



HÄLSOHÖGSKOLAN
HÖGSKOLAN I JÖNKÖPING

Validity and Reliability of the Instrument DOA; A Dialogue about Working Ability

Irène Linddahl

Validity and Reliability of the Instrument DOA; A Dialogue about Working Ability

Iréne Linddahl

Akademisk avhandling som för avläggande av filosofie licentiatexamen vid HälsöHögskolan, Högskolan i Jönköping kommer att försvaras i sal Forum Humanum, HälsöHögskolan i Jönköping fredagen den 11 maj kl 09.00. Opponent professor Mona Eklund, Lunds Universitet

Abstract

The overall aim of this thesis was to examine the construct validity and the reliability of the instrument DOA; Dialogue about working ability. The theoretical foundation for DOA is the Model of Human Occupation. The instrument is divided into two sections; client self-assessment and professional assessment focusing on the individual's working ability. The assessments are followed by a dialogue to distinguish goals for the return-to-work process based on the client's own preferences. In line with the theoretical base, the concept 'work' refers to both paid work and other productive activities related to work.

In **Study I**, 21 professionals and 126 clients participated from three clinics in Sweden. All clients were involved as outpatients in psychiatric work rehabilitation in county councils or community services. The results from the Rasch analysis test indicated that items are well separated from each other and generally work together in five unidimensional continuums with the objective to measure abilities related to work. Twenty-nine of 34 items showed goodness-of-fit statistics, which means acceptable infit MnSq values from ≥ 0.6 to ≤ 1.4 in association with Z values from -2 to 2 , and that the five misfit items have to be revised.

Thirty-four outpatient clients and 14 professionals from four clinics within psychiatric work rehabilitation in Sweden participated in **Study II**. Two reliability aspects were studied: test-retest and inter rater reliability. The statistical analyses used were Spearman Rank Correlation test and Percentage of agreement (PA). Generally, the Spearman Rank Correlation test showed acceptable significant correlations between test-retest since a greater part of items correlated "moderate to good" ($r = 0.51 - 0.75$). In the inter raters' test PA was good, ranging from 93.1 % to 96.5 %, which is well above the acceptable criteria of 80 %. There were no significance differences between the raters. The study has shown that one item has to be revised.

The findings verify that DOA has potential as a means of making valid and reliable assessments of working ability, as described by the Model of Human Occupation, out of both clients' and occupational therapists' perspective.

Keywords: Client dialogue, goal setting, occupational therapy, participation, Rasch analysis, unidimensionality, work assessment.

Validity and Reliability of the Instrument DOA; A Dialogue about Working Ability

Irène Linddahl

© Irène Linddahl 2007
Hälsöskolans avhandlingsserie ISSN 1654-3602, ISBN 978-91-85835-00-3
Hälsöskolan, Box 1026, 551 11 Jönköping

Abstract

The overall aim of this thesis was to examine the construct validity and the reliability of the instrument DOA; Dialogue about working ability. The theoretical foundation for DOA is the Model of Human Occupation. The instrument is divided into two sections; client self-assessment and professional assessment focusing on the individual's working ability. The assessments are followed by a dialogue to distinguish goals for the return-to-work process based on the client's own preferences. In line with the theoretical base, the concept 'work' refers to both paid work and other productive activities related to work.

In **Study I**, 21 professionals and 126 clients participated from three clinics in Sweden. All clients were involved as outpatients in psychiatric work rehabilitation in county councils or community services. The results from the Rasch analysis test indicated that items are well separated from each other and generally work together in five unidimensional continuums with the objective to measure abilities related to work. Twenty-nine of 34 items showed goodness-of-fit statistics, which means acceptable infit MnSq values from ≥ 0.6 to ≤ 1.4 in association with Z values from -2 to 2 , and that the five misfit items have to be revised.

Thirty-four outpatient clients and 14 professionals from four clinics within psychiatric work rehabilitation in Sweden participated in **Study II**. Two reliability aspects were studied: test-retest and inter rater reliability. The statistical analyses used were Spearman Rank Correlation test and Percentage of agreement (PA). Generally, the Spearman Rank Correlation test showed acceptable significant correlations between test-retest since a greater part of items correlated "moderate to good" ($r = 0.51 - 0.75$). In the inter raters' test PA was good, ranging from 93.1 % to 96.5 %, which is well above the acceptable criteria of 80 %. There were no significance differences between the raters. The study has shown that one item has to be revised.

The findings verify that DOA has potential as a means of making valid and reliable assessments of working ability, as described by the Model of Human Occupation, out of both clients' and occupational therapists' perspective.

Keywords: Client dialogue, goal setting, occupational therapy, participation, Rasch analysis, unidimensionality, work assessment.

Tack till

Professor emeritus Birgitta Lundgren-Lindquist, det är Du som står bakom att avhandlingsarbetet tog form. Tack också för Dina goda råd och uppmuntrande ord längs vägen.

Professor Gerd Ahlström för Ditt ledarskap och att Du skapade förutsättningar så att avhandlingen kunde läggas fram inom ramen för den nystartade forskarskolan på Hälsohögskolan i Jönköping.

Anna-Britta Jannerfeldt, tidigare prefekt på min arbetsplats, för att Du stöttade mig att söka löne-medel för den sista delen i avhandlingsarbetet och gav mig tid och utrymme att fullfölja arbetet.

Professor Torbjörn Falkmer, min huvudhandledare, för Din positiva utstrålning.

Tack för konstruktiv vägledning; inte minst stunderna vid Din whiteboard, tack för givande diskussioner och att Du så generöst delat med Dig av Dina kunskaper.

Doktor Anita Björklund, min goda bihandledare, för Ditt tålamod och att Du ständigt funnits till hands. Tack också för Din värme och din kloka överblick och Ditt genomtänkta sätt att ge feedback och stöd längs vägen.

Sofi Almers, forskningskoordinator, för god support och sakkunnigt administrativt stöd i slutskedet av avhandlingsarbetet.

Oskar Pollack, informatör vid Hälsohögskolan, för god vägledning avseende layout och tryckning av avhandlingen.

Kollegorna vid Avdelningen för rehabilitering, Hälsohögskolan i Jönköping, för stöd och uppmuntran längs vägen.

Arbets terapeut Eva Norrby, min goda samarbetspartner och vän genom åren, tack för alla inspirerande stunder av reflektioner och diskussioner; från början när DOA växte fram, som vi fortfarande har och som jag hoppas kommer att bestå!

Doktor Marcus Koskinen-Hagman för Ditt engagemang och Ditt arbete med våra Rasch-analyser och inte minst för Din vänliga och pedagogiska guidning in i Raschmodellens komplexa och komplicerade värld.

Inga-Britt Lindström, Anna Burén, Tina Poulsen, Sofia Segergren och övrig personal på Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter för ert engagemang med att publicera instrumentet DOA och att anordna kursdagar för arbetsterapeuter.

Margaretha Mejerstedt, Eivor Blomqvist och Ulla Freding, mina tidigare chefarbetsterapeuter, för att ni på olika sätt har stimulerat och bidragit till utveckling av DOA, inte minst genom ert generösa sätt att frigöra projektmedel.

Alla klienter, arbetsterapeuter och annan rehabiliteringspersonal för att ni deltagit i studierna och gjort det möjligt för oss att genomföra dem. Ett särskilt tack till personalen på Arbetsrehab i Jönköping och Bromma för att ni genom åren har visat ett så starkt engagemang att bidra till utveckling av instrumentet DOA.

Min kära familj, Hans-Olof och barnen Sara, Ulrika och Samuel med familjer, för att ni har uppmuntrat och stöttat mig genom åren. Inte minst Du Hans-Olof som så tålmodigt och kärleksfullt har funnit Dig i att många kvällar och helger åtgått till arbete och studier och då omsorgsfullt ställt upp med god fika och mat. Ni är alla guld värda!

Förord

Mitt intresse för metod- och instrumentutveckling inom arbetsterapi växte fram under grundutbildningen till arbetsterapeutexamen vid Hälsohögskolan, Jönköping under tidigt 1990-tal. Jag blev då allt mer övertygad om att de arbetsterapeutiska praxismodeller som presenterades under utbildningen borde integreras i den kliniska verksamheten inom arbetsterapi på ett mycket tydligare sätt än vad jag dittills kunnat se i samband med praktikperioderna. Min förhoppning var att de teoretiska modellerna skulle bidra till att utveckla professionen; dels genom att tillföra en gemensam begreppsapparat för arbetsterapeuterna och dels genom att modellerna skulle kunna bidra till en tydligare fokusering på klientens delaktighet under hela rehabiliteringsprocessen, från utredning och bedömning, formulering av mål, genom interventionsprocessen och slutligen vid uppföljning av klientens målluppfyllelse.

I mitten av 1990-talet hade jag möjlighet att medverka i ett nystartat projekt inom arbetsrehabilitering på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping (Norrby & Linddahl, 1997). Syftet med detta projekt var att utveckla metoder för bedömning av klienters arbetsförmåga med utgångspunkt från den teoretiska modellen A Model of Human Occupation (Kielhofner, 1995). I projektet ingick även att ta fram metoder för kontinuerlig utvärdering av klienternas upplevelse av rehabiliteringen samt att utforma metoder för rehabiliteringen som involverade klientens egen uppfattning om sin förmåga. Vid genomgång av bedömningsinstrument inom arbetsterapi i Sverige framkom att dessa utgick från att klienten hade en arbetssituation att relatera till i ett relativt nära tidsperspektiv. Flertalet av de klienter som remitterades till verksamheten hade långa sjukskrivningsperioder bakom sig och flera saknade ett arbete att gå tillbaka till.

Utifrån detta sammanhang utvecklades instrumentet ”Dialog om aktivitetsförmåga riktad mot arbete”, i fortsättningen benämnt DOA (Linddahl & Norrby, 1998; Norrby & Linddahl, 2001; 2006a). Ett mål med denna instrumentutveckling var att vi ville lägga tyngdpunkt på klientens delaktighet i bedömningssituationen. Ett annat mål var att instrumentet skulle vara utformat så att det kunde ge en tydlig bild över såväl resurser som begränsningar hos klienten samt ge underlag för klientens mål och delmål för fortsatt rehabilitering. Genom att utgå från klientens egen kännedom om sin förmåga och komplettera med arbetsterapeutens bedömning så menade vi att klientens möjligheter till en realistisk bedömning av dennes förutsättningar för återgång i arbetslivet borde öka.

Vid summering av erfarenheter från de sammanhang där jag arbetat med utvecklingsarbete så har den största drivkraften varit att utveckla metoder som främjar klienten att känna mening och delaktighet i sin rehabilitering. Sådana kvaliteter vill jag även lyfta fram i min fortsatta ramberättelse eftersom den har sitt ursprung i instrumentet DOA som avser att fokusera på klientens förutsättningar till arbete och vad som kan skapa mening sett utifrån dennes eget perspektiv (Norrby & Linddahl, 2001; 2006a).

Avhandlingen har sin utgångspunkt i företeelsen individriktad rehabilitering och den samhälleliga bevekelsegrunden för att studera denna företeelse. Därefter följer en bakgrundsbeskrivning med olika delavsnitt från innebörden i begreppet "arbete" till forskningsresultat som stöder en individriktad rehabilitering till arbete, följt av en beskrivning av instrumentet DOA. Den senare delen av avhandlingen utgår från det övergripande syftet för de två delstudierna, följt av en redogörelse för studiernas metoder och resultat. Avslutningsvis sammanfattas resultaten och en diskussion förs i relation till de fynd som framkommit och de valda metoderna.

Innehåll

Abstract	1
Tack till	2
Förord	4
Introduktion	7
Företeelsen individinriktad rehabilitering	7
Individinriktad rehabilitering inom arbetsterapi	8
Samhällelig bevekelsegrund för att studera individinriktad rehabilitering	10
Bakgrund	11
Arbete	12
Arbetets incitament	13
Arbetsförmåga	14
Sjuktal och sjukfrånvaro i Sverige	17
Forskningsresultat som stöder en individinriktad rehabilitering	19
Bedömningsinstrumentet DOA och dess teoretiska grund.....	21
Avhandlingens syfte	25
Metoder och genomförande	25
Undersökningsgrupper	25
Datainsamlingsprocedurer	27
Dataanalysprocedurer	28
Etiska överväganden	29
Sammanfattning av resultaten	30
Studie I	30
Studie II	32
Resultatdiskussion och implikationer för arbetsterapi	34
Metoddiskussion	39
Summary	43
Referenser	44
Paper I - II	

Introduktion

I denna avhandling avser termen ”individriktad rehabilitering” fokusering på individens unika behov och dennes aktiva medverkan utifrån ett holistiskt synsätt.

Företeelsen individriktad rehabilitering

En individriktad rehabilitering förutsätter klientens delaktighet eftersom denne är ”den störste experten på sina besvär”; ett uttryck som Socialstyrelsen myntade för ett antal år sedan. Nationalencyklopedin (2006) beskriver begreppet delaktighet som en aktiv medverkan med olika nyanser med tonvikt på känslan av att vara till nytta, ha medinflytande. Följaktligen kan bara den enskilde individen själv avgöra graden av delaktighet, vilket får till följd att en individ kan delta i ett sammanhang utan att känna delaktighet. Delaktighetsbegreppet finns med som en av komponenterna i ICF’s klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder (Socialstyrelsen, 2003a). ICF organiserar sin information om dessa komponenter i två delar som tillsammans ger en uppfattning om en individs hälsotillstånd. Den ena delen består av ”funktionstillstånd och funktionshinder” som omfattar en kroppskomponent och en gemensam aktivitets- och delaktighetskomponent. Den andra delen avser ”kontextuella faktorer” som omfattar fysiska, sociala och attitydmässiga omgivningsfaktorer och personliga faktorer som kan vara kön, ålder, vanor, coping, social bakgrund, utbildningsbakgrund, yrke etc. Begreppet ”delaktighet” definieras som en persons engagemang i en livssituation och representerar det sociala perspektivet i ett funktionstillstånd. Engagemang kan enligt ICF innefatta ”att delta, att ingå i eller vara involverad inom ett livsområde, att vara accepterad eller att ha tillgång till nödvändiga resurser”. Vad som ingår i nödvändiga resurser anges inte men kan härröras till domänerna i samtliga komponenter. Klassifikationen visar att den har en mer systemteoretisk än hierarkisk struktur eftersom den förutsätter en dynamisk interaktion mellan hälsoförhållanden och kontextuella faktorer i sin förklaring till en individs hälsotillstånd.

Hälso- och sjukvårdens mål för rehabilitering har en tydlig delaktighetsaspekt i sin formulering om att rehabiliteringen ska utgå från den enskilda individens behov och bygga på respekt för dennes självbestämmande och integritet (Socialstyrelsen, 1993). Även den arbetslivsinriktade rehabiliteringen förutsätter att individen ges möjlighet att vara medansvarig och ta aktiv del i rehabiliteringsprocessen olika steg tillbaka till arbete (Socialdepartementet, 2000). Oavsett verksamhetsområde så är det primära syftet med all

rehabilitering att den utgår från den enskilde individens behov och aktiva medverkan genom hela rehabiliteringsprocessen. Detta synsätt stämmer väl överens med rehabiliteringsforskaren Jonas Åbergs (1994; 1996) uttalande att individens roll som subjekt och initiativtagare är fundamental i all rehabilitering. Han betonar att individen ska stödjas till att utveckla förmågor som inte är relaterade till diagnos utan till sin egen särart och uttalade vilja. Ett sådant helhetsperspektiv utgår från att individuella faktorer vägs samman med fysiska och sociala miljöaspekter som tillsammans kan bidra till att utveckla en individs förmåga i positiv riktning.

I en uppföljande studie som Socialstyrelsen (2003b) presenterar om klientens rätt till delaktighet framkommer att klienter ibland känt sig otrygga och utlämnade åt att själva fatta alla beslut. I rapporten betonas därför att en individuellt anpassad information är grundläggande viktig för att klienten ska ha möjlighet att utveckla en ökad insikt om sin situation och därigenom underlätta sitt medinflytande i fortsatt vårdplanering. I rapporten framhålls vidare att delaktighet och medverkan i beslutsprocessen inte får utformas så att patienten riskerar att hamna i en konfliktfylld situation med sin egen bristande kompetens och stort beslutsansvar. Vårdpersonalen, där arbetsterapeuten är en av aktörerna, måste istället hjälpa klienten att värdera de olika alternativen, ge aktiv vägledning och försäkra sig om att denne har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva sitt självbestämmande. Här betonas också samtalets viktiga och centrala verktyg för vårdpersonal inom hälso- och sjukvårdens verksamheter och att klientens inflytande skulle öka om vårdgivaren för varje klient gjorde upp en skriftlig individuell plan som utformas tillsammans med klienten. Sådana kvaliteter förutsätter att vårdgivaren är medveten om sitt förhållningssätt och reflekterar över hur man kan planera och lägga upp sitt arbete så att det leder till ett nära och förtroendefullt samarbete med klienten.

Individinriktad rehabilitering inom arbetsterapi

The Model of Human Occupation, en teoretisk modell som används av arbetsterapeuter inom rehabilitering, utgår från ett individinriktat synsätt som vägleder arbetsterapeuten att förstå en klients förmåga och oförmåga utifrån dennes perspektiv (Kielhofner, 2002). Som en naturlig följd därav utgår även de skattnings- och intervjuinstrument som finns att tillgå inom modellen från klientens känslor och tankar om sin förmåga och sig själv som aktör.

Interventionsmodellen, "Occupational Therapy Intervention Process Modell", utgår från ett individinriktat synsätt (Fischer, 1998). Modellen förespråkar att arbetsterapeuten formulerar frågor som första hand utgår från vad klienten ser som det huvudsakliga problemet, vad klienten gör och vill kunna göra idag och vilka aktiviteter klienten vill kunna göra i framtiden. Eftersom modellen bygger på "occupation" betonas, i likhet med the Model of Human Occupation, att arbetsterapeuten erbjuder klienten interventioner med aktiviteter som är meningsfulla och av betydelse för klienten. Dialog och samarbete mellan arbetsterapeut och klient löper som ett parallellt spår genom samtliga delar av processen; från det första samtalet om att fastställa det utförandesammanhang klienten befinner sig i till den avslutande bedömningen som avser att avgöra om utförandet har förbättrats.

I en kanadensisk studie använder författarna begreppet "Client-centered process" som kan betraktas ses som en motsvarighet till individinriktad rehabilitering. Begreppet innebär att arbetsterapeuten ser klienten som en samarbetspartner, att klientens behov, erfarenheter och kunskaper styr behovet av arbetsterapi och att arbetsterapeuten visar respekt för klientens förmåga att välja och prioritera aktivitet (Townsend, 2002). Restall, Ripat och Stern (2003) har utvecklat ett antal kategorier för detta synsätt, benämnt "The client-centered strategies framework". En av kategorierna avser "Personal reflection" som bland annat lyfter fram vikten av att arbetsterapeuten reflekterar över sin personliga värdegrund, sin professionella värdegrund och hur hon/han kan utveckla sina kommunikationsfärdigheter och sin dialog med klienten. I en annan kategori benämnd "Client-centered process" påtalas vikten av att informera och "lära" klienten vad ett sådant arbetssätt innebär samt att utvärdera denna process. En ytterligare kategori "Practice settings" handlar om hur arbetsterapeuter kan bidra till att utveckla denna "Client-centered process" på sina arbetsplatser.

En individinriktad rehabilitering förutsätter som tidigare nämnts att arbetsterapeuten, utöver sin professionella bedömning, inrymmer klientens egen uppfattning om sin förmåga. I en studie av brittiska forskare inom arbetsterapi framkom att en sådan kombination ledde till en mera trovärdig och tydlig beskrivning i dokumentationen av klienternas arbetsförmåga i jämförelse med enbart en objektiv bedömning. Även klienterna uttryckte tillfredsställelse och ansåg att en sådan helhetsbedömning gav dem en realistisk bild av sin förmåga. Man kände sig också delaktig i de rekommendationer som gavs för fortsatt rehabilitering (Jackson, Harkness & Ellis, 2004). De bedömningsinstrument som utvecklats inom arbetsterapi och som utgår från klientens egen uppfattning om arbetsförmåga är Worker Role Interview

(Ekbladh & Haglund, 2000a) och Work Environment Impact Scale (Ekbladh & Haglund, 2000b). Båda dessa intervjuinstrument har utvecklats i USA med A Model of Human of Occupation som teoretisk grund och har prövats i ett flertal studier för svenska förhållanden (Ekbladh, 1999; Ekbladh, Haglund & Thorell, 2004; Haglund, Karlsson, Kielhofner & Lai, 1997; Kielhofner, Shei Lai, Olson, Haglund, Ekbladh & Hedlund, 1999). En begränsning med dessa instrument är att de utgår från att klienten har arbetserfarenhet och en arbetssituation att relatera till i ett inte alltför avlägset tidsperspektiv. Det instrument som prövas inom ramen för denna avhandling är utformat så att det kan tillämpas även gentemot klienter som av olika anledningar varit borta från arbetsmarknaden under en längre tid. Instrumentet DOA förutsätter klientens delaktighet där klientens och arbetsterapeutens respektive skattningar utgör ett viktigt underlag i dialogen kring måldiskussion och utformning av individuell rehabiliteringsplan tillbaka till arbete (Norrby, Linddahl, 2001; 2006a). Denna delaktighetsaspekt ligger väl i linje Socialstyrelsens (1993; 1997a) intentioner om att vården ska utgå från klientens behov och perspektiv.

Samhällelig bevekelsegrund för att studera individinriktad rehabilitering

Den definition på rehabilitering som Socialstyrelsen tillsammans med landstings- och kommunförbundet står bakom utgår från att rehabilitering ska stå för tidiga, samordnade och allsidiga insatser där medicinska, psykologiska, pedagogiska, sociala och tekniska insatser kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen (Socialstyrelsen, 1993). Definitionen bygger på FN's standardregler från 1993 där begreppet "rehabilitering" definieras som "en process som syftar till att människor med funktionsnedsättningar skall uppnå och bibehålla bästa möjliga fysiska, intellektuella, psykiska eller sociala funktionsförmåga och att ge dem möjligheter att förändra sina liv för att uppnå ett större oberoende". Här framkommer tydligt att rehabilitering inte avser enstaka insatser utan en process med flera delsteg som kan vara "åtgärder av skilda slag, som att återställa en funktion, kompensera förlusten eller avsaknaden av en funktion eller kompensera en funktionsbegränsning" (Socialstyrelsen, 2002). I början av 1990-talet infördes en ny rehabiliteringsreform om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen i Sverige. Några av reformens syften var att minska sjukfrånvaron och få till stånd tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser samt att införa arbetslinjen i socialförsäkringen. Med arbetslinjen avses att så många som möjligt ska kunna försörja sig genom arbete och vid behov stöttas för att klara detta. Trots reformen ökade antalet långtidssjukskrivna dramatiskt i slutet av 1990-talet. Under

drygt två år mellan 1998-2000 skedde en ökning av långtidssjukskrivning med nära 80 procent till närmare 217 000 personer, samtidigt som analyser visade att aktiva rehabiliteringsinsatser förekom alltför sent eller sällan. Eftersom regeringen ej godkände den då rådande situationen tillsattes en ny utredning som fick namnet ”Rehabilitering till arbete, en reform med individen i centrum” (Socialdepartementet, 2000). I slutbetänkandet av den nya utredningen framkommer tydligt att individens egna föreställningar om sin framtida hälsa borde belysas mera eftersom forskning visat att detta har ett högt prognosvärde för arbetsåtergång. Som ett led i utredningsarbetet ersatte utredarna begreppet ”arbetslivsinriktad rehabilitering” med ett mera tidsenligt begrepp ”rehabilitering till arbete” och föreslog följande definition: ”Rehabilitering till arbete är en sammanhållen individuellt strukturerad process där individen aktivt deltar i olika koordinerade insatser, ofta parallellt. Processen styrs utifrån rehabiliteringsmål satta av individen i samverkan med aktuella aktörer och enligt arbetslinjens princip att komma i arbete”. Den förändrade synen på rehabilitering bryter den gamla traditionen att dela upp aktiviteter och ansvarsområden i medicinsk, social, yrkesinriktad och arbetslivsinriktad rehabilitering, vilket också innebär att myndighetsperspektivet blir underordnat individ- och helhetsperspektivet. Utredarna har även kartlagt att forskning och utveckling är eftersatt inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och man betonar att forskningen bör ha sin utgångspunkt i den nya definitionen av rehabilitering till arbete. Ett av de områden som framhålls som väsentliga för forskning är hur rehabiliteringsprocessen ska utformas för att vara en stödjande och utvecklande process för individen tillbaka till arbete. Ett forskningsområde som behöver utvecklas är hur individens egna resurser och kapacitet ska mobiliseras så att denne kan känna sig motiverad att ta ansvar för sitt liv och sin hälsa (Socialdepartementet, 2000).

Bakgrund

Bakgrunden inleds med en kort översikt av arbetets historia, följt av arbetets innebörd och dess betydelse för individen. Därefter följer ett försök att beskriva den komplexa innebörden i begreppet arbetsförmåga. Nästa delavsnitt ger en kort information om ohälsotalet i Sverige, följt av en text om vikten av klientens delaktighet och medinflytande i rehabilitering tillbaka till arbete med stöd av aktuell forskning. Avslutningsvis presenteras bedömningsinstrumentet DOA och dess teoretiska grund.

Arbete

Människans arbete tycks ha en lika lång historia som människan själv; från nomadlivets villkor, via bondesamhälle och industrisamhälle till dagens kunskapssamhälle som successivt utvecklas mot ett mera globalt kunskapssamhälle. Nordell (2002) har kommit fram till att alla aktiviteter i en människas vakna liv kan fördelas mellan fyra större kontexter där arbete med inriktning mot ”förvärvsarbete” utgör en kontext och innehåller de aktiviteter vi gör mot ersättning. Hon menar att förvärvsarbete nästan alltid är funktionellt avgränsat från de övriga tre kontexterna ”egenarbete”, ”personlig tid” och ”fri tid” som istället har ganska oklara gränser mot varandra. Nationalencyklopedin (2006) har en liknande beskrivning och beskriver arbete som ”en verksamhet på vilken en människa bygger sin försörjning” och begreppet ”förvärvsarbete” som ett ”arbete som utförs mot betalning, antingen av avlönad arbetstagare eller av egen företagare”. Här framkommer en intressant motsättning till det mera mångfacetterade synsättet inom arbetsterapi där alla typer av produktiva aktiviteter betraktas som arbete (Jacobs,1991; Kielhofner; 2002, Wilcock, 1997). Här ingår, förutom förvärvsarbete, även det arbete som utförs i andra slags roller som studerande, frivilligarbetare eller seriös hobbyutövare etc. Denna vidgade syn kan sägas inkludera både ett humanistiskt perspektiv som inrymmer användandet av tid, energi, meningsfullhet och uppmärksamhet och ett samhällsekonomiskt perspektiv avseende försörjningsaspekten.

Under 1900-talet har arbete till stor del jämförts med lönearbete eller förvärvsarbete medan arbetslivsforskare under senare delen av 1900-talet såg detta som ett alltför snävt ekonomiskt begrepp och istället önskade vidga begreppet till att även inkludera andra verksamheter (Karlsson 1986). Karlsson fann i sin genomgång av svensk och internationell litteratur inom samhällsvetenskapen att begreppet arbete beskrivs på så många olikartade sätt inom skilda discipliner att en enhetlig definition var omöjlig att utforma. Hans lösning av motsättningarna var att formulera ett övergripande och enkelt arbetsbegrepp att arbetet är människans görande i nödvändighetens sfär. Därunder presenterar Karlsson ett begreppssystem som tillsammans definierar arbete utifrån ett samhällsvetenskapligt perspektiv:

- Arbete är alltid en verksamhet
- Arbete är en målinriktad aktivitet
- Målsättningen med arbetsverksamheter är att tillfredsställa mänskliga behov för överlevnad och ett säkrare, bekvämare och trevligare liv
- Arbete innebär att människan bemästrar eller ingår i naturen

- Arbete är en aktivitet som producerar något som är av värde för människor, alltså bidrar det till en social relation.

Karlsson (1986) fann också att konceptionen av arbete ej borde innefatta något som i någon mening är ont eller skadligt. Detta är noterbart med tanke på det ökade ohälsotalet som växt fram i Sverige under de senaste decennierna.

Arbetets incitament

I en avhandling vid Stockholms universitet undersöktes varför arbetslinjen genom tiderna haft en så framträdande och normgivande ställning inom arbetslöshetspolitiken (Eriksson, 2004). Avhandlingen visar att arbetslinjen växte fram de första decennierna under 1900-talets stora arbetslöshet i Sverige och utvecklades för att pröva de hjälpsökandes arbetsvilja. Utifrån detta synsätt avsåg arbetskommissionen att de arbetslösa i första hand skulle sysselsättas på den öppna arbetsmarknaden och först i andra hand ges möjlighet till ett kontant ekonomiskt understöd. Lönearbete är därmed fortfarande ett viktigt incitament för individens försörjning och utgör ett av fundamenten i nutida svensk arbetsmarknadspolitik. Grundtanken i dagens arbetslinje är att lyfta fram och understödja individens arbetsförmåga, istället för att fokusera hans eller hennes oförmåga till att arbeta.

Nordenmark (1999) hänvisar i sin forskning till två motsatta ståndpunkter på arbetets betydelse för människan. I den ena ståndpunkten hänvisar han till Radetzki som uttryckt att förvärvsarbete för de flesta är ett medel att klara försörjningen och utgör därmed inte något eftersträvansvärt egenvärde i sig. I det motsatta perspektivet refererar Nordenmark till Jahodas syn på förvärvsarbets psykosociala mening. Här lyfter hon fram värdet av sociala kontakter utanför familjen, möjligheten till en daglig och regelbunden struktur samt betydelsen av att ingå i ett kollektiv som arbetar mot gemensamma mål. Vidare menar hon att förvärvsarbete kan bidra till att tillfredsställa individens behov av status och identitet. Även Allvin (1997) beskriver förvärvsarbete som identitetsskapande och det främsta medlet för individen att nå självförverkligande, förutsatt att arbetet är stimulerande och meningsskapande. Castells (1997/1998) menar att arbete inom överskådlig tid kommer att vara kärnan i människors liv beroende på att den avlönade arbetstiden i stor utsträckning strukturerar individens sociala tid. I det förmoderna samhället var däremot det sociala livet mera integrerat i de livsuppehållande sysslorna som omfattade både det vi i modern tid kallar

” förvärvsarbete” och ”egenarbete” Den sociala arenan har för de allra flesta därmed förskjutits från boendemiljön till arbetsplatsmiljön utanför hemmet (Allvin, 1997).

I en annan studie identifierades olika aspekter på arbete som kan påverka sjukskrivningstalet (Lindberg, Vingård, Josephson & Alfredsson, 2005). Här ingick 6 337 slumpmässigt utvalda kvinnor och män inom offentlig sektor. Deltagarna besvarade inledningsvis en baslinjeenkät och följdes sedan under ett år genom det nationella sjukskrivningsregistret. Vid uppföljning framkom att några av de bestämningsfaktorer som hade samband med inga sjukskrivningsdagar var positiv feedback från arbetsledningen, att det fanns en tydlighet i rollfördelningen på arbetet, att man var nöjd med sin arbetstid och att man hade en bra fysisk arbetsmiljö. I en annan studie som genomfördes i Storbritannien undersöktes hur arbetsledare inom arbetsterapi bör utöva sitt ledarskap för att bidra till arbetstillfredsställelse i en arbetsgrupp. Studien visade att arbetsledaren genom sina handlingar och sitt beteende hade en viktig nyckelroll i arbetsmiljön. De arbetsledare som kunde ge sina medarbetare stöd och feedback i deras arbete och som behandlade sina anställda likvärdigt var de som främst bidrog till en god arbetstillfredsställelse. Vidare var det viktigt att arbetsledaren kunde ta huvudansvaret för viktiga beslut inom verksamheten (Moore, Cruikshank & Haas, 2006).

Studierna visar att arbete, förutom den inkomstbringande effekten, har en viktig psykosocial roll att fylla som kan stimulera till social gemenskap och arbetslust, under förutsättning att arbetsorganisationen är utformad så att individens egen vilja och motivation tillvaratas. Här finns överensstämmelse med Karlssons (1986) begreppsformulering och till ytterligare forskning som visat att förvärvsarbete, förutom försörjningsaspekten, kan bidra till social gemenskap, personlig utveckling och välbefinnande (Brown, Kitchell, O’Neill, Locklear, Vosler, Kubek & Dale, 2001).

Arbetsförmåga

Begreppet arbetsförmåga är ett komplext begrepp som inte kan beskrivas entydigt. Den mångfacetterade innebörden i begreppet arbetsförmåga kan därför lätt leda till missförstånd mellan olika aktörer som tillämpar begreppet. Begreppet är centralt inom sjukförsäkringssystemet och därför menar Ludvigsson, Svensson och Alexandersson (2006) att det finns ett stort behov av ökad tydlighet, inte minst med tanke på begreppets betydelse vid bedömning av arbetsförmåga. I Tenglands (2006) analys av begreppet arbetsförmåga var

hans syfte att komma fram till en entydig användning av begreppet "arbetsförmåga" som kan vara vägledande vid tillämpning av socialförsäkringslagarna och inom forskningsområdet arbetsvetenskap och närliggande områden. Han fann att sjukdom, hälsa, kompetens, motivation och vilja, arbete och arbetsmiljö är begrepp som kan relateras till arbetsförmåga. Studien leder dock fram till två förslag på definition på arbetsförmåga. Den ena definitionen relaterar till en individs yrke eller nuvarande arbete: "En person P har (specifik) full arbetsförmåga om (om och endast om) P har den arbetsspecifika manuella och intellektuella kompetens, samt har den fysiska, psykiska och sociala hälsa som krävs för att utföra de uppgifter och nå de mål (med vissa produktions- och kvalitetskrav) som typiskt ingår i arbetet (eller som typiskt kan utföras eller nås av någon i yrkeskåren), givet att den fysiska, psykosociala och organisatoriska arbetsmiljön är acceptabel, d.v.s. är sådan att de flesta i samma yrkeskår (med liknande kompetens) förväntas klara av uppgifterna i miljön" (s. 30). Tenglands (2006) andra definition avser generell arbetsförmåga som han menar att de flesta individer har oavsett sitt nuvarande yrke: "En person P har generell full arbetsförmåga om (om och endast om) P har den fysiska, psykiska och sociala hälsa som krävs för att utföra något slags arbete, arbete som alla (i samma åldersgrupp och med samma kön) typiskt skulle kunna utföra efter en kortare träningsperiod, givet att den fysiska, psykosociala och organisatoriska arbetsmiljön är acceptabel, d.v.s. är sådan att de flesta individer i arbetsför ålder förväntas klara av uppgifterna i miljön" (s. 30).

Teoretiska modeller och synsätt inom arbetsterapi beskriver hur aktivitetsförmåga kan utvecklas i en dynamisk växelverkan med den omgivande miljöns fysiska och sociala komponenter och särskiljer inte förmågor kopplade till arbete från andra produktiva aktiviteter (Jacobs, 1991; Kielhofner, 2002; Townsend, 2002). En av dessa modeller, "the Model of Human Occupation" använder begreppen "human occupation" och "doing". Modellen belyser hur tre dimensioner av "doing" tillsammans påverkar en individs förmåga att utföra aktivitet. Den översta dimensionen av "doing" är "occupational participation" som refererar till individens engagemang och psykosociala välbefinnande, exempelvis på en arbetsplats, den andra dimensionen "occupational performance" innefattar vilje- och rutinmässiga egenskaper, fysiska och mentala förmågor som tillsammans interagerar med yttre fysiska och sociokulturella aspekter. Den tredje dimensionen "occupational skills" avser observerbara färdigheter som omfattar motoriska färdigheter, problemlösning samt färdigheter att kommunicera och interagera med andra människor (Kielhofner, 2002).

Även Schults, Söderback och Jacobs (2000) väger in flera aspekter i begreppet arbetsförmåga. I en studie, riktad mot klienter med långvarig smärta, har hon tillsammans med sin forskargrupp kommit fram till följande påverkansfaktorer på arbetsförmåga; klientens värderingar och inställning till arbete, arbetserfarenhet, förmåga och skicklighet i relation till arbete, arbetskravsnivån och den psykosociala arbetsmiljöns inverkan. I en av sina slutsatser ser forskarna likheter med den arbetsterapeutiska modellen ”person-environment-occupational performance”. Denna modell utgår från att samtliga delar alltid är involverade när en individ utför aktiviteter och påverkar aktivitetsförmågan i olika riktningar (Christiansen & Baum, 1997). Innes och Straker (1998a) beskriver på ett liknande sätt hur arbetsförmåga påverkas av vad en individ vill och kan göra utifrån egna och omgivningens preferenser. Här inbegrips individens attityd, omfattning av eventuell skada eller smärta samt stödjande eller hindrande miljöfaktorer av fysisk och social art. Författarna använder ytterligare några begrepp som kan beskriva mänsklig kapacitet/arbetsförmåga och som de menar i viss mån överlappar varandra. ”Functional capacity” avser en individs maximala kapacitet utifrån ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. ”Work capacity” avser uthållighet över tid som påverkas av externa faktorer som kan vara relaterade exempelvis till värmepåslag, luftfuktighet och tidspress. ”Work capacity” kan också påverkas av individens ålder, hälsa eller varierande färdigheter att kunna utföra en viss uppgift. Begreppet ”work tolerans” avser fysiska krav i en arbetssituation och omfattar observerbara och mätbara komponenter såsom styrka, rörlighet, balans etc. Jacobs (1991) lägger in en tidsaspekt i begreppet arbetsförmåga och menar att en individ utvecklar sin arbetsförmåga över tid; redan i barndomens lekar, under skolgången och hela vägen fram till pensioneringen. I likhet med många andra forskare inom arbetsterapi avgränsar hon inte begreppet ”arbete” till enbart yrkesarbete utan använder begreppet avseende en individs alla produktiva aktiviteter. Hon delar in förmågor relaterade till arbete i följande kategorier: uppförande/beteende, duglighet/färdighet, anlag/egenskaper och fysisk kapacitet.

Arbetsförmåga kan beskrivas utifrån ytterligare teoretiska perspektiv. Handlingsteorin använder begreppet ”action” och ser individen som en handlande varelse utifrån ett hermeneutiskt synsätt där individens motiv och avsikter leder till handling som i sin tur leder till ett resultat, Mänsklig ”action” innefattar vad en individ vill och vad denne tror sig kunna göra som tillsammans bildar ett handlingsutrymme. ”Att vilja” påverkas av individens upplevda möjligheter, att ”kunna” påverkas av förhållandet mellan förmåga, svårighetsgrad på uppgiften och miljömässigt stöd och hinder (Berglind, 1992; 1995).

Vid ett försök till en mycket övergripande sammanfattning av ovanstående teoretiska perspektiv växer ett biopsykosocialt synsätt fram på begreppet arbetsförmåga. Ett sådant synsätt leder till en helhetssyn som utgörs av en interaktion mellan ett synligt- och ickesynligt individperspektiv och ett miljöperspektiv med olika fysiska och psykosociala påverkansfaktorer.

Sjuktalet och sjukfrånvaro i Sverige

Enligt Försäkringskassans normer så är det graden av arbetsförmåga som avgör rätten till sjukförsäkring när en individ drabbats av sjukdom eller skada. Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan utifrån en 7-stegsmodell där första steget avser att klargöra om individen kan utföra sitt vanliga arbete efter nödvändig behandling och konvalescens till det sjunde steget som avser om arbetsförmågan är nedsatt för minst ett år eller varaktigt. Dessutom tillkommer en kvantitativ beräkning med procentuella nivåer från 25 till 100 procents arbetsförmåga (Försäkringskassan, 2004).

Sjuktalet är ett av flera sätt som Försäkringskassan använder för att beräkna sjukskrivningar och annan sjukfrånvaro när arbetsförmågan är nedsatt (Försäkringskassan, 2004). Sjuktalet avser antal utbetalda dagar med sjukpenning per försäkrad i åldrarna 16-64 år under en tolv månadersperiod och avser inte sjukfrånvaro ersatt av arbetsgivaren. Sjukfrånvaro avser således det totala antal dagar som en arbetstagare är frånvarande från arbete på grund av sjukdom. Mellan åren 1998 och 2005 steg sjuktalet från 11,2 dagar till 15,5 med som mest 20,9 dagar under 2002. Totalt antal individer med sjukpenning i oktober 2006 var 290 000 personer, fördelade på 182 000 kvinnor och 107 300 män, vilket tillsammans utgör 2,5 miljarder kronor i utbetald sjukpenning. Av kvinnorna hade 39,4 procent varit sjukskrivna i mer än ett år, medan männens motsvarande procenttal låg på 37,2 (Försäkringskassan, 2006). Enligt arbetsmiljöverkets beräkningar för 2005 så hade 31 procent av kvinnorna och 24 procent av männen varit sjukskrivna mer än ett halvår innan någon rehabiliteringsutredning gjorts, trots arbetsgivarens skyldighet att påbörja en sådan utredning tillsammans med den anställda redan efter fyra veckors sjukfrånvaro (Arbetsmiljöverket, 2006). Denna företeelse kan jämföras med Försäkringskassans (2006) presentation över utgifter inom socialförsäkringen för år 2005, där utgifter för sjukpenning uppgick till 32,5 miljarder kronor medan endast 2 miljarder gick till rehabiliteringspenning.

Den höga sjukfrånvarons orsaker har analyserats med många olika utgångspunkter. Wikman och Marklund (2003) har i sin forskning kommit fram till att sjukfrånvarons ökning inte enbart kan förklaras med ökad sjuklighet. Även drastiska omstruktureringar på arbetsmarknaden under 1990-talet har spelat in och för många människor med nedsatt arbetsförmåga har det varit svårare att arbeta kvar. Några av de orsaker som forskarna lyfter fram är att arbetstagarens begränsade möjligheter att påverka arbetsuppläggning, arbetstakt, arbetstider och uttrycksmöjligheter att redogöra för sina problem.

Enligt Försäkringskassans beräkningar så är muskuloskeletal sjukdomar de vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro, därefter kommer psykiska störningar som i första hand avser neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom. I en systematisk litteraturöversikt från Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003) om sjukskrivningen och dess orsaker på individ- och arbetsplatsnivå framkom att det generellt finns ett måttligt starkt vetenskapligt stöd¹ för att individer som har möjlighet att påverka sin arbetssituation har lägre risk för sjukfrånvaro. Forskargruppen fann även ett måttligt starkt vetenskapligt stöd¹ för att sjukförsäkringssystemets utformning påverkar sjukfrånvaron, likaså att sjukskrivningar hos individer med lägre socialgrupps tillhörighet oftare leder till sjukersättning. Fyrtioåtta studier granskades avseende förekomst av nack- och ryggbesvär. Några faktorer med risk att påverka sjukskrivning var hög fysisk belastning, böjd eller vriden arbetsställning samt låg arbetstillfredsställelse, dock med begränsat vetenskapligt stöd². Andra påverkansrisker, med begränsat vetenskapligt stöd² var specifika ryggdiagnoser samt tidigare sjukskrivning på grund av ryggbesvär, kvinnligt kön, vibrationsexponering samt bristande socialt stöd. Forskargruppen kom fram till att resultaten inte bör generaliseras, beroende på att kvinnor och anställda inom offentlig sektor var underrepresenterade i de granskade studierna där majoriteten var män och anställda inom tillverkningsindustrin.

I samma litteraturöversikt ingick studier om sjukfrånvaro relaterade till psykiatriska diagnoser där 26 av 98 befintliga studier bedömdes ha tillräcklig kvalitet att ingå i granskningen. Några av de slutsatser forskarna lyfter fram var att det finns begränsat vetenskapligt stöd² för att kvinnor oftare är sjukskrivna än män. Vidare fann man att vetenskapligt stöd saknas³ avseende sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos och arbetsrelaterade faktorer och faktorer

¹ Evidensstyrka 2 enligt SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering)

² Evidensstyrka 3 enligt SBU

³ Evidensstyrka 4 enligt SBU

relaterade till familj och socialt nätverk utanför arbetet. Forskarna fann inte heller något vetenskapligt stöd för samband mellan hög alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro på grund av för få studier då endast en studie uppvisade måttlig kvalitet medan övriga hade begränsad kvalitet. Ett annat angeläget forskningsområde är få klarhet i om ökningen inom psykiatrisk sjuk-frånvaro är en reell ökning i psykisk sjukdom med sammanhängande nedsatt arbetsförmåga eller en spegling av ett mer komplext och krävande arbetsliv.

Forskargruppens slutsatser är att mer och bättre forskning behövs, trots sjukfrånvarons omfattning och dess stora konsekvenser för individ och samhälle är kunskaper om dess orsaker fortfarande begränsad. Forskarna menar att området är teoretiskt, metodologiskt och begreppsmässigt outvecklat och att många frågor som beslutsfattare ställer beträffande sjukfrånvaro inte kan besvaras utifrån föreliggande vetenskapligt kunskapsunderlag (SBU, 2003).

Forskningsresultat som stöder en individriktad rehabilitering

Enligt den arbetsterapeutiska modellen the Model of Human Occupation så påverkas en klients upplevelse av meningsfullhet inte enbart av det faktiska utförandet i aktivitet utan även av hur klienten ser på sin förmåga att vara aktiv (Kielhofner, 2002). Sett ur ett sådant teoretiskt perspektiv så borde metoder som utgår från klientens egna tankar och känslor om sig själv som aktör bidra till att denne kan formulera mål som känns meningsfulla och realistiska att uppnå i fortsatt rehabilitering. Även ur ett handlingsteoretiskt perspektiv så borde rehabilitering som utgår från vad en klient vill och tror sig kunna göra bidra till att klientens motivation ökar att vara aktiv i sin rehabilitering tillbaka till arbete (Berglind, 1995, 1992). Nordenfelt (1996) anser utifrån sin hälsolistiska teori att vilja eller motivation är en grundläggande kausal faktor i alla handlingar och utan denna grundläggande motivation uppnås heller inga vitala livsmål.

I Hansen Falkdals (2005) avhandling framkom att klienters egen tro eller tillit till sin förmåga kunde förutsäga arbetsåtergång eller förtidspension. I en av hennes studier uttryckte 74 % av de som var långtidssjukskrivna eller hade sjukersättning sitt behov av förtidspension redan efter 28 dagars sjukskrivning, medan 61 % av de deltagarna som var tillbaka i arbete efter två år hade förutsett att de skulle vara det. På ett liknande sätt har andra forskare funnit att den

sjukskrivnes egen bedömning av sina möjligheter att återgå i arbete har starkt prognostiskt värde, varför man betonar vikten av att bedöma klientens motivation till arbetsåtergång. Här bör faktorer som upplevelser av sjukdom och hur eftertraktad man tror sig vara på arbetsmarknaden vägas in (Alexandersson, Brommels, Ekenvall, Karlsryd, Löfgren, Sundberg & Österberg, 2005). Annan forskning har visat att de metoder som utgår från klientens egna preferenser, intressen och subjektiva uppfattning om sin arbetsförmåga leder till goda rehabiliteringsresultat (Ekberg, 2000; Gard 2001; Moll, Huff & Detwiler, 2003). I Gards (2001) litteraturstudie identifierades faktorer som kan vara motiverande för klienter att genomgå rehabilitering till arbete. Hon fann att tydliga och konkreta individuella mål ökade klientens motivation. Andra viktiga motivationshöjande faktorer var klientens delaktighet i rehabiliteringsprocessens samtliga delar samt tillgång till fungerande kommunikation och samarbete med involverade aktörer. Gard fann även att de klienter som har tillgång till interna Locus of Control når goda rehabiliteringsresultat. Här finns samstämmighet med Millets avhandling (2005) som visar att klienter som tror på sin förmåga lyckas bra med sin rehabilitering tillbaka till arbete. Han menar att Lokus of Control är en stark påverkansfaktor på rehabiliteringsprocessen eftersom han funnit att klienter som är väl rustade med intern lokus of controll når bäst resultat, framför allt då rehabiliteringen sker på reella arbetsplatser utan alltför stor inblandning av experter. Även i en studie av Krause och Broderick (2006) framkom att de klienter som hade en högre intern Locus of Control hade större förutsättningar att återgå i arbete efter sin sjukskrivning.

Annan forskning har visat att långa sjukskrivningsperioder kan leda till att klienten utvecklar osäkerhet om sin kapacitet som kan leda till en sänkt självkänsla som försvårar för klienten att ta aktiv del i sin rehabilitering. Därför är det viktigt att rehabiliteringsaktören har ett förhållningssätt som möjliggör en interpersonell dialog och väljer sådana terapeutiska redskap som kan bidra till att stärka och uppmuntra individen att återfå sin självkänsla och stöder denne att vara aktiv och formulera mål för sin arbetsåtergång (Jansson & Björklund, 2006; Medin, Berndtsen & Ekberg, 2003). I en studie av Klanghed, Svensson och Alexandersson (2004) identifierades klienters erfarenheter av positiva möten med professionella under sin rehabilitering. Här framkom vikten av att ett respektfullt bemötande där man blir tagen på allvar, vidare att personalen ger sig tid att lyssna och utgår från att klienten kan förmedla värdefull kunskap om sig själv. Andra positiva aspekter var personalens tillgänglighet, att få stöd och uppmuntran under rehabiliteringen och att personalen visar att man tror på klientens förmåga att kunna återgå i arbete. Även Jansson & Björklunds (2006) studie bekräftar vikten

av ett värdigt bemötande och en ömsesidig kommunikation inte minst med tanke på att det är via de professionella som stödjande insatser från samhället kan förmedlas. I en annan studie intervjuades klienter med förvärvat hjärnskada om sina upplevelser av att vara tillbaka i arbete. Informanterna såg samstämmigt rehabiliteringen som en långsiktig process med flera delsteg. Inledningsvis handlade det om att behöva utveckla ny insikt om sig själv som aktör, vidare att lära sig hitta balans mellan egen förmåga och arbetets krav. Igenom samtliga delar i processen framkom behovet av förståelse och långsiktigt stöd från såväl arbetsgivare som omgivningen i övrigt (Rubensson, Svensson, Linddahl & Björklund, 2006).

I Nordqvist, Holmqvist och Alexanderssons studie (2004) tillfrågades en grupp arbetstagare om vad de såg som hindrande och stödjande faktorer vid arbetsåtergång. Arbetstagarna ansåg att arbetsgivaren har en viktig roll; speciellt betonades värdet av ett strukturerat rehabiliteringsprogram som inkluderar hur kontakter ska tas med den anställde under sjukskrivningsperioden. Anpassning av arbetskraven samt att arbetsledningen gav tydlig information till berörda medarbetare om den sjukskrivnes hälsotillstånd var andra viktiga stödjande faktorer för arbetsåtergång. Den emotionella atmosfären på en arbetsplats ansågs även påverka möjligheterna att bibehålla hälsa och förhindra återinsjuknande. I Gards och Larssons (2003) studie intervjuades tio arbetsgivare, vars anställda just då genomgick rehabilitering, om hur de kunde bidra till att stärka klienters motivation att återgå till arbete. Informanterna ansåg att de som arbetsgivare hade en viktig uppgift att vara en slags coach där man guidar och motiverar klienterna till förändring. Med detta avsåg man bland annat att erbjuda samtal där klienten gavs möjlighet att formulera individuella mål för sin rehabilitering. Informanterna såg också som sin uppgift att överlag stödja klienterna att vara delaktig i de beslut som togs inom ramen för rehabiliteringen. Sammantaget visar dessa studier att rehabilitering till arbete bygger på en helhetssyn och vikten av att utveckla metoder som motiverar och stöder klienten att formulera mål som känns meningsfulla och realistiska att uppnå.

Bedömningsinstrumentet DOA och dess teoretiska grund

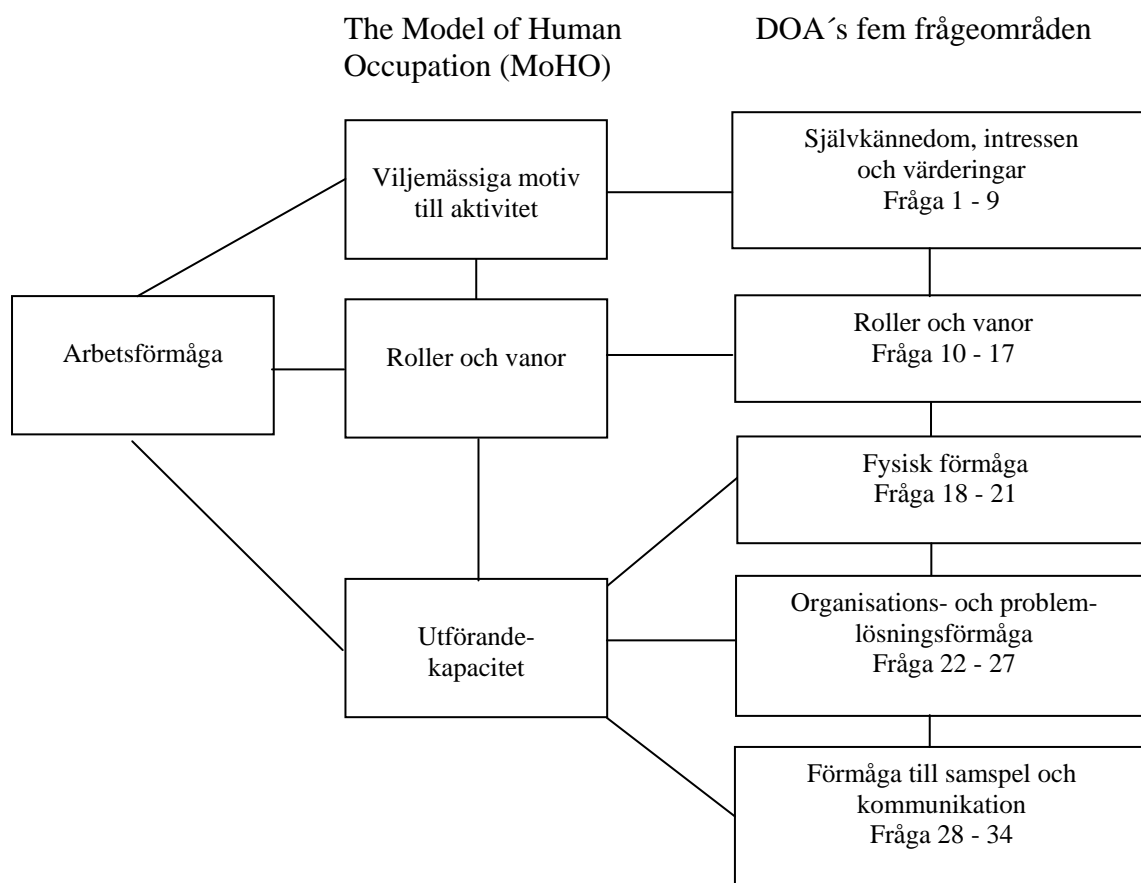
Instrumentet DOA - "Dialog om aktivitetsförmåga relaterad till arbete" - utvecklades utifrån ett behov av att öka klientens delaktighet i rehabiliteringsprocessen tillbaka till arbete. Begreppet "arbete" utgår från ett arbetsterapeutiskt synsätt och avser därigenom såväl lönearbete som andra produktiva aktiviteter (Jacobs, 1991; Kielhofner, 2002; Wilcock, 1997). I den senaste versionen av DOA har därför instrumentets benämning förenklats och ersatts

med ”Dialog om arbetsförmåga (Norrby & Linddahl, 2006a). Med hjälp av DOA gör klienten en självskattning av sina resurser och begränsningar i förhållande till arbete. Arbetsterapeuten kan också göra sin parallella skattning, förutsatt att det funnits möjlighet att observera klienten i varierande arbetsinriktade aktiviteter och att arbetsterapeuten anser sig ha tillräcklig kännedom om klienten. Den efterföljande dialogen avser att ge en samlad bild av klientens arbetsförmåga och att ge ett diskussionsunderlag om klientens mål för sin rehabilitering. DOA kan också användas vid uppföljning av klientens rehabiliteringsmål, speciellt viktigt är då att utvärdera om förändringar skett i relation till de mål som klienten formulerat i samband med föregående skattning. Sett utifrån ICF, ”Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa” – svensk version av ICF, (Socialstyrelsen, 2003a) befinner sig instrumentets variabler inom komponenterna aktivitet och delaktighet. För att bedöma andra komponenter av funktionstillstånd och funktionshinder krävs följaktligen andra typer av instrument.

I det inledande arbetet med framtagning av instrumentet genomfördes 3 gruppsamtal med arbetsterapeuter och arbetsinstruktörer från samtliga 5 enheter inom en psykiatrisk arbetsrehabiliteringsverksamhet i södra Sverige (Linddahl & Norrby, 1998). I varje gruppsamtal, som pågick ca en timma, ingick 3-5 personal som förde diskussioner utifrån en öppen frågeställning om vilka förmågor som bedömdes i rehabiliteringen. Femton arbetsgivare med anknytning till verksamheten ombads besvara en postenkät om vilka egenskaper och förmågor som var viktiga för att klara ett arbete på deras arbetsplats. Nio av dessa arbetsgivare besvarade enkäten. Litteraturgenomgång gjordes av 3 bedömningsinstrument inom arbetsrehabilitering med psykosocial inriktning (Jacobs, 1991). Samtliga insamlade data analyserades och inordnades i begreppsstrukturen i den teoretiska modellen A Model of Human Occupation (Kielhofner, 1995), varefter ett första utkast av 36 variabler växte fram. I nästa fas prövades innehållsvaliditeten av 6 klienter och 12 arbetsterapeuter inom två arbetsrehabiliterande verksamheter i Sverige. Detta ledde till att 3 av de 36 variablerna omformulerades (opublicerat manuskript).

Studierna I och II i denna avhandling ledde till att 2 variabler togs bort och 6 variabler omformulerades (Linddahl, Norrby & Bellner, 2003; Norrby & Linddahl, 2006b). Fem av de 6 variablerna omformulerades med stöd av ett nationellt nätverk bestående av 10 arbetsterapeuter inom 5 arbetsrehabiliterande verksamheter i Sverige (Linddahl & Norrby, 2000), medan den sjätte variabeln omformulerades enbart av författarna. Instrumentet DOA har, som tidigare nämnts, the Model of Human Occupation som teoretisk grund med särskild

tonvikt på hur modellen beskriver individens viljemässiga motiv till aktivitet samt dennes roller, vanemönster och utförandekapacitet i relation till aktiviteten arbete (Kielhofner, 1995; 2002), se Figur 1. En noggrann genomgång av de förändringar som gjorts av MoHO-modellen sedan DOA publicerades år 2001 har visat att instrumentet har samstämmighet med den senaste versionen av modellen som utkom år 2002. MoHO-modellen präglas av en humanistisk, holistisk människosyn med ett dynamiskt systemteoretiskt tänkande (Kielhofner, 1995; 2002). Den viljemässiga delen i modellen inkluderar individens känslor, tankar och beslut som tas i livet. Viljans påverkan på individens arbete kan handla om yrkesval, upplevelse av kompetens i arbetet, glädje och arbetstillfredsställelse, individuella värderingar kring arbete samt möjligheter att kunna påverka sin arbetssituation (Kielhofner, Braveman, Baron, Fisher, Hammel & Littleton, 1999).



Figur 1 Förhållandet mellan den teoretiska modellen MoHO och fördelningen av de 34 frågorna i instrumentet DOA (Linddahl, Norrby & Bellner, 2001).

Individens vanor och roller påverkar hur denne organiserar handlingar och aktiviteter i mönster och rutiner för att kunna fungera i olika roller. Relaterat till arbete kan detta innebära hur individen tar till sig normer och beteenden på arbetsplatsen, blir medveten om vad som

krävs för att fullfölja arbetsrollen, tar till sig nya arbetsvanor samt utvecklar en egen stil i arbetsbeteendet avseende hur man nyttjar sin tid (Kielhofner, et al., 1999).

Utförandekapaciteten omfattar mentala, intellektuella och fysiska beståndsdelar som möjliggör för individen att utveckla motoriska färdigheter, organisations- och problemlösningsförmåga samt kommunikations- och interaktionsfärdigheter i aktivitet (Kielhofner, 1995; 2002). Arbete förutsätter en viss kapacitet av dessa färdigheter och förmågor, men ur ett holistiskt perspektiv så sker dessutom en ständig interaktion med individens viljemässiga faktorer, roller och vanor samt med fysiska och psykosociala faktorer i omgivande miljö (Kielhofner, et al., 1999).

Ett bedömningsinstrument, liknande DOA, kan aldrig utgöra något självändamål eftersom det avser att vara ett redskap i rehabiliteringsprocessen. En förutsättning för att ett instrument ska ge trovärdig information om klienten är att det prövats avseende validitet och reliabilitet. En annan förutsättning är att rehabiliteringsaktören väljer instrument som utgår från ett klientperspektiv eftersom sådana datainsamlingsmetoder visat sig kunna leda till goda rehabiliteringsresultat (Alexandersson, et al., 2005; Ekberg, 2000; Gard 2001; Moll, Huff & Detwiler, 2003). Efter en inledande bedömning så är en efterföljande dialog med klienten viktig eftersom det där sker en gemensam tolkning av klientens resurser och begränsningar i relation till arbete. En reflektion är att rehabiliteringsaktören med sitt förhållningssätt borde kunna medverka till att klienten förmedlar en så ”sann” bild av sig själv som möjligt, eftersom forskning visat att ett respektfullt bemötande där klienten blir tagen på allvar bidrar till att denne känner motivation att aktivt medverka i sin rehabilitering (Medin, Berndtsen & Ekberg, 2003; Klanghed, Svensson och Alexandersson, 2004). Ett sådant förhållningssätt borde också ha en positiv inverkan på att klientens ambition att förmedla ”sann” kunskap om sig själv. Bedömningsinstrument, som i likhet med DOA, fokuserar på såväl resurser som begränsningar borde dessutom kunna bidra till att vara en motivationsfaktor för klienten, förutsatt att rehabiliteringsaktören resonerar med klienten om hur dennes resurser kan tillvaratas i fortsatt rehabilitering. Alexandersson och hennes medförfattare (2005) betonar att bedömningsinstrument med individfokus behöver utvecklas inom svensk hälso- och sjukvård, eftersom klientens egen uppfattning om sin arbetsförmåga och tro på möjligheter till arbetsåtergång har ett starkt prognostiskt värde.

Avhandlingens syfte

Det övergripande syftet med denna avhandling är att pröva bedömningsinstrumentet DOA avseende begreppsvaliditet i studie I och reliabilitet i studie II.

Metoder och genomförande

Undersökningsgrupper

Studie I

Undersökningsgruppen bestod av 126 konsekutivt utvalda klienter och 21 professionella varav 16 var arbetsterapeuter och 5 var arbetsinstruktörer/arbetsterapibiträden. Inklusionskriterier för klienter var att de skulle vara inskrivna som dagpatienter vid någon av de tre arbetsrehabiliterande psykiatriska verksamheter som ingick i studien. Vidare skulle de vara i yrkesverksam ålder och inte befinna sig i någon akut fas av sina besvär. De klienter som uppfyllde kriterierna informerades av arbetsterapeuterna inom respektive verksamhet om studiens syfte och upplägg. Samtliga 126 tillfrågade klienter gav sitt muntliga samtycke till att ingå i studien, därav ingen bortfallsanalys. Majoriteten av dem befann sig i åldersintervallet 30-39 år (variationsbredd 20-59 år). Nästan hälften av deltagarna var kvinnor (42 %) och cirka en femtedel (19 %) hade varit involverade i arbete det senaste året. Deltagarnas diagnoser eller huvudsakliga problem klassificerades med hjälp av den svenska versionen av WHO's klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem ICD-10 (Socialstyrelsen, 1997b). Tabellrubriken i Tabell 2 i Paper I måste därför omformas enligt följande: "Frequency of disease and related health problems according to the WHO classification for disease and health problems". Mest frekvent angavs psykisk ohälsa, med en övervikt på depressionstillstånd. Vidare angavs lättare hjärnskador, livskris, stressrelaterade tillstånd, smärta, neurologiska skador och kommunikationsproblem.

Inklusionskriterierna för de professionella var att de skulle vara verksamma inom psykiatrisk arbetsrehabilitering och tillämpa the Model of Human Occupation. Ett ytterligare kriterium var att den som skulle genomföra en DOA-skattning på en klient också skulle vara dennes handledare i den rehabilitering som påbörjats. Närmare hälften av de professionella som gav sitt samtycke till att ingå i studien hade mer än 10 års yrkeserfarenhet (47 %), medan en femtedel hade varit yrkesverksamma 2-6 år. Samtliga verksamheter tillämpade the Model of

Human Occupation och 20 av de 21 professionella ansåg sig ha god kännedom om den teoretiska modellen.

Studie II

Undersökningsgruppen bestod av 34 konsekutivt utvalda klienter och 14 professionella bestående av 10 arbetsterapeuter, 3 arbetsinstruktörer och en socionom. Inklusionskriterier för klienter var att de skulle vara inskrivna som dagpatienter vid någon av de fyra arbetsrehabiliterande psykiatriska verksamheter som ingick i studien. Vidare skulle de vara i yrkesverksam ålder och inte befinna sig i någon akut fas av sina besvär. De klienter som uppfyllde inklusionskriterierna fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte och upplägg, varefter deras handledare tillfrågade dem om deltagande. Samtliga trettiofyra tillfrågade klienter gav sitt muntliga samtycke till att ingå i studien, därav har ingen bortfallsanalys skett. Även i denna studie klassificerades deltagarnas diagnoser eller huvudsakliga problem med hjälp av den svenska versionen av ICD-10 (Socialstyrelsen, 1997b). Den felaktiga tabellrubriken i Tabell 1 i Paper II måste därför ersättas med: "Frequency of disease and related health problems according to the WHO classification for disease and health problems." Även här var psykisk ohälsa mest förekommande, med en övervikt på depressionstillstånd. Vidare angavs smärta, lättare hjärnskador, stressrelaterade tillstånd samt neurologisk skada. Klienternas medelålder var 40,9 år (variationsbred 26-56 år) och drygt hälften var kvinnor (55,9 %). Antal år sedan klienterna senast varit i arbete varierade mellan 0,6–20 år, med ett medelvärde på 3,9 år.

Inklusionskriterier för de professionella var att de skulle vara verksamma inom någon av de fyra arbetsrehabiliterande psykiatriska verksamheter som ingick i studien. Vidare skulle man tillämpa the Model of Human Occupation inom verksamheten. Ett annat kriterium var att de professionella skulle ha likvärdig kunskap om de klienter som man gjorde sina parvisa skattningar på. Tolv av de 14 professionella som samtyckte till att ingå i studien hade 2-6 års yrkeserfarenhet eller betydligt mera, medan övriga 2 hade varit yrkesverksamma 1-2 år. Samtliga tillämpade the Model of Human Occupation inom sin verksamhet, varav 10 angav att de använde den teoretiska modellen frekvent i sitt dagliga arbete.

Datainsamlingsprocedurer

Studie I

Studien inleddes med en 1-dagsutbildning vid respektive klinik där de professionella informerades muntligt om administrering av försöksproceduren och hur de skulle tillämpa instrumentet DOA i studien. Innan klienterna genomförde sina självskattningar informerades de av sina respektive handledare om hur självskattning med instrumentet DOA skulle ske.

Varje handledare gjorde sin skattning av klientens arbetsförmåga och överförde sedan klientens självskattning till arbetsterapeutens sammanställningsformulär. Direkt därefter sändes de oidentifierade skattningarna till forskarna. Varje handledare genomförde i genomsnitt 6 skattningar med instrumentet DOA.

Studie II

Även denna studie inleddes med en 1-dagsutbildning vid respektive klinik där de professionella erbjöds möjlighet att repetera tillämpning och administrering av DOA, samt informerades om försöksproceduren i studien. Här ingick muntlig och skriftlig information om rutiner för studiens genomförande och administrering av de båda testen interbedömarreliabilitet och test-retest.

När de 34 klienterna informerats om hur de skulle medverka gjorde de sin första självskattning som direkt därefter överlämnades till arbetsterapeuten. Efter 1-2 veckor upprepade klienten sin självskattning varefter den överlämnade direkt till arbetsterapeuten. Om det vid retest framkom skalstegsskillnader på mer än ett skalsteg vid jämförelse med den första testen ombads klienten att fylla i ett frågeformulär om tänkbara interna eller externa orsaker till diskrepansen i dessa frågor (Kaplan, 1996; Kazdin, 1982). Därefter skickade arbetsterapeuten det oidentifierade frågeformuläret till forskarna.

De professionella genomförde sina skattningar, oberoende av varandra men samtidigt i tid, varefter de oidentifierade skattningsformulären återsändes till forskarna. Om skillnader på mer än ett skalsteg förekom i de parallella skattningarna ombads de professionella att fylla i var sitt frågeformulär, oberoende av varandra, om tänkbara interna eller externa orsaker till dessa skillnader (Kaplan, 1996; Kazdin, 1982). Därefter skickades det ifyllda oidentifierade frågeformuläret tillbaka till forskarna.

Dataanalysprocedurer

Studie I

De 252 skattningarna matades in i SPSS-statistikprogram, varefter en första analys gjordes med Cronback's Alpha för att pröva överensstämmelse mellan de 36 variablerna. Analysen ledde till att variabel 10 och 15 togs bort, varefter skattningarna överfördes till Raschmodellen för att pröva begreppsvaliditeten i de 34 variablerna (Wright & Masters, 1982; Linacre, 1996). Raschmodellen utgår i sitt grundantagande med att statistiskt pröva hur förmågan hos individen interagerar med svårighetsnivån i den aktuella variabeln; ju bättre förmåga en individ har, desto större chans att lyckas med en item och ju enklare en item är desto större sannolikhet att fler individer lyckas med den. Modellen ställer tre viktiga frågor som ska besvaras för att fastställa begreppsvaliditeten:

- Where is the item located on the scale and how precise is the calibration?
- Has a discernible scale of increasing difficulty been defined?
- How well do the responses to the item fit the expectations of the model?

(Wright & Masters, 1982, p. 90).

Raschmodellen konverterar ordinaldata till hierarkiska "unidimensionella" mätningar, så kallade logits. Med "unidimensionella" menas att det finns en dominerande bakomliggande latent variabel bakom varje logits. Begreppsvaliditeten kan fastställas om items visar sig fungera tillsammans utefter denna logits med ökande svårighetsgrad. För att fastställa kalibreringen av dessa logitsvärden används Root mean square error (RMSE), där det ideala värdet är ≤ 0.30 (Wright & Masters, 1982). I nästa steg används "Item separation index" och "Item separation reliability" för att statistiskt pröva i vilken omfattning items är separerade avseende svårighetsgrad. I det slutliga steget används "Goodness of fit" för att statistiskt konfirmera begreppsvaliditeten, vilket innebär att items passar in i modellen och på skalan om items uppfyller de förväntade värdena: MnSq $\leq 1,4$ i kombination med Z-värden mellan -2 till 2. Ett MnSq som överstiger 1,4 i kombination med Z som är mer än 2 tyder på "misfits" och ger en vägledning att det finns kringfläckande skattningar på denna item. MnSq -värden under 0,6 i kombination med Z-värden under -2 behöver inte vara "misfits" men de ger vanligtvis inte så mycket information om skalan och kan därför vara överflödiga, alternativt behöver omformuleras. Z är det standardiserade medelvärdet i kvadrat och används för att testa signifikansen av medelvärdet i kvadrat (Linacre, 1996; Wright & Linacre, 1989).

Studie II

Spearman Rank Correlation användes för att reliabilitetspröva test-retest, det vill säga om klienterna uppfattade frågorna likadant vid två olika tidpunkter. Ju närmre korrelationskoefficienten är 1.0 desto starkare reliabilitet. Nivån för ”good to excellent” sattes på $r = >0.75$ (Innes & Straker, 1999). T-test användes för att signifikanspröva H_0 -hypotesen för varje frågeområde. Signifikansnivån sattes på $p=0,05$.

Procentuell samstämmighet (PA) användes för att fastställa interbedömarreliabilitet i de 14 parvisa skattningarna, det vill säga för att kontrollera om bedömarna var överens om tolkningen av frågorna. Nivån för acceptabel samstämmighet sattes på 80 % (Bowling, 2001). Z-test användes för att signifikanspröva H_0 -hypotesen för varje frågeområde. Signifikansnivån sattes på $p=0,05$.

De ifyllda frågeformulären, som avsåg att klargöra orsaker till diskrepanser, bearbetades manuellt med numerisk frekvensberäkning av diskrepanser inom respektive item. Kriterierna för omformulering eller borttagande av item avsåg items där mer än en klient eller professionell angivit svårigheter att förstå vad denna item avsåg att mäta.

Etiska överväganden

Studie I har godkändes av respektive verksamhetsansvarig inom de tre kliniker som ingick i studien. Alla klienter gav sitt samtycke till att delta i studien efter att ha informerats muntligt. Klienternas självskattningar ingick som en naturlig del i den pågående datainsamlingen inom respektive verksamhet. Därmed utsattes klienterna inte för någon extra belastning under denna fas av deras rehabilitering. Alla professionella gav sitt samtycke till att delta i studien efter att ha informerats muntligt och skriftligt.

Studie II godkändes av forskningsetiska kommittén i Linköping och Stockholm. Alla klienter och professionella gav sitt samtycke till att delta i studien efter att ha informerats muntligt och skriftligt.

Sammanfattning av resultaten

Studie I

Syftet med denna studie var att pröva begreppsvaliditeten i instrumentet DOA genom att kontrollera om variablerna faktiskt mäter det de avser att mäta.

Raschanalysen visar att de 34 variablerna i DOA är separerade från varandra och arbetar tillsammans i respektive fem kontinuum för att mäta arbetsförmåga. Varje skala uppvisar en inbördes hierarkisk svårighetsgrad med logitsvärden mellan -1.99 till 2.10 (se Figur 2-6 i Paper I). Kalibreringen (RMSE) för dessa logitsvärden varierar mellan 0.12-0.17 vilket indikerar att variablerna placerat sig med god precision inom respektive skala. De två parallella skalorna för klienter och professionella i Figur 2-6 avser inte att statistiskt analyseras mot varandra. Raschanalysen visar att 29 av de 34 variablerna uppfyller "Goodnes of fit" vilket innebär att de uppfyller de förväntade statistiska värdena $MnSq \leq 1,4$ och $Z \leq 2$. Övriga 5 variabler måste omformuleras på grund av antingen för höga eller för låga $MnSq$ -värden i kombination med för höga eller för låga Z -värden. Variablerna omformuleras efter att studie II genomförts i enlighet med forskningsprogrammet.

Tabell 1 ger en översikt över de variabler där klienter respektive professionella skattar klienternas arbetsförmåga allra högst inom samtliga fem frågeområdena. Översikten följer en hierarkisk struktur, sett nerifrån och upp från "lätt till allra lättast". Detta innebär att variabeln: "Värderar du en god hygien hos dig själv och andra" skattas som allra lättast att kunna av samtliga 34 variabler.

Tabell 1 Översikt över variabler som bedöms som lättast inom DOA's fem frågeomåden

	Klienters självskattningar (n=126) (k = klient)	Professionellas skattningar (n=21) (p = professionella)
Lättast	Värderar du en god hygien (k ¹)	Visar att han/hon värdesätter en god hygien hos sig själv och andra (p ¹)
↑	Är du intresserad av att lära dig nya saker (k ²)	Kan anpassa sig till nya sätt att utföra en uppgift på (p ²)
	Tar du emot erbjudande om hjälp när det behövs (k ³)	Har förmåga att ta till sig andras uppskattning för en uppgift som utförts (p ³)
	Kan du utifrån instruktion planera och genomföra en uppgift (k ⁴)	Tar emot erbjudande om hjälp när det behövs (p ⁴)
	Lätt	Kan du samordna kroppens rörelser i aktivitet (k ⁵)

(k¹) Variabel 11 inom "Roller och Vanor"

(k²) Variabel 4 inom "Självkänedom, intressen och värderingar"

(k³) Variabel 35 inom "Förmåga till samspel och kommunikation"

(k⁴) Variabel 25 inom "Organisations- och problemlösningsförmåga"

(k⁵) Variabel 22 inom "Fysisk förmåga"

(p¹) Variabel 11 inom "Roller och Vanor"

(p²) Variabel 27 inom "Organisations- och problemlösningsförmåga"

(p³) Variabel 6 inom "Självkänedom, intressen och värderingar"

(p⁴) Variabel 35 inom "Förmåga till samspel och kommunikation"

(p⁵) Variabel 22 inom "Fysisk förmåga"

Tabell 2 visar de variabler där klienter respektive professionella skattar klienternas förmåga som allra lägst inom respektive fem frågeområden. Översikten följer även här en hierarkisk struktur, sett nerifrån och upp från "svårt till allra svårast" att klara. Detta innebär att klienter och professionella skattat klienternas förmåga att ta på sig ledarskap som allra svårast att klara i förhållande till instrumentets samtliga 34 variabler.

Tabell 2 Översikt över variabler som bedömdes som svårast inom DOA 's fem frågeomåden

	Klienters självskattningar (n=126) (k = klient)	Professionellas skattningar (n=21) (p = professionella)
Svårast	Tar du på dig ledarskapet i en grupp om det behövs? (k ¹)	Tar på sig ledarskapet i en grupp om det behövs (p ¹)
↑	Har du förmåga att arbeta under tidspress? (k ²)	Har förmåga att arbeta under tidspress? (p ²)
	Har du fysisk uthållighet att utföra aktiviteter med bibehållet tempo (k ³)	Har fysisk uthållighet att utföra aktiviteter med bibehållet tempo (p ³)
	Kan du säga nej när det är något du inte vill utföra (k ⁴)	Har förmåga att utföra de uppgifter han/hon vill utföra (p ⁴)
Svår	Kan du hålla igång ett samtal (k ⁵)	Erbjuder sin hjälp till andra personer när det behövs (p ⁵)

(k¹) Variabel 17 inom "Roller och vanor"

(k²) Variabel 26 inom "Organisations- och problemlösningsförmåga"

(k³) Variabel 23 inom "Fysisk förmåga"

(k⁴) Variabel 2 inom "Självkännedom, intressen och värderingar"

(k⁵) Variabel 31 inom "Förmåga till samspel och kommunikation"

(p¹) Variabel 17 inom "Roller och vanor"

(p²) Variabel 26 inom "Organisations- och problemlösningsförmåga"

(p³) Variabel 23 inom "Fysisk förmåga"

(p⁴) Variabel 1 inom "Självkännedom, intressen och värderingar"

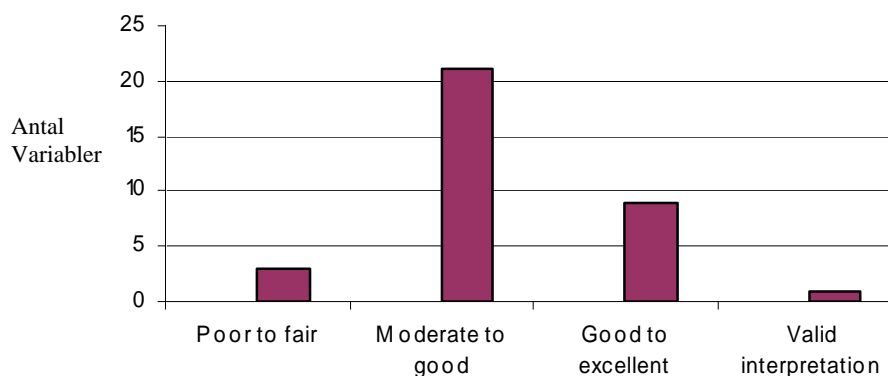
(p⁵) Variabel 34 inom "Förmåga till samspel och kommunikation"

Studie II

Syftet var att reliabilitetspröva instrumentet DOA, det vill säga pröva graden av mätfel.

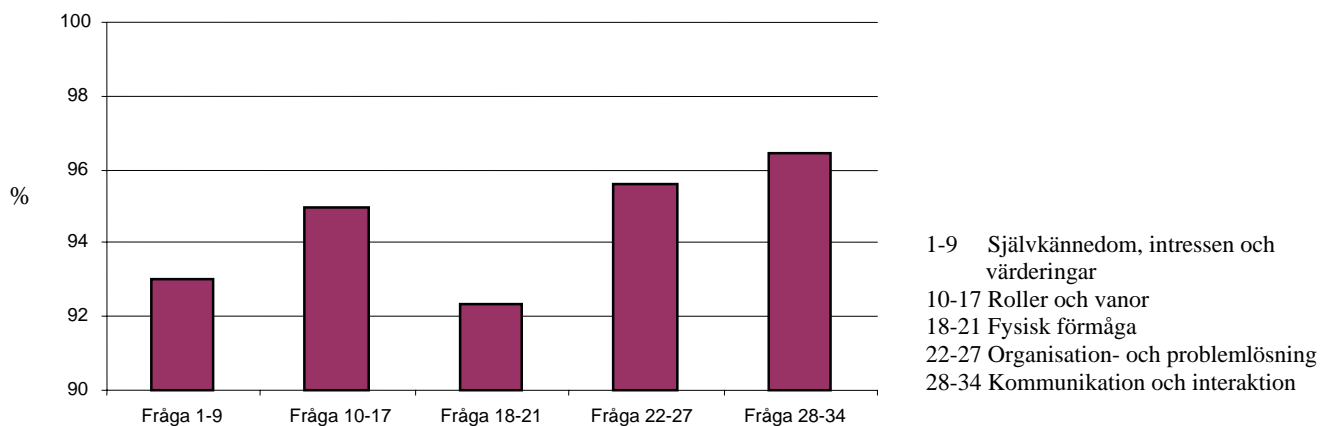
Fördelningen över korrelationer mellan klienters test-retest presenteras nedan i Figur 2 och i Tabell 3 i Paper II. Den mest frekventa korrelationen "moderate to good" avser 21 variabler fördelade inom samtliga skalor, dock i mindre omfattning inom skalan för Organisations- och problemlösningsförmåga. Den enda variabel som korrelerar med "valid interpretation" efterfrågar klientens intresse för att lära sig nya saker (variabel 4). Den lägsta korrelationen "poor to fair" avser 2 variabler inom skalan för Organisations- och problemlösningsförmåga och 1 variabel från skalan för Kommunikations- och interaktionsförmåga. Sammanlagt 8 klienter som uppvisar skillnader mellan test-retest anger att de kunde genomföra sina skattningar utan störande moment och att orsaken till diskrepanser inte berodde på svårigheter

att förstå frågorna utan på försämringar eller förbättringar i hälsotillstånd som medförde trötthet och svårigheter att koncentrera sig. En klient uttrycker svårigheter att tolka ett antal frågor (7, 17, 28-29, 31, 33-34) och två klienter har svårigheter att tolka innebörden i fråga 20 vilket leder till att frågan måste omformuleras. De tre klienterna anser att deras tolkningssvårigheter ytterligare försvårades av förändringar i hälsotillstånd som påverkade koncentrationsförmågan negativt vid det ena skattningstillfället.



Figur 2 Fördelning av Spearman Rank Correlation för instrumentets 34 variabler vid klienters test-retest (n=34)

Prövningen av interbedömarreliabilitet visar en samstämmighet som varierar mellan 75 – 100 % inom de 34 variablerna (se Tabell 4 i Paper II). I Figur 3 framkommer att den högsta procentuella samstämmigheten finns inom skalan för bedömning av kommunikations- och interaktionsförmåga (96,5 %), medan skalan för bedömning av fysisk förmåga uppvisar den lägsta samstämmigheten (92,2 %). Genomgående visar resultatet en statistisk acceptans för H_0 -hypotesen, det vill säga inga signifikanta skillnader mellan skattarna. Sju av skattarna ansåg i efterhand att de hade otillräcklig kännedom om någon klient och att detta orsakat diskrepanser mellan skattningar. Fem skattare såg sig som ”snälla” medan sex andra bedömde sig som mera ”stränga” skattare i sin bedömning. Två skattare angav svårigheter att tolka innebörden i variabel 20 vilket ytterligare befäster behovet av omformulering.



Figur 3 Procentuell samstämmighet (PA) vid prövning av interbedömarreliabilitet fördelad över de fem skalorna i DOA (n=14)

Resultatdiskussion och implikationer för arbetsterapi

Resultatdiskussionen inleds med några reflektioner kring vad instrumentet DOA kan bidra med. Därefter diskuteras de fynd som jag finner mest intressanta i de båda studierna samt vilka konsekvenser dessa kan få på arbetsterapi.

Instrumentet DOA lägger, som tidigare nämnts, tyngdpunkten på klientens delaktighet i bedömningssituationen och utgår från att denne har störst kännedom om sina resurser och begränsningar, i enlighet med den teoretiska referensram som instrumentet bygger på (Kielhofner, 2002; Norrby & Linddahl, 2001). I manualen till instrumentet betonas vikten av en uppföljande dialog där klienten kan ge kompletterande kommentarer till sin självskattning. Dialogen avser även att bidra till att klienten uppfattar att det finns en mening och avsikt med rehabiliteringen som förutsätter klientens engagemang och aktiva handlande. Ett självskattningsinstrument liknande DOA väcker sannolikt både känslor och tankar hos klienten eftersom denne ombeds göra en självskattning av såväl resurser som begränsningar avseende arbetsförmåga. Enligt synsättet inom MoHO-modellen så påverkas en individs viljemässiga motiv till aktivitet av dennes känslor och tankar om egen förmåga och hur effektiv klienten upplever och uppfattar att förmågan är (Kielhofner, 2002). Därför är det viktigt att arbetsterapeuten förstår detta fenomen och reflekterar över hur dialogen kan utformas så att den blir både känslomässigt stödande och intellektuellt utmanande för klienten.

Det övergripande syftet med detta avhandlingsarbete var att pröva bedömningsinstrumentet DOA avseende begreppsvaliditet och reliabilitet. Resultatet av delstudie I visar att DOA har

validitet att mäta arbetsförmåga då variablerna uppvisar ett kontinuum med ökande svårighetsgrad inom respektive fem skalområden. Delstudie II indikerar att DOA borde vara ett reliabelt instrument för att mäta arbetsförmåga. Test-retest uppvisar acceptabla signifikanta korrelationer vid andra skattningstillfället och acceptabla nivåer på signifikant procentuell samstämmighet vid interbedömarreliabilitet. De båda studierna har lett fram till att 6 variabler omformulerats. Sammantaget visar studierna att instrumentet DOA har tillräcklig validitet och reliabilitet att bedöma arbetsförmåga och borde därmed kunna ingå som en del i en individanpassad rehabilitering till arbete. Noteras bör att begreppet ”arbetsförmåga” utgår från MoHO-modellens synsätt som tidigare beskrivits i Figur 1 och att begreppet ”arbete” avser såväl lönearbete som andra produktiva aktiviteter i enlighet med instrumentets teoretiska referensram (Kielhofner, 2002).

Det är viktigt att arbetsterapeuten beaktar att instrumentet DOA enbart fokuserar på individen varför andra instrument bör tillföras som efterfrågar hur klienten uppfattar stöd och hinder i omgivande fysisk och psykosocial miljö. Som tidigare nämnts befinner sig DOA´s variabler inom ICF-komponenterna aktivitet och delaktighet. Noteras bör att i manualen till DOA används felaktigt begreppet ”nivåer” istället för ”komponenter” för att beskriva hur DOA förhåller sig till ICF´s klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder (Norrby & Linddahl, 2006a).

Studie I visar att 29 av 34 variabler uppfyller de statistiska förväntningarna från Rasch-modellen. En anledning till att så få ”misfits” förekommer kan vara att DOA utvecklats med stöd av begrepp från en teoretisk modell som redan genomgått rigorös forskning. Ingen av studiens ”misfits” kommer att tas bort utan ska omformuleras. Tre av 5 variabler med ”misfits” vid professionellas skattningar finns inom skalan för ”Vanor och roller” och skalan för ”Uppfattning om egen förmåga, värderingar och intressen. Samtliga dessa variabler” utgår från att arbetsterapeuten före sin skattning har skaffat sig kännedom om hur klienten uppfattar sin förmåga och sina vanor/roller. Om denna kunskap är otillräcklig så kan det vara svårt att enbart utgå från att observera klienten, vilket kan vara en av orsakerna till dessa misfits. Denna omständighet tydliggör vikten av att arbetsterapeuten alltid etablerar en dialog med klienten före skattningen; dels för att förstå klientens tankar och känslor om sig själv som aktör och dels för att rehabiliteringen ska kunna utformas utifrån klientens behov och förväntningar (Barett, 1999; Fisher, 1998; Innes & Straker, 1998b; Kielhofner, 2002). Ett intressant fenomen är att en av de variabler som flaggade ”misfits” och som avsåg fysisk

uthållighet dessutom bedöms som svårast att klara inom skalan för Fysisk förmåga. Detta kan tyckas anmärkningsvärt med tanke på att endast ett mindre antal av klienterna har en smärtdiagnos som huvudsaklig sjukskrivningsorsak. Samtidigt visar fyndet, sett utifrån ett holistiskt perspektiv, att kropp och själ alltid interagerar i en dynamisk process i det mänskliga görandet (Kielhofner, et al., 1999; Kielhofner, 2002).

Förmågor som avser olika typer av engagemang och initiativförmåga bedöms bland de svåraste att klara (se Tabell 2 samt Figur 3 och 5 i Paper I). En bidragande orsak kan vara att 81 % av klienterna var både sjukskrivna och arbetslösa vid skattningstillfället och därmed förmodligen inte tränade i att ta initiativ och engagera sig i en arbetssituation. Detta får stöd från forskningen som visat att långa sjukskrivningsperioder kan leda till att klienter utvecklar en sänkt självkänsla och osäkerhet om egen kapacitet (Jansson & Björklund, 2006; Medin, Berndtsen & Ekberg, 2003), vilket i sin tur kan ha försvårat för klienterna att engagera sig och ta initiativ i arbetsliknande aktiviteter. Eftersom initiativförmåga är fundamentalt viktig inom arbetslivet så bör arbetsterapeuten stödja klienter att utveckla tilltro till egen förmåga och erbjuda aktiviteter som bidrar till sådana intrapersonella förmågor under rehabiliteringen. Ett sådant förhållningssätt får stöd från studier eftersom dessa visat att klienter som tror på sin förmåga och har en intern Lokus of Control också når goda rehabiliteringsresultat (Jansson & Björklund, 2006; Krause & Broderick, 2006; Millets, 2005).

Allra lättast av samtliga 34 variabler skattas den variabel som avser vanan att värdera en god hygien hos sig själv och andra (se Tabell 1 och Figur 3 i Paper I). Detta var inte oväntat eftersom klinisk erfarenhet från samtliga tre involverade verksamheter visat att klienterna har en acceptabel hygien. Ytterligare variabler som bedöms som lätta avser förmågor som utövas vid tillrättalagda aktiviteter och som förutsätter stöd från omgivningen på olika sätt, exempelvis att ha tillgång till instruktioner eller att ta emot erbjudande om hjälp från andra personer. Även förmågan att anpassa sig till nya arbetssätt bedömer de professionella att klienter har lätt för att klara. En förklaring till ett sådant fenomen kan vara att klienter med långtidssjukskrivning med tiden anpassat sig så mycket till omgivningens villkor och krav så att man förlitar sig mer på sin omgivning än på sin egen förmåga (Kielhofner, et al., 1999).

Genom att skattning med instrumentet DOA utgår från den miljö där klienten befinner sig så kan resultat av skattningar variera beroende på var skattningen sker och den aktuella miljöns kravnivå på individen (Norrby & Linddahl, 2001; 2006a). En reflektion är därför om de aktiviteter som legat till grund för skattningarna varit av tillräcklig svårighetsgrad för att

utmana klienter i så arbetsliknande aktiviteter som möjligt? Arbetsförmåga utgörs av en helhet mellan individens intra- och interpersonella förmågor och de krav som finns i den miljö där aktiviteterna äger rum. Därför behöver arbetsterapeuten reflektera över hur hon/han kan erbjuda aktiviteter som är intressanta och utmanande för klienten, vidare hur kravnivån kan stegras så att de kan bidra till att klienten känner sig motiverad att utveckla nya vanor och roller relaterade till arbete (Kielhofner, 2002).

Resultatet av test-retest i studie II visar att DOA's variabler till stor del uppfattas som lättförståeliga av de klienter som ingår i studien och kan därmed sägas ha reliabilitet att mäta klienters arbetsförmåga. Resultatet visar överlag på acceptabla korrelationer där flertalet variabler placerar sig inom räckvidden "moderate to good" (se Figur 2 och Tabell 3 i Paper II). Den svagaste korrelationen "poor to fair" avser 3 variabler som bedömer klientens utförandekapacitet avseende koncentrationsförmåga, anpassning till nya arbetssätt och att spontant erbjuda hjälp till andra människor. Klienterna ansåg att den svaga korrelationen orsakades av skiftande hälsotillstånd vid de båda skattningstillfällena med ökad trötthet och svårigheter att koncentrera sig. En förklaring kan vara att de depressiva besvär som nära hälften av klienterna har (47 %) bidrog till dessa temporära förändringar av arbetsförmåga, eftersom det är väl känt att depression kan ge kognitiva besvär (Göthesson, 2002). Besvären kan också ha begränsat klienternas inställning till att tro sig om att kunna erbjuda hjälp till andra. Studien visar att dessa tre variabler kan leda till bias vid skattningstillfället eftersom resultatet av självskattning kan variera beroende på klientens dagsform. Oavsett när DOA används; i ett inledande skede av rehabiliteringen eller senare vid uppföljning av klientens rehabiliteringsmål, så är det viktigt att arbetsterapeuten är medveten om sådana fenomen och att han/hon reflekterar över hur skattningstillfället kan ge förutsättningar för en så reliabel bild som möjligt av klientens arbetsförmåga (Norrby & Linddahl, 2001; 2006a). Ett alternativ skulle vara att ta bort dessa variabler från instrumentet. Samtidigt riskerar det att helhetsbilden av en klients arbetsförmåga begränsas eftersom de tre variablerna är berättigade utifrån instrumentets teoretiska referensram. Därför behöver ytterligare studier göras för att få ökad förståelse om hur dessa känsliga variabler ska hanteras.

Variabel 4 "Är du intresserad av att lära dig nya saker" uppvisade den högsta korrelationen av samtliga 34 variabler. Den tycks därmed vara den mest stabila variabeln som inte påverkas av varierande hälsotillstånd. Detta är intressant med tanke på att delstude I visar att klienterna skattat denna variabel som näst lättast att klara av samtliga 34 variabler (se Tabell 1 och Figur

2 i Paper I). Detta visar att en klient kan vara intresserad av att lära sig nya saker oberoende av hälsotillstånd. Dessa fynd borde vara användbara då arbetsterapeuten involverar klienten i målformulering och planering av aktiviteter i rehabiliteringsprocessen, eftersom studier och teorier är samstämmiga om att en rehabilitering som utgår från den unika individens intresse och motivation har ett högt prognosvärde för arbetsåtergång (Ekberg, 2000; Fisher, 1998; Gard & Larsson, 2003; Kielhofner, 2002; Moll, Huff & Detwiler, 2003; Townsend, 2002).

Resultatet av interbedömarreliabiliteten i delstudie II visar en acceptabel och god nivå för procentuella samstämmigheten mellan professionellas parvisa skattningar (81,3-100 %) förutom en variabel där samstämmigheten ligger på 75 % (Se Tabell 4 i Paper II). En vanlig orsak till diskrepanser mellan de professionellas parvisa skattningar är varierande kännedom om klientens arbetsförmåga. Detta är anmärkningsvärt beroende på att man före studien ansåg sig ha likvärdig kännedom om klienten. Denna situation ledde sannolikt till att den arbetsterapeut som hade mest kännedom om klienten kunde integrera ett mera holistiskt perspektiv i sin skattning medan den andra var mer begränsad till att i första hand bedöma den observerbara förmågan hos klienten. Variabel 2, som uppvisar den lägsta procentuella samstämmigheten, avser att bedöma hur klienten ser på sin förmåga att sätta gränser (variabel 2), vilket inkluderar såväl ett intra- som ett interpersonellt perspektiv. Ett sådant komplext sammanhang förutsätter att den professionelle har god kännedom om klienten och eftersom skattarna uppgav varierande kännedom kan detta vara en anledning till dessa diskrepanser.

Om den procentuella samstämmigheten betraktas utifrån de fem skalorna i DOA (Se Tabell 4 i Paper II) så finns den lägsta procentuella samstämmigheten inom skalan för bedömning av fysisk förmåga. Detta var oväntat eftersom färdigheter inom fysisk förmåga borde vara lätta att observera. Dessutom har endast fem klienter angett smärta som huvudsakligt arbetshinder. En anledning till diskrepanser kan vara att några av de professionella varit mera vana att bedöma hur mental ohälsa påverkar arbetsförmåga eftersom flertalet klienter angav olika psykiska besvär. Här kan finnas en koppling till det mönster som växer fram i klienternas test-retest; att några av klienter med depressiva besvär har haft en "dålig" dag som påverkat fysisk förmåga och som bedömts olika av de professionella. En annan anledning kan vara att de professionella har skattat olika beroende på om de varit "milda" eller "stränga" skattare, eftersom "milda" skattare har en benägenhet att överlag skatta högre än "stränga" skattare (Fischer, 1993). Den högsta procentuella samstämmigheten framträder inom skalan för bedömning av kommunikations- och interaktionsförmåga (se Tabell 4 i Paper II). Detta var

inte oväntat eftersom förmågan att kommunicera och interagera i första hand borde vara observerbara färdigheter och därmed inte i så hög grad beroende av professionellas likvärdiga kunskap om klienten.

Metoddiskussion

Den konsekutiva urvalsmetoden för båda studierna valdes för att klienternas självskattningar skulle ingå som en naturlig del i den pågående datainsamlingen inom respektive verksamheter. Detta valdes utifrån etiska aspekter så att klienterna inte skulle utsättas för ytterligare belastning under den inledande bedömningsfasen då andra intervjuer och bedömningar är aktuella. En fara med denna icke-slumpmässiga urvalsmetod kan vara att det just vid studiernas genomförande verkade fenomen som kan ha påverkat resultatet i olika riktningar. Ett sätt att eliminera sådana eventuella störningsmoment hade kunnat vara att genomföra studierna över längre tid och exempelvis göra ett konsekutivt urval med exempelvis var femte klient eller en viss dag under en längre tidsperiod. Om ett sådant urval pågår över lång tid så kan det innebära att verksamhetens hela klientsammansättning hinner passera vilket i så fall ökar likheten med en slumpmässig urvalsmetod. Den valda urvalsmetoden kan ändå försvaras eftersom studierna avsåg att pröva hur variablerna uppfattades av klienterna och inte att kartlägga hur klienterna skattade sin arbetsförmåga, även om självskattningarna kunde användas i pågående rehabiliteringsprocesser inom respektive verksamheter.

Raschanalysen i studie I har visat att de 34 variablerna är väl separerade och urskiljer en ökande svårighetsgrad av arbetsförmåga inom respektive fem skalor. Om variabler inte är separerade och istället placerar sig för nära varandra ger en sådan skala otillräcklig information om det som ska mätas eller bedömas (Wright & Masters, 1982). I diskussionsdelen i Paper I står felaktigt att Raschmodellen konverterar skattningar på ordinalskala till intervallskattningar. Snarare bör det stå att "the Rasch model can examine whether items from an ordinal scale can measure unidimensional logits". Det är svårt att förutsäga om Raschanalysen hade gett ett annat resultat om de 34 variablerna istället hade analyserats i en gemensam skala. Anledningen till att analysen gjordes separat var att variablerna redan var inplacerade i sina fem skalor i enlighet med the Model of Human Occupation, med vetskapen om att modellen genomgått omfattande forskning sedan den utvecklades under 1980-talet. En

av anledningarna till att Raschmodellen valdes är att den har antaganden om vad som händer när förmågan hos en klient och svårighetsgraden i en variabel möts och att dessa antaganden kan prövas statistiskt (Wright & Stone, 1979; Wright & Masters, 1982;). En nackdel är att modellen är komplex och kräver avsevärd statistisk och matematisk kompetens för att förstå hur data ska bearbetas, tolkas och analyseras, varför extern statistikhjälp anlätades för att bearbeta data i Raschmodellen. Denna person rekommenderades av kontaktperson i Sverige utsedd av University of Chicago där Raschmodellen utvecklats. Det är svårt att i efterhand avgöra om denna första del i databearbetningen påverkat resultatet i någon avseende. Faktoranalys hade kunnat vara ett alternativ eftersom den visar hur variabler samvarierar via bakomliggande faktorer och ger vägledning om hur ett större antal variabler kan reduceras till ett färre antal underliggande variabler. Faktoranalys valdes dock bort; dels på grund av att de fem skalorna redan hade definierats med teoretiskt stöd av the Model of Human Occupation, dels på grund av att variablerna hade testats med Cronbach's Alpha avseende inbördes överensstämmelse. Ett ytterligare skäl till att faktoranalys valdes bort var att den inte kunde erbjuda samma möjligheter som Raschmodellen att ge en förståelse för hur items fungerar tillsammans i "unidimensionella logits" samt att ett flertal forskare inom arbetsterapi tillämpat Raschmodellen inom instrumentutveckling på ordinalskalenivå (Bernspång & Fisher, 1995; Fisher, 1993; Haglund, et al., 1997; Kielhofner, et al., 1999; Tham, et al., 1999).

En fördel med den relativt stora klientgruppen i studie I är att resultatet bör kunna generaliseras. En begränsning avseende generalisering kan vara att studien genomfördes inom verksamheter med psykiatrisk arbetsrehabilitering. Dock fanns en variation av psykisk och fysisk ohälsa hos klienterna även om övervikten låg på psykiska besvär. Det som ytterligare talar för en bredare tillämpning av instrumentet är att variablerna utgår från bedömning av arbetsförmåga och inte utifrån diagnoser (Norrby & Linddahl, 2001; 2006a). Vidare avsåg studien inte att kartlägga arbetsförmåga utan att pröva begreppsvaliditeten i 34 variablerna.

Kriterierna för de professionellas teoretiska kunskapsnivå i studie I borde ha formulerats tydligare. En av de professionella ansåg sig i efterhand ha otillräcklig kunskap om den teoretiska modellen som ligger till grund för DOA, vilket kan ha påverkat dennes skattning i något avseende. Ett sätt att minska sådana eventuella bias hade varit att följa upp de professionellas kunskapsnivå om MoHO-modellen innan studien påbörjades. En annan metodologisk osäkerhet kan vara att det i båda studierna ingick professionella som tillhörde andra professioner än arbetsterapi, vilket kan ha påverkat att deras skattningar skiljt sig i

något avseende från arbetsterapeuternas skattningar. Även här hade kriterierna kunnat utformas så att de professionellas medverkan enbart avsåg arbetsterapeuter.

Ytterligare studier bör göras avseende instrumentets validitet. Det vore intressant att pröva den samtidiga validiteten, det vill säga om självskattning med DOA stämmer överens med andra jämförbara instrument. Detta begränsas dock av att motsvarande instrument relaterade till arbete ännu så länge saknas inom svensk arbetsterapi. Det skulle även vara värdefullt att pröva den prediktiva validiteten och få svar på huruvida DOA kan förutsäga arbetsåtergång för klienter som genomgår arbetsrehabilitering.

I studie II ingick ett relativt lågt antal klienter och professionella⁴, totalt 48 personer, fördelade på 34 klienter och 14 professionella. Antalet styrdes av hur många som kunde möta kriterierna av tillgängliga klienter respektive professionella inom verksamheterna och hur många av dessa som valde att medverka i studien. Ett sätt att öka antalet hade kunnat vara att tillfråga ytterligare verksamheter om medverkan. En powerberäkning som gjorts i efterhand visar dock att antalet deltagare var tillräckligt. Beräkningen utgår från antagandet att skalstegsskillnaden på gruppnivå utgörs av 1,0 skalsteg, en standardavvikelse på 1,28 utifrån ett så kallat "worst case" från tidigare studie, en 95-procentig signifikansnivå och 80 % styrkenivå. Beräkningar på dessa värden skulle innebära ett urval på minst 26 personer.

Reliabilitet handlar om pålitlighet och kan exempelvis avse att den information som kommer fram ur ett bedömningsinstrument ska vara så pålitlig som möjlig. Test-retest användes för att kontrollera hur klienterna uppfattade DOA-instrumentets variabler vid två olika tidpunkter. Här finns det emellertid en risk att klienterna kan ha kommit ihåg hur de skattade sin förmåga första gången och haft detta i tankarna vid det andra skattningstillfället. Ett sätt att minska denna risk var att klienterna ombads lämna ifrån sig testet direkt efter avslutad skattning.

Arbetsterapeuterna ombads att se till att klienterna fick möjlighet att genomföra sina båda skattningarna på liknande sätt och utan störande moment. Det visade sig ändå att bias uppstod då några klienter i efterhand angav att dagsformen hade haft en negativ inverkan på skattningen. Här hade det uppföljande frågeformuläret en viktig uppgift att fylla eftersom det

⁴ Under rubriken "Study design" i Paper II omnämnda som "rehabilitation staff" och som "professionals" under rubriken "Raters" och i därefter följande text.

gav en vägledning om vad diskrepanser mellan test-retest orsakades av; det vill säga om det fanns otydliga variabler eller om diskrepanserna berodde på andra omständigheter.

Inter-bedömarreliabilitet användes för att kontrollera om olika bedömare var överens om tolkningen av variablerna. En metodologisk svaghet kan vara att de professionella, i likhet med studie I, inte enbart bestod av arbetsterapeuter, vilket kan ha påverkat korrelationerna mellan de parvisa skattningarna. Även om verksamheterna utgick från samma teoretiska grund så kan det ändå ha funnits en variation av den teoretiska tillämpningen hos de professionella som har påverkat skattningen på olika sätt. Kriterierna för de professionella borde därför ha utformats tydligare. Å andra sidan kan dessa aspekter istället vara en metodologisk styrka och tolkas som att variablerna var lätta att förstå oavsett professionstillhörighet och kunskapsnivå om MoHO-modellen eftersom endast 1 av 34 variabler uppfattades som svårtolkad. Utifrån ett kliniskt användarperspektiv bör dock noteras att instrumentet DOA utgår från att den professionelle har skaffat sig tillräckliga teoretiska och tillämpbara kunskaper om MoHO-modellen, framför allt för att få stöd att ställa relevanta följdfrågor till klienten i den viktiga dialogen efter skattningen.

Ett annat sätt att pröva interbedömarreliabilitet kan vara att låta ett större antal professionella göra sina oberoende skattningar av en gemensam klient och sedan mäta överensstämmelsen mellan deras skattningar. Ett ytterligare sätt är att ett antal professionella observerar en filmad sekvens av en klient och därefter gör sina oberoende skattningar. DOA begränsas dock av sådana möjligheter eftersom det avser att bedöma såväl intra- som interpersonella förmågor, vilket förutsätter att skattaren utvecklat en dialog och haft flera samtal med klienten och på det sättet skaffat sig kännedom om denne före skattningstillfället. Utifrån etiska perspektiv blir det inte heller försvarbart att utsätta en klient för samtal med ett större antal professionella under en begränsad tidsrymd. Det som ändå stärker reliabiliteten i denna studie är att samtliga professionella var vana bedömare och att samtliga angav att de var förtrodda med instrumentet DOA. Dessutom erbjöds de före studien att delta i en session med genomgång av administration och tillämpning av instrumentet.

Summary

The overall aim was to examine the construct validity and the reliability of the instrument DOA. Study I has pointed out that DOA has a good construct validity. Twenty-nine of the 34 items fit the expectations of the Rasch model but five items have to be revised. Furthermore each of the five scales has defined an increasing difficulty in a logical manner. Regarding this result DOA-assessment should increase client involvement in rehabilitation and be useful in creating meaningful dialogues between clients and professionals. However, the validation of a new instrument is seldom accomplished through just one study and therefore further studies of DOA, concerning different kinds of validity, are necessary.

Study II examined that the items generally work with a good reliability. The study also has confirmed that most of the items are easy to understand since just one of 34 items has to be revised, which means that, in total, six items have to be revised. This study has reinforced the importance for clinicians to build up an interpersonal dialogue and good knowledge concerning the client's work ability before assessment, because the reliability in a test situation requires both the objective measurements as well as the professional's knowledge and understanding about of the client. The retest has shown that three items belonging to two scales of DOA concerning performance capacity are sensitive to daily changes in health. This is an important issue when estimating reasons for changes in performance from one test situation to another. To ensure reliability in the test situation, the dialogue following the assessment therefore always should contain questions about varied conditions in health from day to day. Further studies will show whether or not some of the less consistent items have to be deleted.

Referenser

Alexanderson, K., Brommels, M., Ekenvall, L., Karlsryd, E., Löfgren, A., Sundberg, L., & Österberg, M. (2005). *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. (Rapport Januari 2005). Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap.

Allvin, M. (1997). *Det individualiserade arbetet. Om modernitetens skilda praktiker*. Eslöv: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

Arbetsmiljöverket. (2006). Arbetsanpassning och rehabilitering. Kort sifferfakta Nr 7 2006. <http://www.av.se> (2006-12-06).

Barett, L. (1999). The importance of volitional narrative in treatment: an ethnographic case study in a work program. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 12, 79-92.

Berglund, H. (1992). Action theory: a tool for understanding in social work. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 1, 28-35.

Berglund, H. (1995). *Handlingsteori och mänskliga relationer*. Borås: Natur och Kultur,

Bernspång, B., & Fisher, A. (1995). Validation of the assessment of motor and process skills for use in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2, 3-9.

Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review of disease specific quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.

Brown, A., Kitchell, M., O'Neill, T., Locklear, J., Vosler, A., Kubek, D., & Dale, L. (2001). Identifying meaning and perceived level of satisfaction within the context of work. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 16, 219-226.

Castells, M. (1998). (G. Sandin övers.) *Informationsåldern - Ekonomi, samhälle och kultur. Band II: Identitetens makt*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB (Originalarbete publicerat 1997).

Christiansen, C., & Baum, C. M. (1997). *Person-environment-occupational performance: A conceptual model for practice*. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.), *Occupational therapy: Enabling function and well-being* (2nd Ed.). Thorofare, NJ: Slack.

Ekberg, K. (2000). Arbetslivsinriktad rehabilitering – synsätt och utvecklingsbehov. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5, 388-397.

Ekbladh, E. (1999). *Prövning av svenska versionerna av Worker Role Interview och Work Environment Impact Scale*. (D-uppsats). Linköping: Hälsouniversitetet, Institutionen för Nervsystem och Rörelseorgan.

Ekbladh, E., & Haglund, L. (2000a). *WRI-S Version 2, The Worker Role Interview*. Översättning av Velozo C, Kielhofner G, Fisher G 1998 ©. Linköping: Hälsouniversitetet, Institutionen för Nervsystem och Rörelseorgan.

Ekbladh, E., & Haglund, L. (2000b). *WEIS-S, version 2, The Work Environment Impact Scale*. Översättning av Moore-Corner R A, Kielhofner G, Olson L 1998 ©. Linköping: Hälsouniversitetet, Institutionen för Nervsystem och Rörelseorgan.

Ekbladh, E., Haglund, L., & Thorell, L-H. (2004). The Worker Role Interview – Preliminary data on the predictive validity of return to work of clients after an insurance medicine investigation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14, 131-141.

Eriksson, L. (2004). *Arbete till varje pris. Arbetslinjen i 1929-talets arbetslöshetspolitik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Fisher, A. (1993). The assessment of IADL motor skills. An application of many-faceted rasch analysis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47, 319-329.

Fisher, A. (1998). Uniting practice and theory in an occupational framework). *The Journal of Occupational Therapy*, 52, 509-521.

Försäkringskassan. (2004). *Sjukpenning och samordnad rehabilitering. Vägledning 2004: 2 Version 5*. <http://www.forsakringskassan.se> (2006-12-06).

Försäkringskassan. (2006). *Försäkringskassans publikationer*. <http://forsakringskassan.se/press/publikationer/index.php> (2006-12-06)

Gard, G. (2001). Work motivating factors in rehabilitation: A brief review. *The Physical therapy review*, 5, 85-89.

Gard, G., & Larsson, A. (2003). Focus on motivation in the work rehabilitation planning process: A qualitative study from the employer's perspective. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13, 159-167.

Göthesson, A. (2002). Psykiska funktionshinder. *Svensk Rehabilitering*, 1, 48-49.

Haglund, L., Karlsson, G., Kielhofner, G., & Shea Lai, J. (1997). Validity of the Swedish version of the Worker Role Interview. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 4, 23-29.

Hansen Falkdal, A. (2005). *Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete*. Umeå: Umeå university medical dissertations, N.S., 979.

Innes, E., & Straker, L. (1998a). A clinician's guide to work-related assessments: 2-design problems. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 11, 191-206.

Innes, E., & Straker, L. (1998b). A clinician's guide to work-related assessments: 1 - Purpose and problems. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 11, 183-189.

Innes, E., & Straker, L. (1999). Validity of work-related assessments. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 13, 107-124.

Jackson, M., Harkess, J., & Ellis, J. (2004). Reporting patients' work abilities: How the use of standardised work assessments improved clinical practice in Fife. *British Journal of Occupational Therapy*, 67, 129-132.

Jacobs, K. (1991). *Occupational therapy - Work related programs and assessments, Second edition*. Boston: Little Brown and Company.

Jansson, I., & Björklund, A. (2006). Erfarenheter av att återgå till arbete efter sjukskrivning och arbetslöshet. I B. Börjeson (Red.), *Vågor på HaVet - Tio texter om arbete och funktionshinder* (pp. 97-126). Jönköping: Hälsohögskolan.

Kaplan, S. (1996). Critical evaluation of standardized tests. *Occupational therapy in health care*, 10, 3-14.

Karlsson, J. CH. (1986). *Begreppet arbete - Definitioner, ideologier, och sociala former*. Lund: Studentlitteratur.

Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.

Kielhofner, G. (1995). *The model of human occupation - Theory and applications, Second edition*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Kielhofner, G. (2002). *The model of human occupation - Theory and applications, Third edition*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Kielhofner, G., Braveman, B., Baron, K., Fisher, G., Hammel, J., & Littleton, M. (1999). The model of human occupation: Understanding the worker who is injured or disabled. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 12, 3-11.

Kielhofner, G., Shei Lai, J., Olson, L., Haglund, L., Ekbladh, E., & Hedlund, M. (1999). Psychometric properties of the work environment impact scale: A cross-cultural study. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 12, 71-77.

Klanged, U., Svensson, T., & Alexandersson, K. (2004). Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 22, 247-254.

Krause, J. S., & Broderick, L. (2006). Relationship of personality and locus of control with employment outcomes among participants with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49, 111-114.

Linacre, J. M. (1996). *Rasch measurement transactions, Part 2*. Chicago: Mesa Press.

Lindberg, P., Vingård, E., Josephson, M., & Alfredsson, L. (2005). Retaining the ability to work – Associated factors at work. *The European Journal of Public Health*, 16, 470-475.

Linddahl, I., & Norrby, E. (1998). *Skattning av aktivitetsförmåga riktad mot arbete – Instrument inom arbetsrehabilitering*. Jönköping: Länssjukhuset Ryhov, Arbetsrehab.

- Linddahl, I., & Norrby, E. (2000). *Kompetensutveckling inom arbetsrehabilitering – Projekt inom växtkraft Mål 4, nätverk, åtgärd 3*. Jönköping: Länssjukhuset Ryhov, Arbetsrehab.
- Linddahl, I., Norrby, E., & Bellner, A-B. (2003). Construct validity of the instrument DOA – A dialogue about ability related to work. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 20, 215-224.
- Ludvigsson, M., Svensson, T., & Alexandersson, K. (2006). *Begreppet arbetsförmåga – En litteraturgenomgång*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbete och Hälsa 2006:8.
- Medin, J., Berndtsen, P., & Ekberg, K. (2003). Health promotion and rehabilitation: A case study. *Disability and Rehabilitation*, 23, 908-915.
- Millet, P. (2005). *Locus of control and its relation to working life: Studies from the fields of vocational rehabilitation and small firms in Sweden*. Doctoral thesis, Luleå University of Technology, 2005:13.
- Moll, S., Huff, J., & Detwiler, L. (2003). Supported employment: Evidence for a best practice model in psychosocial rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70, 298-310.
- Moore, K., Cruikshank, M., & Haas, M. (2006). The influence of managers on job satisfaction in Occupational Therapy. *Brittisk Journal of Occupational Therapy*, 69, 312-318.
- Nationalencyklopedin på nätet. <http://www.ne.se> (2006-12-06).
- Nordell, K. (2002). *Kvinnors hälsa – En fråga om medvetenhet, möjligheter och makt. Att öka förståelsen för människors livssammanhang genom tidsgeografisk analys*. Göteborgs universitet: Kulturgeografiska Institutionen.
- Nordenfelt, L. (1996). On the notion of health as ability. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 3, 101-105.
- Nordenmark, M. (1999). *Unemployment, employment commitment and well-being. The psychosocial meaning of (un)employment among women and men*. Doctoral Dissertation in Sociology at the Faculty of Social Sciences, Umeå University, ISBN 91-7191-594-X, ISSN 1104-2508.
- Nordqvist, C., Holmqvist, Ch., & Alexandersson, K. (2004). Views of laypersons on the role employers play in return to work when sick-listed. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13, 11-20.
- Norrby, E., & Linddahl, I. (1997). *Arbetsterapeutisk metod för utredning av aktivitets/arbetsförmåga, Slutrapport*. Jönköping: Länssjukhuset Ryhov, Arbetsrehab.
- Norrby, E., & Linddahl, I. (2001). *Dialog om aktivitetsförmåga – DOA - riktad mot arbete, Version 2*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Norrby, E., & Linddahl, I. (2006a). *Dialog om arbetsförmåga (DOA) Version 3*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

- Norrby, E., & Linddahl, I. (2006b). Reliability of the instrument DOA – A dialogue about ability related to work. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 26, 131-139.
- Restall, G., Ripat, J., & Stern, M. (2003). A framework of strategies for client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2, 103-112.
- Rubensson, C., Svensson, E., Linddahl, I., & Björklund, A. (2006). Experiences of returning to work after acquired brain injury. *Accepted by Scandinavian Journal of Occupational Therapy in October*.
- Schult, M-L., Söderback, I., & Jacobs, K. (2000). Multidimensional aspects of work capability. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 15, 41-53.
- Socialdepartementet. (1991). *Rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Stockholm: Regeringens proposition 1990/91:141.
- Socialdepartementet. (2000). *Rehabilitering till arbete, En reform med individen i centrum. Slutbetänkande om utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen*. Stockholm: Statens offentliga utredningar SOU 2000:78.
- Socialstyrelsen. (1993). *Rehabilitering inom hälso- och sjukvården för alla åldrar och diagnoser*. Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Stockholm: Socialstyrelsen, SoS-rapport 1993:10.
- Socialstyrelsen. (1997a). Kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 1996:24.
- Socialstyrelsen. (1997b). Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Svensk version av ICD-10.
- Socialstyrelsen. (2002). *FN:s standardregler*.
<http://www.sos.se/socialtj/handikap/FNsstand.htm> (2006-12-12).
- Socialstyrelsen. (2003a). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2003b). *Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande - Läget efter lagändringarna 1 januari 1999*.
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1755/2003-103-5+Sammanfattning.htm> (2006-11-24).
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2003). *Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis, En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU, Rapport nr 167.
- Tham, K., Bernspång, B., & Fisher, A. (1999). Development of the assessment of awareness of disability. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 184-190.

Tengland, P-A. (2006). *Begreppet arbetsförmåga*. Institutionen för hälsa och samhälle (IHS Rapport 2006:1). Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för hälsa och samhälle.

Townsend, E. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa: The Canadian Association of Occupational Therapists.

Wikman, A., & Marklund, S. (2003). Tolkning av arbetslivssjukligheten i Sverige. C. von Otter (Red.), *Ute och inne i svenskt arbetsliv* (pp. 21-56). Stockholm: Arbetslivsinstitutet, *Arbetsliv i omvandling* 2003:8.

Wilcock, A, A. (1997). Work - An occupational perspective. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 3, 10-15.

Wright, B., D., & Stone M. H. (1979). *Best test design*. Chicago: Mesa Press.

Wright, B, D., & Masters, G, N. (1982). *Rating scale analysis, Rasch measurement*. Chicago: Mesa Press.

Wright, B. D., & Linacre, J. M. (1989). Observations are always ordinal; Measurements, however, must be interval. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 70, 857 – 860.

Åberg, J. (1994). *Från arbetsplatsrehabilitering till case management*. Stockholm: Media-Alternativ förlag.

Åberg, J. (1996). *Resurs-mobiliserings-modellen i rehabilitering och personalutveckling*. Sundsvall: Media-Alternativ förlag.