

Norsk Funksjonsskjema – et nytt instrument ved sykmelding og uførhetsvurdering

Sammendrag

Bakgrunn. Ved oppfølging av sykmeldte og vurdering av trygdeytelser blir funksjonsvurderinger etterspurt. Disse bør inkludere pasienters oppfatning av eget funksjonsnivå. I artikkelen beskrives utviklingen av Norsk Funksjonsskjema – et hjelpemiddel for innhenting av egenvurdert funksjon.

Materiale og metode. På basis av WHO's funksjonsklassifisering ICF utviklet en ekspertgruppe et skjema med 40 spørsmål som skal fylles ut av den sykmeldte. I april 2001 ble skjemaet sammen med SF-36 og COOP/WONCA-skjema prøvd ut blant 798 personer etter seks ukers sykmelding. Faktoranalyse ble brukt for å gruppere spørsmålene i funksjonsområder. Korrelasjonsanalyser ble benyttet for validitetstesting mot de etablerte skjemaene.

Resultater. 48 % besvarte spørreskjemaet. Faktoranalysen viste fire fysiske funksjonsområder (gå/stå, holde/plukke, løfte/bære og sitte) samt tre psykiske (mestre, samhandle/kommunisere og se/høre). Korrelasjonene mellom tilsvarende funksjonsområder i Norsk Funksjonsskjema og SF-36, COOP/WONCA og spørsmål om arbeidsevne var klare og signifikante.

Fortolkning. Norsk Funksjonsskjema fanget opp betydelig svikt i funksjonsevne hos sykmeldte. Skjemaet vurderes å være valid.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2470

Søren Brage

soren.brage@medisin.uio.no
Seksjon for allmenn- og trygdemedisin
Universitetet i Oslo
0318 Oslo

Nils Fleten

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Ole Gard Knudsrød

Tønsberg trygdekontor

Harald Reiso

Fylkestyngdekontoret i Aust-Agder

Arne Ryen

Fylkestyngdekontoret i Hedmark

Vurdering av pasienters funksjonsevne inngår i all klinisk medisin. Men når behandlerne leger skal uttale seg om pasienters evne til å mestre krav i arbeidslivet, blir mange i villrede om hvordan funksjon skal måles og hva som skal inngå i en systematisk beskrivelse.

Utviklingen i uførepensjonering og sykefravær viser at det for en økende andel av befolkningen er et misforhold mellom funksjonsevne og arbeidslivets krav. Det er blitt satt søkelys på funksjonsvurderinger (1, 2). Behandlerne skal gi en «forenklet funksjonsvurdering» på sykmeldingsattesten senest etter fire ukers sykmelding. I legeerklæring ved arbeidsuførhet ved langvarig sykmelding, atfering og søknad om uførepensjon forventes en mer omfattende funksjonsvurdering.

Behandlerne er godt rustet for denne oppgaven, med sin erfaring og trening i å vurdere konsekvenser av sykdom. I samarbeidet med trygd og arbeidsliv stilles det imidlertid høye krav til utformingen av vurderingene og deres grunnlag. De skal bidra til å velge fornuftige strategier for oppfølging.

En funksjonsvurdering bør inneholde: Pasientens egen beskrivelse av sin funksjon, legens uavhengige bedømming av funksjonsevnen, en beskrivelse av aktuelle krav til funksjon i arbeidet eller yrket samt en samlet vurdering der disse elementene veies mot hverandre (3).

I denne artikkelen beskrives utviklingen av Norsk Funksjonsskjema – et hjelpemiddel for enkel og systematisert innhenting av egenvurdert funksjon (4). Utviklingen av skjemaet støttet seg til Verdens helseorganisasjon (WHO)s funksjonsklassifisering ICF (International Classification of Functioning,

Disability and Health) (5), og til standardiserte funksjonsvurderinger som er i bruk i Storbritannia og Nederland (6, 7).

Formålet med den etterfølgende utprøvingen blant sykmeldte var å teste og vurdere skjemaets validitet.

Metode

Utvikling av Norsk Funksjonsskjema

Funksjonsklassifikasjonen fra WHO omfatter 120 ulike aktiviteter, fra det enkle og usammensatte, slik som å sitte, til det mer komplekse, slik som å mestre ansvar i dagliglivet (5, 8). En arbeidsgruppe med deltakere fra Rikstrygdeverket og fylkestyngdekontor vurderte hvilke aktiviteter som hadde relevans for arbeidslivet og som dermed skulle inkluderes i skjemaet. Sykmeldte og saksbehandlere testet det i en pilotundersøkelse. Innspill ble også tatt imot fra trygdeeksperter og medisinske forskningsmiljøer. Etter revisjon omfattet skjemaet 40 spørsmål.

Skjemaet ble innledet med: «Har du hatt vansker med å utføre følgende aktiviteter den siste uken?». Til hver aktivitet var det fire svaralternativer: ingen vansker, noe vansker, mye vansker og kan ikke. I rettleiingen ble det forklart at den sykmeldte skulle relatere sine funksjonsproblemer til det normale for alder og kjønn. Skjemaet er kalt Norsk Funksjonsskjema (e-fig 1).

Utprøving

Skjemaet ble brukt til å undersøke funksjonsevnen hos personer som hadde vært sykmeldt i seks uker i april 2001. 798 personer tilhørende åtte trygdekontorer fikk tilsendt skjemaet sammen med trygdekontorenes orienteringsbrev til sykmeldte på det tidspunktet. I et eget følgebrev ble det lagt vekt på at besvarelsen var anonym og frivillig. Det ble også tydeliggjort at besvarelsen ikke ville få konsekvenser for den sykmeldtes rettigheter. De sykmeldte ble bedt om å



Hovedbudskap

- Norsk Funksjonsskjema fylles ut av pasientene og gir et enkelt og oversiktlig bilde av deres funksjonsevne innenfor sju funksjonsområder
- Skjemaet er konsistent og valid
- Skjemaet kan være et hjelpemiddel for leger ved funksjonsvurderinger

Tabell 1 Karakteristika for utvalget og for personer med avsluttede sykepengetilfeller av mer enn seks ukers varighet i Norge år 2000. Fordelinger i prosent

Karakteristika	Utvalget (N = 386)	Alle sykepengetilfeller > seks uker (N = 313 591)
Menn	40	43
16–29 år	15	16
30–49 år	53	51
50–69 år	32	33
Muskel- og skjelettsykdom	50	50
Psykisk sykdom	12	17
Hel sykmelding (100 %)	79	75
Gradert sykmelding (20–99 %)	21	25

returnere skjemaet til prosjektleder (SB) i en vedlagt svarkonvolutt. Etter to uker sendte trykdekontorene ut en påminnelse.

Utover de 40 spørsmålene om funksjon ble det spurt om kjønn, alder og bosted, fysiske belastninger i arbeidet, sykmeldingsgrad og hvilken sykdom de mente de var sykmeldt for. Det ble stilt spørsmål om egenvurdert arbeidsevne og egen oppfatning av rehabiliteringsmuligheter (9, 10).

For validering inngikk også to andre spørreskjemaer, SF-36 og COOP/WONCA. Det førstnevnte omfatter 36 spørsmål om opplevd helse, funksjon og livskvalitet de siste fire ukene. Det er valid og reliabelt (11). COOP/WONCA består av seks spørsmål, blant annet om fysisk form og følelsesmessige problemer de siste to ukene (12). Det har vært brukt i norsk allmennpraksis og måler viktige sider ved pasienters funksjon, helse og livskvalitet (13).

Statistisk analyse

Besvarelsene ble lagt inn for analyse i SPSS-databasen (SPSS, versjon 10.0). Sykdommer ble kodet etter International Classification of Primary Care (ICPC). Representativiteten ble undersøkt ved å sammenlikne karakteristika i utvalget med alle personer som hadde avsluttede sykepengetilfeller av mer enn seks ukers varighet i 2000. I analysene ble «ingen vansker» gitt verdien 1, «noe vansker» verdien 2, «mye vansker» 3 og «kan ikke» 4.

Samsvar mellom spørsmålene i Norsk Funksjonsskjema ble undersøkt ved hjelp av faktoranalyse (14). Faktorene ble undersøkt med tanke på forklart varians. Intern konsistens, uttrykt som Cronbachs alfa, ble testet i reliabilitetsanalyser. Verdier større enn 0,70 ble vurdert som akseptable, verdier over 0,85 som meget tilfredsstillende.

Forskjeller i skåre mellom grupper ble testet med ANOVA. Pearsons korrelasjonskoeffisienter (r) ble brukt i korrelasjonsanalysene.

Resultater

Skjemaet ble returnert av 386 sykmeldte (48 %). I utvalget var personer med psykiske lidelser og gradert sykmelding underrepresentert sammenliknet med alle sykmeldte etter seks ukers sykmelding i landet som helhet (tab 1). Andelen ubesvarte spørsmål på returnerte skjemaer var 4 %. 78 % av de sykmeldte angav at de hadde «mye vansker» eller «kan ikke» på minst ett av de 40 spørsmålene.

Faktoranalyse

Det ble gjort statistiske tester av dataene, som viste at materialet var egnet for faktoranalyse. I modellene ble de enkelte spørsmålene lagt til den faktor hvor de viste høyest faktorladning (e-tab 2). En modell med sju faktorer (heretter kalt *funksjonsområder*) gav den mest tilfredsstillende løsningen. Denne hadde en samlet forklart varians på 65 %. Et spørsmål, «ha kontroll med vannlating og avføring», hadde meget lav korrelasjon med andre spørsmål og ble fjernet fra analysen. Det ble senere tatt ut av funksjonsskjemaet fordi saksbehandlerne syntes det hadde liten relevans.

De sju funksjonsområdene hadde god intern konsistens (Cronbachs alfa mellom 0,76 og 0,89) med god avgrensning fra hverandre.

Fire av funksjonsområdene var fysiske: gå/stå, holde/plukke, løfte/bære og sitte. Tre var psykiske: mestre, samhandle/kommunisere samt sansefunksjoner. For hvert av områdene ble det beregnet en gjennomsnittsskåre (tab 3). Høyeste skåre, det vil si dårligste funksjon, ble registrert for løfte/bære (1,85), gå/stå (1,60) og mestre (1,56). Etter faktoranalysen ble funksjonsområdene omgruppert (e-fig 1).

Validitet

Sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser hadde funksjonstap innenfor fysiske funksjonsområder, spesielt løfte/bære (gjennomsnitt 2,12) og gå/stå (1,80) (tab 3). Sykmeldte med mentale lidelser hadde god fysisk funksjon, men nedsatt evne til mestring (gjennomsnitt 2,13) og samhandling (1,64).

Vi sammenliknet bakgrunns-karakteristika for de sykmeldte med deres gjennomsnittsskåre i funksjonsområder (ikke vist i tabell). Personer med gradert sykmelding hadde bedre fysisk funksjonsnivå enn personer med hel sykmelding. Der var ingen signifikante forskjeller i funksjonsnivå mellom menn og kvinner, eller ulike aldersgrupper.

Validiteten ble også prøvd ved å sammenlikne funksjonsområder i skjemaet med tilsvarende dimensjoner i SF-36 og COOP/WONCA. De fysiske funksjonsområdene i Norsk Funksjonsskjema korrelerte høyt med fysisk funksjon, kroppssmerte og fysisk rolletilpasning og lavt med mental helse, emosjonell rolletilpasning og vitalitet i SF-36 (e-tab 4). De psykiske funksjonsområdene hadde høye korrelasjoner med mentale, men ikke med fysiske dimensjoner i SF-36.

Det var høye korrelasjoner mellom fysiske funksjonsområder i skjemaet og fysisk form i COOP/WONCA ($r = 0,28-0,55$) og lave korrelasjoner med følelsesmessige problemer ($r = 0,06-0,12$). Tilsvarende var korrelasjonene høye mellom psykiske funksjonsområder i skjemaet og følelsesmessige problemer i COOP/WONCA ($r = 0,23-0,63$) og lave mellom psykiske områder og fysisk form ($r = 0,00-0,02$).

Funksjonsområdene var signifikant korrelerte med spørsmålet om arbeidsevne (ikke vist i tabell).

Diskusjon

Utvikling av Norsk Funksjonsskjema

Et generelt skjema kan ikke fange opp alle krav til funksjonsevne i arbeidslivet. De inkluderte aktivitetene ble av en ekspertgruppe ansett å ha relevans for de fleste yrker.

For å forenkle bruken av skjemaet ble spørsmålene gruppert. Faktoranalyse gav sju funksjonsområder som man kan forholde seg til i praksis. Funksjonssvikt er til stede på et område når en person har besvart ett eller flere av spørsmålene innenfor området med «mye nedsatt» eller «kan ikke». For statistiske og forskningsmessige formål kan det også beregnes gjennomsnittsskårer totalt og for hvert enkelt funksjonsområde.

Tabell 3 Gjennomsnittsskåre i Norsk Funksjonsskjemas områder etter diagnosegruppe blant sykmeldte (N = 386)

Funksjonsområde	Totalt	Diagnosegruppe			Signifikansnivå ¹ P-nivå
		Muskel- og skjelettsykdom	Psykisk sykdom	Andre sykdommer	
Fysisk – gå/stå	1,60	1,80	1,22	1,47	< 0,001
Fysisk – holde/plukke	1,48	1,60	1,34	1,38	< 0,001
Fysisk – løfte/bære	1,85	2,12	1,27	1,67	< 0,001
Fysisk – sitte	1,33	1,45	1,28	1,20	< 0,01
Psykisk – mestre	1,56	1,40	2,13	1,60	< 0,001
Psykisk – kommunisere	1,27	1,17	1,64	1,29	< 0,001
Psykisk – se/høre	1,13	1,10	1,31	1,12	< 0,01
Totalt	1,52	1,59	1,49	1,45	< 0,01

¹ Forskjeller i gjennomsnittsskåre ble testet med ANOVA

Utvalgets representativitet

Den lave deltakelsen i undersøkelsen ble vurdert å ha mindre betydning fordi dette var en metodisk utprøving. Antallet besvarelser var stort nok for analyser av validitet og sammenlikninger med andre skjemaer.

Personer med gradert sykmelding har bedre funksjonsevne enn de med hel sykmelding (15). I vår undersøkelse var andelen på gradert sykmelding lavere enn landsgjennomsnittet, noe som kan ha gitt en overrapportering av funksjonssvikt.

At personer med psykiske sykdommer var underrepresentert i utvalget, kan ha medført lavere rapportering av svikt på psykiske funksjonsområder enn det som virkelig forekommer.

Besvarelse av spørsmål

Andelen ubesvarte spørsmål var lav, gjennomsnittlig 4%, og på nivå med andre instrumenter, slik som 7% i Nottingham Health Profile, og mellom 0,5% og 4% i de ulike delene av SF-36 (11). Norsk Funksjonsskjema synes derfor å ha vært enkelt å fylle ut, og spørsmålene ble oppfattet som relevante.

Vi spurte om aktiviteter i løpet av den siste uken for å unngå døgnmessige variasjoner. På andre skjemaer har kortere tidsperspektiv vært brukt, slik som spørsmål om hvordan funksjonen er akkurat nå (9). Som konsekvens fikk vi antakelig mindre spredning av svar.

Validitet

Spørsmålet om skjemaet virkelig fanger opp svikt i funksjonsevne, er avgjørende. Skjemaet var basert på aktivitetsdimensjonen i ICF, som har internasjonal aksept (16). Det ble også evaluert av norske eksperter på arbeidsliv og trygd. Graden av konsensusvaliditet var dermed høy.

Noen gullstandard for denne type instrumenter finnes ikke, men tolkingsvaliditeten (construct validity) ble undersøkt på flere måter. Den selvrapporterte funksjonsevnen ble relatert til andre spørsmål der det kunne forventes en sammenheng eller til andre liknende instrumenter. De sykmeldtes diagnoser samsvarte godt med område for funksjonssvikt, noe som kan tyde på god validitet.

Det var mindre funksjonstap blant personer med gradert sykmelding. I en tidligere undersøkelse ble det vist at selvrapportert arbeidsevne var bedre blant personer med graderte sykepenger (15), og våre resultater er i samsvar med de funnene.

Det var ingen forskjeller i funksjonsnivå etter kjønn og alder. Utvalget inkluderte personer ved seks ukers sykefravær. Disse hadde et betydelig funksjonstap uansett kjønn og alder. Ved bruk av Norsk Funksjonsskjema i en normalbefolkning vil man antakelig finne både aldersgradienter og kjønnsforskjeller (17).

Funksjonsområdene viste høy korrelasjon med tilsvarende områder i SF-36 og COOP/

WONCA og lav med områder som ikke var tilsvarende. Siden SF-36 og COOP/WONCA anses som valide instrument for måling av funksjon (11, 13), kan også dette tyde på tilfredsstillende tolkingsvaliditet i Norsk Funksjonsskjema.

Prediktiv validitet, det vil si hvor godt det videre sykefraværet kan forutses ut fra pasientens egenrapporterte funksjon, ble ikke undersøkt. Pasientens besvarelser ble heller ikke sammenliknet med legens oppfatning om funksjonsnivået. Begge disse typene av validitet er interessante, men ikke avgjørende for om et egenrapporteringsskjema skal brukes. Pasientens egen beskrivelse og en ekstern, faglig vurdering kompletterer hverandre.

Studien søkte ikke å besvare spørsmålet om hvordan en egenbeskrivelse av funksjon best kan innhentes. Tradisjonelt har legers funksjonsvurderinger skjedd ved opptak av anamnesen. Funksjonsvurderinger basert på muntlig informasjon er usikre, siden de preges av legens evne til å referere pasientens egenbeskrivelse systematisk og korrekt.

Et alternativ til spørreskjema er et strukturert intervju, der legen innhenter informasjon om funksjonsevne etter et bestemt mønster, eventuelt ved standardspørsmål. En slik tilnærming kan enkelt individualiseres med «åpne» spørsmål (18). Også i strukturerte intervjuer vil pasientens utsagn filtreres gjennom legens vurdering.

Norsk Funksjonsskjema beskriver pasienters individuelle funksjon. Det omfatter ikke krav til funksjon på arbeidet. Forhold ved arbeidsplassen må selvsagt belyses i oppfølgingen av sykmeldte og settes i relasjon til den sykmeldtes funksjonsnivå.

Norsk Funksjonsskjema prøves nå i forskningsprosjektet *Funksjonsvurderinger – behandlerens rolle i det inkluderende arbeidsliv* ved Universitetet i Oslo. Skjemaet blir brukt til å skaffe informasjon på en systematisk måte og som hjelpemiddel i dialogen mellom pasient og lege om funksjon og arbeidskrav. Det brukes for øyeblikket ikke systematisk i trygdens arbeid med funksjonsvurderinger, men er utprøvd i saksbehandlingen ved trygdekontorene for å vurdere behovet for oppfølgingstiltak. Saksbehandlerne oppfattet skjemaet som nyttig og brukte det både som informasjonskilde og som grunnlag for samtalen med den sykmeldte (4).

Skjemaet er også blitt tatt i bruk av allmennpraktikere for å få informasjon om pasientens funksjonsnivå når det skal skrives erklæring til trygden.

Studien ble gjennomført med støtte fra Rikstrygdeverket. Vi takker Rodica Balanescu for hjelp med statistiske analyser, og Nanna Stender, Jon Haslestad og Liv Torgersen for mange innspill til utviklingen av skjemaet. Vi takker også trygdekontorene i Arendal, Grimstad, Hamar, Harstad, Larvik, Ringsaker, Tromsø og Tønsberg for bistand ved gjennomføringen.

e-tab 2, e-tab 4 og e-fig 1 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 27. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2000.
2. St.prp. nr. 1, tillegg nr. 1 (2001–02). Intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv – budsjettmessige konsekvenser mv.
3. Cocchiarella L, Andersson G, red. Guides to the evaluation of permanent impairment. 5. utg. Chicago: AMA Press, 2002.
4. Egenvurdering av funksjon – utvikling av Norsk funksjonsskjema for bruk i trygdeetaten. RTV-rapport 5/2002. Oslo: Rikstrygdeverket, 2002.
5. World Health Organization. ICF-International classification of functioning, disability, and health. Genève: World Health Organization, 2001.
6. Social Security Office. A guide to incapacity benefit – the personal capability assessment. Leeds: DWP Communications, 2002.
7. van Dijk FJ, Prins R. Occupational health care and work incapacity: recent developments in the Netherlands. *Occup Med* 1995; 45: 159–66.
8. Nordenfelt L. The importance of a disability/handicap distinction. *J Med Philos* 1997; 22: 607–22.
9. Reiso H, Nygard J, Brage S et al. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Fam Pract* 2000; 17: 139–44.
10. Fleten N, Johnsen R, Skipenes B. Sykmeldte tror tiltak på arbeidsplassen kan redusere sykefravær. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3730–4.
11. Brazier J, Harper R, Jones N et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992; 305: 160–4.
12. Scholten J, van Weel C. Functional status assessment in family practice. The Dartmouth COOP functional health assessment charts/WONCA. Lelystad: Meditekst, 1992.
13. Bentsen B, Natvig B, Winnem M. Vurdering av egen funksjonsevne. COOP-WONCAs spørreskjemaer i klinikk og forskning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1790–3.
14. Kleinbaum D, Kupper L. Applied regression analysis and other multivariate methods. Boston: Duxbury Press, 1978.
15. Brage S, Reiso H. Arbeidsevne og kjønn – legers vurderinger av sykmeldte. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3737–40.
16. Wade D, De Jong B. Recent advances in rehabilitation. *BMJ* 2000; 320: 1385–8.
17. Loge J. Short Form 36 (SF-36) health survey; normative data from the general Norwegian population. *Scand J Soc Med* 1998; 26: 250–8.
18. Wergeland E, Strand K. Need for job adjustment in pregnancy. Early prediction based on work history. *Scand J Prim Health Care* 1998; 16: 90–4.