än på uppbyggda organisatoriska strukturer för samverkan. Detta skapar en osäkerhet och sårbarhet och en uppenbar risk för oönskade variationer över tid. De negativa synpunkterna handlade om långa väntetider och dålig kännedom om kopplingen mellan arbetsförhållanden och hälsa hos primärvård och psykiatri.

Förbättringsområden

För att underlätta samverkan behövs ett strukturerat och långsiktigt samarbete mellan arbetsgivare och Försäkringskassan. Detta kan uppnås om det regleras i formella samverkansavtal. Samarbetet fungerar bättre om Försäkringskassan har fasta kontaktpersoner som kan bygga upp en personlig relation till arbetsgivarnas företrädare. Ökad kunskap och kompetens kan också underlätta, t ex genom att FHV har tillgång till rehabiliteringskoordinator och att Försäkringskassan utbildar arbetsgivare och FHV om sitt arbete och om rehabiliteringskedjan.

Arbetsgivare och FHV kan utöka och utveckla samarbetet med Arbetsförmedlingen i samband med att anställningar avslutas. Gemensamma möten och förbättrad information till den anställde om Arbetsförmedlingens resurser skulle kunna minska risken för missförstånd och oro hos de berörda individerna.

Flera FHV-företrädare önskar en större förståelse hos primärvård och psykiatri för företagshälsovårdens arbetssätt, vilket skulle kunna underlätta samverkan. Även här skulle ett mer formellt organiserat samarbete underlätta, t ex ett deltagande på varandras rehab-möten när man har gemensamma patienter.

De viktigaste förutsättningarna för en bra samverkan förefaller vara goda och långsiktigt stabila personliga kontakter mellan individer i de olika organisationerna. Samtidigt är det viktigt att arbetssätt inte bygger på personliga relationer, utan fungerar även utan dem, och kan vila på rutiner och uppbyggda strukturer.

Projektets styrkor och begränsningar

En styrka i föreliggande projekt är användningen av flera olika datakällor och datainsamlingsmetoder och av både kvantitativa och kvalitativa metoder. Intervjuer har skett med såväl arbetsgivarrepresentanter på olika nivåer och sjukskrivna som med FHV-representanter. Enkäter har använts för att samla in information från olika FHV-enheter.

De medverkande FHV-enheterna varierar i storlek och typ och har god spridning över landet. Både interna och externa leverantörer av FHV har ingått i studien.

Enkätmetodik

I enkätundersökningen har en populationsstudie gjorts omfattande Sveriges samtliga, av Försäkringskassan, godkända FHV-anordnare. Med denna undersökning gjordes en initial kartläggning av vilka metoder och arbetssätt som används, och på vilket sätt, av FHV i

arbetet med TAR. Svarsfrekvensen får anses vara acceptabel. Räknat på samtliga FHV-enheter som fick sig enkäten tillsänd var svarsfrekvensen 59%. Räknat på enbart FHV-enheter som har kunder inom kommuner och landsting, vilket utgjorde studiens urval, och utifrån ett antagande om andelen enheter med sådana kunder bland dem som ej besvarade enkäten, beräknades svarsfrekvensen till 74%. Försök gjordes även att öka antalet svar genom telefonuppringning av de FHV-enheter som ej besvarat enkäten. Detta resulterade i ett begränsat antal nya svar från studiepopulationen. Genom dessa telefonsamtal kunde däremot ett stort antal FHV-enheter, som antingen inte hade kunder inom kommuner och landsting eller var nedlagda respektive fusionerade i andra FHV-enheter, sorteras ut från studiepopulationen.

En svaghet i enkätundersökningen är att det var svårt att styra så att den lämpligaste person på FHV-enheterna besvarade enkäten. Avsikten i projektet var att få information om hur de lokala FHV-enheterna arbetar med TAR. Försök gjordes därför att få e-postadresser till rehabiliteringsansvariga i första hand, och i andra hand chefer på lokal eller regional nivå. I enkätutskicket uppmanades till att den person på den lokala FHV-enheten som var ansvarig och/eller arbetade aktivt med tjänster inom arbetslivsinriktad rehabilitering i första hand skulle besvara frågorna. En chef på regional nivå som representerade flera FHV-enheter kunde besvara enkäten om denne hade kännedom om enheternas rehabiliteringsarbete, samt om detta arbete inte skilde sig nämnvärt mellan enheterna. Trots denna uppmaning så besvarades en tredjedel av enkäterna från central (koncern) eller regional nivå. Mer än hälften av enkäterna besvarades av en VD eller chef för FHV-enheten. Detta innebär att svaren har kommit från olika nivåer i FHV-organisationerna; ibland har en person svarat för en hel koncern, ibland för en region inom en koncern. De flesta svaren (67 %) kommer emellertid från lokala FHV-enheter.

Bland de FHV-enheter som besvarat enkäten överensstämde fördelningen mellan interna och externa med branschföreningen Sveriges företagshälsors statistik, dvs. 23% var interna i denna studie i jämförelse med 20% enligt Sveriges företagshälsor.

Intervjumethodik

Totalt genomfördes 64 cirka timslånga individuella intervjuer och åtta cirka en och en halv timme långa fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 44 enhetschefer. Det stora antalet intervjuer är en styrka, liksom att samtliga intervjuer transkriberats och därefter analyserats på ett systematiskt sätt, som kontinuerligt diskuterats och justerats i forskargruppen.

Urvalet av intervjupersoner från FHV-enheter gjordes strategiskt utifrån enkätresultaten. Därigenom uppnåddes en god spridning över landet, mellan olika stora orter och mellan FHV-enheter med olika organisationsform (extern respektive intern). Urvalet kom att bestå av fem externa och sju interna FHV-enheter, vilket inte speglar fördelningen mellan dessa organisationsformer enligt Sveriges företagshälsors statistik (se ovan).

Urvalet av intervjupersoner från arbetsgivare gjordes genom att de intervjuade FHV-representanterna förmedlade kontaktuppgifter till arbetsgivare som de ansåg vara lämpliga att intervjua utifrån att de hade rehabiliteringsansvar på en vård- eller omsorgsförvaltning och haft kontakt med FHV-enheten i rehabiliteringsärenden. Urvalet av försäkringskassehandläggare gjordes genom förslag från intervjuade arbetsgivare. Dessa s.k. ”snöbollsurval” av arbetsgivare respektive försäkringskassehandläggare innebär att det är tveksamt att generalisera resultaten eftersom de intervjuade sannolikt har mer positiva erfarenheter av samarbete med FHV än ett tänkt representativt urval. Det innebär också att

de sannolikt har mer och rikare sådana erfarenheter, vilket var syftet med urvalsmetoden. Urvalet av intervjuade sjukskrivna arbetstagare byggde på att de medverkande FHV-enheterna förmedlade ett antal sjukskrivna utifrån uppställda inklusionskriterier, dvs. även här tillämpades ett s.k. ”snöbollsurval”. Det är oklart vad som styrde urvalet, men det finns en risk för positiv selektion, dvs. att FHV valt ut ”lyckade” rehabfall

Urvalet av deltagare i fokusgruppsintervjuer gjordes av en annan forskargrupp för en delstudie inom ett annat projekt (HOFF-projektet) (111). Det innebär både för- och nackdelar. Fördelar är bl.a. att vi fick information från betydligt fler arbetsgivarföreträdare än vad som annars skulle varit fallet och dessutom från arbetsgivare som inte valts ut med utgångspunkt från deras samarbete med FHV, vilket gör att vi fick fler och mer varierade svar och exempel. Detta material utgör ett bra komplement till urvalet av arbetsgivare som FHV-enheterna förmedlade, beskrivit ovan. I intervjumaterialen kunde vi notera en något mer kritisk inställning till FHV bland fokusgruppsdeltagarna jämfört med bland arbetsgivarna som FHV-enheterna förmedlat, vilket skulle kunna förklaras av de olika sätt urvalen gjordes på. En nackdel med att använda urvalet från ett annat projekt är att det bland fokusgruppsdeltagarna fanns chefer från andra kommunala verksamheter än vård och omsorg, och som alltså inte tillhörde vår målgrupp.

Fortsatt forskning

Det finns fortsatt stort behov av mer kunskap inom de områden som behandlas i detta projekt. Resultaten understryker det stora behovet av evidensbaserade metoder i FHV:s arbete med TAR och av utvärderingsstudier som möjliggör slutsatser om effekter av olika typer av TAR.

Flera av FHV:s tjänster och metoder behöver utvecklas och utvärderas vetenskapligt. Exempel är ”sjuk- och frisknämnan”, arbetsförmågebedömningar som undersöker relationen mellan individens funktion och arbetets krav, arbetsanpassningar, liksom formerna för samverkan mellan berörda aktörer, främst arbetsgivare, FHV och Försäkringskassan. När det gäller arbetsförmågebedömningar och anpassningar finns ett särskilt stort utvecklingsbehov avseende metoder vid psykiska besvär. När det gäller arbetsförmågebedömningar konstaterar vi att de metoder som FHV använder i stor utsträckning är metoder för bedömning av funktion, i synnerhet fysisk funktion, och inte metoder som bedömer individens förmåga i relation till arbetets krav. När det gäller anpassningar pekar vi på att anpassningar för att åstadkomma fysiskt lättare arbete är vanligast och att både FHV och arbetsgivarna tycker att det är svårt att göra anpassningar vid psykosociala besvär. Varför de vetenskapligt testade metoder som faktiskt finns inte används mer inom FHV är också en intressant fråga.

Betydelsen av olika sätt att organisera FHV och FHV:s kundrelationer, t ex som extern eller intern verksamhet och olika avtalskonstruktioner, har framträtt som viktiga frågor att studera vidare i relation till TAR. Långsiktighet i relationerna mellan olika parter har lyfts fram som en viktig framgångsfaktor, varför betydelsen av relationen mellan parterna, och avtalslängd bör studeras.

Resultaten från föreliggande studie gäller arbetet med TAR för vård- och omsorgspersonal inom kommuner och landsting. Fortsatta studier behövs inom dessa områden, men också inom andra verksamhetsområden och andra arbetsmarknadssektorer.

Framtida projekt behöver också fördjupa sig i TAR för olika diagnoser. Det behöver i första hand utvecklas metoder och arbetssätt för de stora diagnosgrupperna, psykiska besvär och besvär från rörelseorganen.

För att ge bättre kunskap om de frågeställningar som behandlats här behövs longitudinella studier och interventionsstudier, där nya arbetssätt och metoder provas och utvärderas.

Sammanfattande slutsatser

Projektets resultat visar att FHV har potential att fungera som en partner till arbetsgivaren i arbetet med TAR. Det beskrivs flera nära samarbeten där FHV har getts en nyckelroll i såväl uppföljning av sjukfrånvaro som hantering av rehabiliteringsärenden. FHV arbetar i dessa fall såväl med arbetsförmågebedömningar som med stöd till arbetsgivaren kring anpassningar av arbetet. I vissa fall har tjänsten ”sjuk- och friskanmälan” använts, dvs. att anställda sjukanmäler sig till FHV istället för till arbetsgivaren, vilket tycks ha haft blandade resultat. I vissa fall har detta upplevts som direkt negativt då kontakten mellan chef och anställd minskar. Resultaten tyder också på att FHV till stor del saknar relevanta instrument att bedöma arbetsförmåga där individens förmågor relateras till arbetets krav. Vid anpassning av arbetet visar resultaten att FHV främst inriktar sig på ergonomiska anpassningar, dvs. anpassningar av den fysiska miljön, samt att genom anpassning av arbetstid stödja individer med psykosociala besvär. En samlad slutsats av vårt material är att arbetsförmågebedömningar och anpassningar både är mindre vanligt och upplevs som svårare vid psykiska än fysiska besvär.

I projektet har en rad olika framgångsfaktorer och förbättringsområden identifierats kring FHV:s samarbete med arbetsgivare. Gemensamma drag bland de lyckade exemplen är ett nära samarbete mellan sjukskrivna, arbetsgivare och FHV. I projektet har ett särskilt gott samarbete beskrivits av arbetsgivare med internt organiserad FHV med långsiktiga avtal, där tjänsteutbudet utformas i dialog baserat på behoven i verksamheten.

Andra positiva faktorer som nämnts har varit tydliga rutiner kring sjukskrivning där FHV medverkar i dialog kring sjukfrånvaron hos arbetsgivaren och där det finns en utarbetad struktur för hur sjukfrånvaro hanteras. Tydlighet nämns också som en framgångsfaktor vid arbetsförmågebedömningar. Resultaten pekar på vikten av att arbetsgivare har god beställarkompetens och är tydliga avseende syftet för arbetsförmågebedömningarna. FHV behöver likaså vara tydliga kring vilka tjänster de kan erbjuda. En strukturerad beställningsprocess har i flera fall upplevts positivt, där ansvaret för olika faser av processen tydliggörs. Vikten av arbetsgivares delaktighet i att bedöma arbetets krav påpekas också.

Projektet har också identifierat ett antal förbättringsområden. Ett sådant är metoder för arbetsförmågebedömning där individens förmågor relateras till arbetets krav, och att det läggs ett särskilt fokus på att utveckla sådana metoder relaterat till de stora diagnosgrupperna. Dialogen mellan arbetsgivare och FHV kring uppdrag, uppföljning och utvärdering har också poängterats. FHV-representanter önskar att bli bättre på att genomföra uppföljningar och utvärderingar av de insatser som de rekommenderat eller varit med om att genomföra hos kunderna. I de fall kundföretagen gör egna utvärderingar, bör FHV få återkoppling om utfallet. Detta kan öka FHV-enheternas möjligheter att vidareutveckla sina metoder och arbetssätt och vara en del av det interna kvalitetsarbetet. FHV-representanter efterlyser också mera samarbete med arbetsgivare kring preventiva

insatser. Arbetsgivare från arbetsplatser där ett sådant arbete finns vittnar också om att detta är uppskattat. I ett sådant samarbete kan även ingå utvecklingen av IT-stöd relaterade till sjukfrånvaro.

Ytterligare ett förbättringsområde som nämns är utökad samverkan med Försäkringskassan kring återgång i arbete, med Arbetsförmedlingen vid avslutning av anställningar, samt med primärvård och psykiatri kring medicinsk rehabilitering.

Ett genomgående tema i projektet har varit vikten av långsiktiga relationer mellan FHV och arbetsgivare, vilket försvåras av korta avtalsperioder och täta byten av FHV-leverantörer. Det är samtidigt möjligt att se hur vissa arbetsgivare (i detta material från storstadsregioner) minskat sitt behov av FHV genom att bygga upp interna HR-strukturer som ersätter vissa av de stödtjänster kring rehabilitering som FHV annars kan erbjuda. I dessa fall används FHV mera som en konsultativ experttjänst i medicinska frågor.

Med stöd av studiens resultat och tidigare forskning är det viktigt att utveckla och utvärdera metoder för TAR och inte minst att implementera de metoder som redan finns.

Referenser

1. SCB. Statistisk årsbok för Sverige 2013. Statistiska centralbyrån, 2013
2. Försäkringskassan. Sjukskrivning i olika yrken. Antal ersatta sjukskrivningsdagar från Försäkringskassan per anställd år 2008. Socialförsäkringsrapport 2010:17. 2010
3. Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror 2013. 2013
4. SKL. Sjukfrånvaro och frisknärvaro i kommuner och landsting 2006 - en personalstatistisk rapport. 2008
5. SKL. Sjukfrånvaro hos anställda i kommuner och landsting. : Sveriges kommuner och landsting. Available from: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik-personal/sjukfranvaro.
6. SKL. Rehabiliteringsgarantin: Sveriges kommuner och landsting; 2014. Available from: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsoochvard/sjukskrivningarna/rehabiliteringsgarantin.
7. Försäkringskassan. Rehabiliteringskedjan 2014. Available from: https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/sjukskrivning_och_sjukpenning/rehabiliteringskedjan/rehabiliteringskedjan.
8. Försäkringskassan. Statistik om avslutade sjukfall 2013. Available from: http://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuk_rehabiliteringspenning.
9. Lag om allmän försäkring (AFL) (1962:381), 381 (1962).
10. Socialförsäkringsbalken (2010:110), (2010).
11. Inspektionen för socialförsäkringen. Arbetslivsinriktad rehabilitering. SOU S2010:04. Inspektionen för socialförsäkringen, 2011. Available from: http://www.psfu.se/uploads/files/7_arbetslivsinriktad_rehabilitering.pdf
12. SFS. Förordning (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet 2009 [updated 2010-01-22]. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Forordning-20091423-om-bidr_sfs-2009-1423/?bet=2009:1423.
13. SFS. Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete 2014. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Svensk-forfattningssamling-201_sfs-2014-67/.
14. Arbetsmiljölagen (AML) (SFS 1977:1106), (1977).
15. Arbetsmiljöverket. AFS 1994:01 - Arbetsanpassning och rehabilitering. 1994.
16. Arbetsmiljöverket. AFS 2001:1 - Systematiskt arbetsmiljöarbete. 2001.
17. Sveriges Företagshälsor. Branschfakta 2014. Available from: <http://www.foretagshalsor.se/branschinfo/branschfakta>.
18. Arbetsmiljöverket, SCB. Arbetsmiljön 2011. 2012. Available from: http://www.av.se/statistik/officiellt/arbetsmiljon_2011.aspx
19. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), (1982).
20. Patientsäkerhetslag (2010:659), (2010).
21. Stahl C, Toomingas A, Åborg C, Ekberg K, Kjellberg K. Promoting occupational health interventions in early return to work by implementing financial subsidies: a Swedish case study. BMC Public Health. 2013;13:310.
22. Ståhl S, Kjellberg K, Toomingas A, Åborg C, Ekberg K. Utvärdering av förordningen om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet. Linköpings universitet, Karolinska institutet, 2011
23. Sveriges Företagshälsor. Branschstatistik 2013. Available from: http://www.foretagshalsor.se/sites/default/files/fsf/Branschinfo/branschstatistik_2013_a.pdf.
24. Personlig kommunikation med Ned Carter, SKL. 2014.

25. Taimela S, Justen S, Aronen P, Sintonen H, Laara E, Malmivaara A, et al. An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2008;65(4):242-8.
26. Taimela S, Malmivaara A, Justen S, Laara E, Sintonen H, Tiekso J, et al. The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomised controlled trials. *Occup Environ Med.* 2008;65(4):236-41.
27. Holm L, Torgén M, Hansson A-S, Runeson R, Josephson M, Helgesson M, et al. Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa – en systematisk kunskapssammanställning om effekten av interventioner, rehabilitering och exponeringar på arbetet. Göteborg: Göteborgs universitet., 2010 2010;44(3)
28. Gatchel RJ, Polatin PB, Noe C, Gardea M, Pulliam C, Thompson J. Treatment- and cost-effectiveness of early intervention for acute low-back pain patients: a one-year prospective study. *J Occup Rehabil.* 2003;13(1):1-9.
29. Whitfill T, Haggard R, Bierner SM, Pransky G, Hassett RG, Gatchel RJ. Early intervention options for acute low back pain patients: a randomized clinical trial with one-year follow-up outcomes. *J Occup Rehabil.* 2010;20(2):256-63.
30. Marhold C, Linton SJ, Melin L. A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. *Pain.* 2001;91(1-2):155-63.
31. Rogerson MD, Gatchel RJ, Bierner SM. A cost utility analysis of interdisciplinary early intervention versus treatment as usual for high-risk acute low back pain patients. *Pain Pract.* 2010;10(5):382-95.
32. Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL, Loisel P, et al. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2007;32(3):291-8; discussion 9-300.
33. Steenstra IA, Anema JR, van Tulder MW, Bongers PM, de Vet HC, van Mechelen W. Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain. *J Occup Rehabil.* 2006;16(4):557-78.
34. Arnetz BB, Sjogren B, Rydehn B, Meisel R. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 2003;45(5):499-506.
35. Franche RL, Severin CN, Hogg-Johnson S, Cote P, Vidmar M, Lee H. The impact of early workplace-based return-to-work strategies on work absence duration: a 6-month longitudinal study following an occupational musculoskeletal injury. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 2007;49(9):960-74.
36. Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJ. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil.* 2012;22(4):462-77.
37. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil.* 2005;15(4):607-31.
38. Williams RM, Westmorland MG, Lin CA, Schmuck G, Creen M. Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2007;29(8):607-24.
39. Socialförsäkringen If. Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna. Rapport 2011:17. 2011

40. Roelen CA, Norder G, Koopmans PC, van Rhenen W, van der Klink JJ, Bultmann U. Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? *J Occup Rehabil.* 2012;22(3):409-17.
41. Axelsdotter Hök Å, Tegle S. En intervjubaserad nulägesbeskrivning av Företagshälsovården hösten 2008. Tegle Jansson och Partners AB, 2008
42. Statens offentliga utredningar. SOU 2009:89. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga. Slutbetänkande av Rehabiliteringsutredningen. Stockholm: 2009
43. Berry C, Gerry L, Hayward M, Chandler R. Expectations and illusions: a position paper on the relationship between mental health practitioners and social exclusion. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(5):411-21.
44. Babcock C, Baer C, Bayram JD, Chamberlain S, Chan JL, Galvin S, et al. Chicago medical response to the 2010 earthquake in Haiti: translating academic collaboration into direct humanitarian response. *Disaster Med Public Health Prep.* 2010;4(2):169-73.
45. Grahn B, Kjellberg K, Ljungquist T, Stigmar K, Wåhlin C. Arbetsförmåga, del 1. Definitioner, modeller, perspektiv, prediktorer, riskfaktorer. *Fysioterapi* 2012;5.
46. Ilmarinen JE. Aging workers. *Occup Environ Med.* 2001;58(8):546-52.
47. Lederer V, Loisel P, Rivard M, Champagne F. Exploring the Diversity of Conceptualizations of Work (Dis)ability: A Scoping Review of Published Definitions. *J Occup Rehabil.* 2013.
48. Tengland PA. The concept of work ability. *J Occup Rehabil.* 2011;21(2):275-85.
49. Nordenfelt L. The concept of work ability. Bruxelles P.I.E. Peter Lang; 2008.
50. Ilmarinen J. Multidimensional work ability model. Finnish Institute of Occupational Health Helsinki. Available from: http://www.ttl.fi/en/health/wai/multidimensional_work_ability_model/pages/default.aspx
51. Johansson G. The illness flexibility model and sickness absence [Doctoral thesis]. Stockholm: Karolinska institutet; 2007.
52. Johansson G, Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Social science & medicine* 2004;58(10):1857-68.
53. Johansson G, Lundberg O, Lundberg I. Return to work and adjustment latitude among employees on long-term sickness absence. *Journal of occupational rehabilitation.* 2006;16(2):185-95.
54. Johansson G. Anpassningar av arbetet vid ohälsa. *Socialmedicinsk tidskrift.* 2009;3:256-64.
55. Fadyl JK, McPherson KM, Schluter PJ, Turner-Stokes L. Factors contributing to work-ability for injured workers: literature review and comparison with available measures. *Disabil Rehabil.* 2010.
56. Ilmarinen J. The ageing workforce--challenges for occupational health. *Occup Med (Lond).* 2006;56(6):362-4.
57. Ilmarinen J. Work ability--a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scand J Work Environ Health.* 2009;35(1):1-5.
58. McFadden S, MacDonald A, Fogarty A, Le S, Merritt BK. Vocational assessment: a review of the literature from an occupation-based perspective. *Scand J Occup Ther.* 2010;17(1):43-8.
59. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A. Work Ability Index. 2nd ed. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 1998.
60. Alavinia SM, de Boer AG, van Duivenbooden JC, Frings-Dresen MH, Burdorf A. Determinants of work ability and its predictive value for disability. *Occup Med (Lond).* 2009;59(1):32-7.

61. van den Berg TI, Elders LA, de Zwart BC, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2009;66(4):211-20.
62. Wahlin-Norgren C, Ekberg K, Oberg B. Is an expert diagnosis enough for assessment of sick leave for employees with musculoskeletal and mental disorders? *Disabil Rehabil.* 2011;33(13-14):1147-56.
63. Braathen TN, Veiersted KB, Heggenes J. Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long-term sick leave. *J Rehabil Med.* 2007;39(6):493-9.
64. Burdorf A, Frings-Dresen MH, van Duivenbooden C, Elders LA. Development of a decision model to identify workers at risk of long-term disability in the construction industry. *Scand J Work Environ Health.* 2005;31 Suppl 2:31-6.
65. Kujala V, Tammelin T, Remes J, Vammavaara E, Ek E, Laitinen J. Work ability index of young employees and their sickness absence during the following year. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32(1):75-84.
66. Vingard E, Blomkvist V, Rosenblad A, Lindberg P, Voss M, Alfredsson L, et al. A physical fitness programme during paid working hours - impact on health and work ability among women working in the social service sector: a three year follow up study. *Work.* 2009;34(3):339-44.
67. Ahlstrom L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health--a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health.* 2010;36(5):404-12.
68. Bethge M, Gutenbrunner C, Neudert S. Work Ability Index predicts application for disability pension after work-related medical rehabilitation for chronic back pain. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013;94(11):2262-8.
69. Bethge M, Radoschewski FM, Gutenbrunner C. The Work Ability Index as a screening tool to identify the need for rehabilitation: longitudinal findings from the Second German Sociomedical Panel of Employees. *J Rehabil Med.* 2012;44(11):980-7.
70. Karlsson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA) – en metod för att underlätta återgång i arbete för patienter sjukskrivna för utmattning. Rapport nr 19/2011 Lund: Arbets-och miljömedicin, 2011
71. Karlsson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout--a prospective controlled study. *BMC Public Health.* 2010;10:301.
72. Engbers M, P F. Funksjonsvurdering på arbeidsplassen, et hjelpemiddel ved spesialvurdering i regi av bedriftshelsetjenesten. Test av Krav og Funksjonsskjema i praxis. Sluttrapport till NHO Arbeidsmiljøfondet Prosjekt S-2387. . Oslo: 2006. Available from: <http://www.funksjonsvurdering-bht.no/dok/rapport-kravogfunksjon.doc>
73. Krav och funktionsschema (KOF) Uppsala: Arbets- och miljömedicin. Available from: <http://www.ammuppsala.se/krav-och-funktionsschema-kof>.
74. Försäkringskassan. SASSAM. Strukturerad arbetsmetod för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering. Available from: https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/f_medicin/forsakringskassans_uppdrag/sassam/.
75. Sandqvist JL, Tornquist KB, Henriksson CM. Assessment of Work Performance (AWP) - development of an instrument. *Work.* 2006;26(4):379-87.
76. Sandqvist JL, Bjork MA, Gullberg MT, Henriksson CM, Gerdle BU. Construct validity of the Assessment of Work Performance (AWP). *Work.* 2009;32(2):211-8.

77. Sandqvist JL, Gullberg MT, Henriksson CM, Gerdle BU. Content validity and utility of the Assessment of Work Performance (AWP). *Work*. 2008;30(4):441-50.
78. Westerholm P, Bostedt G. Kan företagshälsovården lösa sjukskrivningskrisen? In: Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T, editors. *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut 2004.
79. Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. 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. *Disabil Rehabil*. 2010;32(8):607-21.
80. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. SOU 2011:15. 2011. Available from: <http://regeringen.se/content/1/c6/16/19/74/b3ca17b2.pdf>
81. Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*. 1997;22(24):2911-8.
82. Krause N, Dasinger L, Neuhauser F. Modified work and return to work: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 1998;8(2):113-39.
83. Weir R, Nielson WR. Interventions for disability management. *The Clinical journal of pain*. 2001;17(4 Suppl):S128-32.
84. Anema JR, Cuelenaere B, van der Beek AJ, Knol DL, de Vet HC, van Mechelen W. The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occup Environ Med*. 2004;61(4):289-94.
85. Shiri R, Martimo KP, Miranda H, Ketola R, Kaila-Kangas L, Liira H, et al. The effect of workplace intervention on pain and sickness absence caused by upper-extremity musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health*. 2011.
86. van Duijn M, Burdorf A. Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints. *J Rehabil Med*. 2008;40(7):576-81.
87. Staal JB, Hlobil H, Koke AJ, Twisk JW, Smid T, van Mechelen W. Graded activity for workers with low back pain: who benefits most and how does it work? *Arthritis Rheum*. 2008;59(5):642-9.
88. Staal JB, Hlobil H, Twisk JW, Smid T, Koke AJ, van Mechelen W. Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004;140(2):77-84.
89. Shaw L, Domanski S, Freeman A, Hoffele C. An investigation of a workplace-based return-to-work program for shoulder injuries. *Work*. 2008;30(3):267-76.
90. Anema JR, Schellart AJ, Cassidy JD, Loisel P, Veerman TJ, van der Beek AJ. Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *J Occup Rehabil*. 2009;19(4):419-26.
91. Hultin H, Hallqvist J, Alexanderson K, Johansson G, Lindholm C, Lundberg I, et al. Low level of adjustment latitude--a risk factor for sickness absence. *Eur J Public Health*. 2010;20(6):682-8.
92. Johansson G, Hultin H, Moller J, Hallqvist J, Kjellberg K. The impact of adjustment latitude on self-assessed work ability in regard to gender and occupational type. *Scand J Occup Ther*. 2012;19(4):350-9.
93. Durand MJ, Vezina N, Baril R, Loisel P, Richard MC, Ngomo S. Relationship between the margin of manoeuvre and the return to work after a long-term absence due to a musculoskeletal disorder: an exploratory study. *Disabil Rehabil*. 2011;33(13-14):1245-52.
94. MacEachen E, Clarke J, Franche RL, Irvin E. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(4):257-69.

95. van Duijn M, Miedema H, Elders L, Burdorf A. Barriers for early return-to-work of workers with musculoskeletal disorders according to occupational health physicians and human resource managers. *J Occup Rehabil.* 2004;14(1):31-41.
96. Tjulin A, Maceachen E, Ekberg K. Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. *J Occup Rehabil.* 2009.
97. Baril R, Clarke J, Friesen M, Stock S, Cole D. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Soc Sci Med.* 2003;57(11):2101-14.
98. Strunin L, Boden LI. Paths of reentry: employment experiences of injured workers. *Am J Ind Med.* 2000;38(4):373-84.
99. Butler RJ, Johnson WG, Cote P. It pays to be nice: employer-worker relationships and the management of back pain claims. *J Occup Environ Med.* 2007;49(2):214-25.
100. Andersson J, Axelsson R, Bihari Axelsson S, Eriksson A, Åhgre B. Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering: En sammanställning av kunskap och erfarenheter inom området. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, 2010
101. Kärrholm J, Ekholm K, Ekholm J, Bergroth A, Ekholm KS. Systematic co-operation between employer, occupational health service and social insurance office: A 6-year follow-up of vocational rehabilitation for people on sick-leave, including economic benefits. *Journal of Rehabilitation Medicine.* 2008;40(8):628-36.
102. Bergendorff S. Rehabilitering – ett långt lidandets historia. Samtal om socialförsäkring nr 10. Stockholm: Socialförsäkringsutredningen, 2006
103. Eklund M, Ossowski M. Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 2004
104. Anema JR, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker CG, Buijs PC, van den Berg R. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *J Occup Rehabil.* 2006;16(1):41-52.
105. Costa-Black KM, Loisel P, Anema JR, Pransky G. Back pain and work. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010;24(2):227-40.
106. Durand MJ, Berthelette D, Loisel P, Imbeau D. Validation of the programme impact theory for a work rehabilitation programme. *Work.* 2012;42(4):495-505.
107. Tjulin A, Edvardsson Stiwne E, Ekberg K. Experience of the implementation of a multi-stakeholder return-to-work programme. *J Occup Rehabil.* 2009;19(4):409-18.
108. Anderzen I, Demmelmaier I, Hansson A-S, al. e. Samverkan i resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning. Institutet för arbetsmarknadspolitiska utvärdering (IFAU), 2008
109. Inspektionen för socialförsäkringen. Samverkan inom socialförsäkringen. En sammanställning av uppföljnings- och utvärderingsrapporter inom verksamheter finansierade med samverkansmedel. Rapport 2010-2. 2012
110. Vingård E, Waldenström M, Bengtsson F, Ekenvall L, Svartengren M, Ahlberg G, et al. Långtidssjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete. Hälsa och framtid, Delstudie 4. Karolinska institutet, Uppsala universitet och Stockholms läns landsting, 2007
111. Svartengren M, Stoetzer U, Parmasund M, Erikson T, Stöllman Å, Vingård E. Hälsa och framtid i kommuner och landsting. Karolinska institutet, Uppsala universitet och Stockholms läns landsting, 2013
112. de Rijk A, van Raak A, van der Made J. A New Theoretical Model for Cooperation in Public Health Settings: The RDIC Model. *Qualitative Health Research.* 2007;17(8):1103-16.
113. Försäkringskassan. Samverkan med Försäkringskassan. Available from: https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/arbetsgivare/samverkan_med_forsakringskassan.

114. Inspektionen för socialförsäkringen. Arbetsgivare i små företag: En intervjustudie om deras erfarenheter av sjukskrivningsprocessen. Rapport 2012:9. . 2012
115. SOU 2004:113. Utveckling av god företagshälsovård - ny lagstiftning och andra åtgärder. Stockholm: 2004
116. SOU 2007:91. Ny företagshälsovård - ny kunskapsförsörjning. Betänkande av utredningen framtidens FHV-utbildning. Stockholm: 2007
117. Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 4th ed. London: Sage; 2002.
118. Missaghi-Wedefalk M, Lindh M, Nordholm L, Schön-Ohlsson C. Test Instrument for Profile of Physical Ability = TIPPA. Ett testbatteri för kartläggning och bedömning av fysisk förmåga avsett för patienter med långvarig muskuloskeletal värk. Nordisk Fysioterpi 2004;8:74-83.
119. Missaghi-Wedefalk M, Lindh M, Schön-Ohlsson C, C. W. Further methodological development of the Test Instrument for Profile of Physical Ability (TIPPA) designed for patients with long-term musculoskeletal pain. Adv Physiother. 2012;14: 97-106.
120. Brage S, Fleten N, Knudsrød O, Reiso H, Ryen A. Norsk Funksjonsskjema – et nytt instrument ved sykmelding og uførhetsvurdering. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2004;124(2472 – 4).
121. Waldenstrom K, Ahlberg G, Bergman P, Forsell Y, Stoetzer U, Waldenstrom M, et al. Externally assessed psychosocial work characteristics and diagnoses of anxiety and depression. Occup Environ Med. 2008;65(2):90-6.
122. Tjulín A, Maceachen E, Ekberg K. Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. J Occup Rehabil. 2010;20(3):311-21.
123. Tjulín A, Maceachen E, Ekberg K. Exploring the meaning of early contact in return-to-work from workplace actors' perspective. Disabil Rehabil. 2011;33(2):137-45.
124. Lindberg P. The work ability continuum : Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability: Karolinska institute; 2006.
125. Stahl C, Svensson T, Petersson G, Ekberg K. Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system. Disabil Rehabil. 2011;33(15-16):1373-82.
126. Nilsing E, Soderberg E, Bertero C, Oberg B. Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: a focus group study in Sweden. J Occup Rehabil. 2013;23(3):450-61.
127. Stigmar K, Grahn B, Ekdahl C. Work ability--experiences and perceptions among physicians. Disabil Rehabil. 2010;32(21):1780-9.
128. Edlund C, Dahlgren L. The physician's role in the vocational rehabilitation process. Disabil Rehabil. 2002;24(14):727-33.
129. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. Sickness certification and the GP: what really happens in practice? Fam Pract. 2010;27(3):344-50.
130. Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. Scand J Prim Health Care. 2011;29(1):7-12.
131. Reiso H, Nygard JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. Family Practice. 2000;17(2):139-44.
132. Martimo KP, Varonen H, Husman K, Viikari-Juntura E. Factors associated with self-assessed work ability. Occup Med (Lond). 2007;57(5):380-2.
133. Gamperiene M, Nygard JF, Sandanger I, Lau B, Bruusgaard D. Self-reported work ability of Norwegian women in relation to physical and mental health, and to the work environment. J Occup Med Toxicol. 2008;3:8.

134. Feldt T, Hyvonen K, Makikangas A, Kinnunen U, Kokko K. Development trajectories of Finnish managers' work ability over a 10-year follow-up period. *Scand J Work Environ Health*. 2009;35(1):37-47.
135. Tuomi K, Eskelinen L, Toikkanen J, Jarvinen E, Ilmarinen J, Klockars M. Work load and individual factors affecting work ability among aging municipal employees. *Scand J Work Environ Health*. 1991;17 Suppl 1:128-34.
136. Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L, Klockars M. Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scand J Work Environ Health*. 1997;23 Suppl 1:58-65.
137. Hultin H, Hallqvist J, Alexanderson K, Johansson G, Lindholm C, Lundberg I, et al. Lack of adjustment latitude at work as a trigger of taking sick leave-a Swedish case-crossover study. *PLoS One*. 2013;8(4):e61830.
138. Cronin S, Curran J, Iantorno J, Murphy K, Shaw L, Boucher N, et al. Work capacity assessment and return to work: a scoping review. *Work*. 2013;44(1):37-55.
139. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med*. 2009;41(3):115-21.
140. Försäkringskassan. Aktivitetsförmågeutredningen (AFU) - pilot 2013. Available from: https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/omfk/samverkan_och_projekt/utredning_af_u.
141. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(2):67-75.
142. Ljungquist T, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus AL, Nilsson GH, Alexanderson K. Physicians who experience sickness certification as a work environmental problem: where do they work and what specific problems do they have? A nationwide survey in Sweden. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000704.
143. Westerholm P. Etik i företagshälsovården. In: FHV-delegationen, editor. Framgångsrik företagshälsovård - möjligheter och metoder SOU 2011:63 Fritzes; 2011.
144. Seing I, Stahl C, Nordenfelt L, Bulow P, Ekberg K. Policy and practice of work ability: a negotiation of responsibility in organizing return to work. *J Occup Rehabil*. 2012;22(4):553-64.
145. Palmer KT, Harris EC, Linaker C, Barker M, Lawrence W, Cooper C, et al. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*. 2012;51(2):230-42.
146. Dunstan DA, MacEachen E. Bearing the brunt: co-workers' experiences of work reintegration processes. *J Occup Rehabil*. 2013;23(1):44-54.
147. Mussener U, Festin K, Upmark M, Alexanderson K. Positive experiences of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave. *J Rehabil Med*. 2008;40(10):805-11.
148. Svensson T, Mussener U, Alexanderson K. Pride, empowerment, and return to work: on the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work*. 2006;27(1):57-65.
149. Nuñez I. Outsourcing occupational safety and health: An analysis of the make or buy decision. *Human Resource Management*. 2009;48(6):941-58.
150. Susomrith P, Brown A. Motivations for HR outsourcing in Australia. *The International Journal of Human Resource Management*. 2013;24(4):704-20.
151. Cooke FL, Shen J, McBride A. Outsourcing HR as a Competitive Strategy? A Literature Review and an Assessment of Implications. *Human Resource Management*. 2005;44(4): 413–32.
152. Greer CR, Youngblood SA, Gray DA. Human Resource Management Outsourcing: The Make or Buy Decision. *The Academy of Management Executive*. 1999;13(3):85–95.

153. de Rijk A, van Raak A, van der Made J. A new theoretical model for cooperation in public health settings: the RDIC model. *Qual Health Res.* 2007;17(8):1103-16.
154. Landstad B, Hedlund M, Wendelborg C, Brataas H. Long-term sick workers experience of professional support for re-integration back to work. *Work.* 2009;32(1):39-48.
155. Karrholm J, Ekholm K, Ekholm J, Bergroth A, Ekholm KS. Systematic co-operation between employer, occupational health service and social insurance office: a 6-year follow-up of vocational rehabilitation for people on sick-leave, including economic benefits. *J Rehabil Med.* 2008;40(8):628-36.