



Rekommendationer för teambaserade fördjupade medicinska utredningar (TFMU)

Bakgrund

För att kunna bedöma rätten till sjukpenning har Försäkringskassan (FK) under åren haft behov av fördjupad information i särskilt problematiska fall. Den främsta anledningen har handlat om försäkrade som har en sammansatt eller svårbedömd sjukdomsbild eller där fler faktorer än enbart sjukdom kan påverka arbetsförmågan. Behovet av utredningar har även uppkommit på grund av att de medicinska underlagen har varit bristfälliga och inte tillräckliga för att bedöma rätten till sjukförmån.

Försäkringskassan har tidigare köpt medicinska utredningar av privata aktörer. Ett önskemål från såväl regeringen som Försäkringskassan har varit att landstingen skulle ta över ansvaret för fördjupade medicinska utredningar. Enligt överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) den 11 december 2009 ska landstingen snarast möjligt under 2010 ta på sig ansvaret att göra sådana utredningar åt Försäkringskassan. Det blir aktuellt i fall som är särskilt svårbedömda ur försäkringsmedicinsk synvinkel och där andra underlag inte lämnar tillräcklig information. För detta ändamål har 200 miljoner kronor avsatts ur sjukskrivningsmiljarden. För att stödja landstingen i arbetet med teambaserade fördjupade medicinska utredningar har följande rekommendationer utarbetats av SKL (rekommendationerna är inte på något sätt förpliktigande.

Försäkringskassans riktlinjer är krav). Rekommendationerna ska ses som ett stöd och en vägledning och som ett komplement till överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden och till Försäkringskassans riktlinjer om teambaserade fördjupade medicinska utredningar.

Text med kursiv stil kommer från Försäkringskassans riktlinjer om teambaserade fördjupade medicinska utredningar medan den övriga texten är SKL:s rekommendationer.

Teambaserade fördjupade medicinska utredningar förkortas i detta dokument TFMU.

Ekonomisk ersättning

Landstingen får totalt 200 miljoner kronor per år i förhållande till sitt invånarantal förutsatt att de på begäran av Försäkringskassan levererar utredningar av sådan kvalitet som Försäkringskassan behöver och inom föreskriven tid. Om landstingen inte kan göra det inom föreskriven tid görs en avräkning från totalsumman.

Två exempel presenteras nedan för att illustrera beräkningsmodellen. Båda bygger på att det aktuella landstinget har en befolkningsmässig andel på treprocent vilket motsvarar 6 miljoner kr och att det börjar leverera utredningar den 1 juli 2010. FK följer antalet efterfrågade och levererade utredningar under andra halvåret.

Exempel 1. FK efterfrågar 150 utredningar från landstinget under andra halvåret och gör antagandet att FK skulle ha efterfrågat lika många under första halvåret. Landstinget levererar de 150, vilket motsvarar 50 procent (150/300) av den beräknade efterfrågan för hela året och ger en ersättning på 3 mnkr. Ersättning per utredning = 20 000 kr (6 mnkr/300 utredningar).

Exempel 2. FK efterfrågar 225 utredningar från landstinget under andra halvåret och gör antagandet att FK skulle ha efterfrågat lika många utredningar under första halvåret. Landstinget levererar 150 utredningar vilket motsvarar 33 procent (150/450) av den beräknade efterfrågan för hela året och ger en ersättning på 1,98 mnkr. Ersättning per utredning = 13 333 kr (6 mnkr/450 utredningar). Ersättning till enheter

I sedvanlig ordning avgör landstingen om ersättningen utbetalas till enheter i landstingets regi, på vilket sätt och på vilken nivå. Eventuell upphandling görs enligt gängse regler.

Utredningen

”Utredningarna ska belysa hur den försäkrades sjukdom påverkar hans eller hennes funktionstillstånd ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv.¹ Det innebär att utredningarna på ett standardiserat sätt ska beskriva hur sjukdomen påverkar den försäkrades kroppsfunktioner och aktiviteter. Utredningen ska ge en helhetsbild som inte bara inbegriper funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar utan också innefattar de positiva aspekterna av funktionstillståndet.² Dessutom ska utredningarna belysa prognosen för sjukdomen eller sjukdomarna och funktionstillståndet. Utredningen ska sammanställas som ett utlåtande och inkomma till Försäkringskassan fyra veckor efter det att landstinget har fått en skriftlig beställning på utredningen. Utlåtandet ska ge svar på de frågor som finns i svarsmallen.”

¹ Funktionstillstånd utgör i ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, Socialstyrelsen 2003) en paraplyterm för alla kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet. Kroppsfunktioner är kroppssystemens fysiologiska funktioner inklusive psykologiska funktioner. Kroppsstrukturer är anatomiska delar av kroppen såsom organ, lemmar och deras komponenter. Aktivitet är en persons genomförande av en uppgift eller handling. Delaktighet är en persons engagemang i en livssituation.

De aspekter av funktionstillståndet som står i fokus ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv är i första hand hur sjukdomen påverkar kroppsfunktioner och aktiviteter.

² Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar är begrepp som i ICF används för att betona problem vad gäller kroppsfunktioner och aktiviteter. Funktionsnedsättningar definieras som problem såsom en betydande avvikelse eller förlust i kroppsfunktion. Aktivitetsbegränsningar definieras som svårigheter som en person kan ha vid genomförande av aktiviteter.

Målgrupp för utredningarna

Det är främst försäkrade som har en sammansatt eller svårbedömd sjukdomsbild, exempelvis vid sjukskrivning för flera diagnoser (samsjuklighet) eller där fler faktorer än enbart sjukdom kan påverka arbetsförmågan, som ska utredas på detta sätt.

Försäkringskassan tar ställning till behovet av utredning och beställer eventuell utredning av landstinget. Försäkringskassan informerar den försäkrade om utredningen och syftet med denna. Om den försäkrade har samtyckt till det informerar Försäkringskassan dessutom den behandlande läkaren. Landstinget kallar till utredningen och skickar en kopia på kallelsen till Försäkringskassan. När utredningarna görs är det av stor vikt att de görs med samma kvalitet för män och kvinnor och inte utifrån de förställningar som finns om män och kvinnor ur ett genusperspektiv.

Syfte med utredningarna

”Utredningarna ska tillgodose Försäkringskassans behov av fördjupade medicinska underlag för bedömning och beslut i sjukförsäkringsärenden. Utredningarna ska belysa hur den försäkrades sjukdom påverkar hans eller hennes funktionstillstånd ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv.³ Det innebär att utredningarna på ett standardiserat sätt ska beskriva hur sjukdomen påverkar den försäkrades kroppsfunktioner och aktiviteter. Utredningen ska ge en helhetsbild som inte bara inbegriper funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar utan också innefattar de positiva aspekterna av funktionstillståndet.⁴ Dessutom ska utredningarna belysa prognosen för sjukdomen eller sjukdomarna och funktionstillståndet”

Utredningen ska ta sikte på hur sjukdomen påverkar funktionstillståndet (funktioner och aktivitet, såväl resurser som begränsningar). Vården ska i detta sammanhang inte ge rehabiliteringsförslag eller uttala sig om arbetsförmåga eller eventuell rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Med stöd av utlåtandet och andra underlag i ärendet bedömer Försäkringskassan arbetsförmågan och rätten till sjukförmån. Försäkringskassan efterfrågar prognos för sjukdomen eller sjukdomarna och funktionstillståndet. Det innebär att prognosen för de aktivitetsbegränsningar som sjukdomen ger ska bedömas med hänsyn till det

³ *Funktionstillstånd* utgör i ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, Socialstyrelsen 2003) en paraplyterm för alla kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet. *Kroppsfunktioner* är kroppssystemens fysiologiska funktioner inklusive psykologiska funktioner. *Kroppsstrukturer* är anatomiska delar av kroppen såsom organ, lemmar och deras komponenter. *Aktivitet* är en persons genomförande av en uppgift eller handling. *Delaktighet* är en persons engagemang i en livssituation.

De aspekter av funktionstillståndet som står i fokus ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv är i första hand hur sjukdomen påverkar kroppsfunktioner och aktiviteter.

⁴ Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar är begrepp som i ICF används för att betona problem vad gäller kroppsfunktioner och aktiviteter. *Funktionsnedsättningar* definieras som problem såsom en betydande avvikelse eller förlust i kroppsfunktion. *Aktivitetsbegränsningar* definieras som svårigheter som en person kan ha vid genomförande av aktiviteter.

naturliga förloppet och den medicinska behandling som kan ges. Om en förändring – förbättring eller försämring – förväntas ske, ska tidsperspektivet för denna anges. Är prognosen osäker bör detta framgå och motiveras i utlåtandet. Notera att prognosen för funktionstillstånd kan vara miljörelaterad.

Bemötande

Den försäkrade är utredningens huvudperson. Utredningen ska utföras med respekt för hans eller hennes integritet och värdighet. Den försäkrade ska få komma till tals och vara delaktig genom hela processen. De krav på kvalitets- och ledningssystem, inklusive krav på bemötande, som ställs på hälso- och sjukvårdens område ska följas.

Sjukvårdens krav på etik i patientbemötande och -omhändertagande gäller som vanligt. Säkerställ att bemötande av kvinnor och män sker med samma kvalitet. Betänk och tillvarata möjligheten att genom utredningen kunna påverka en patient i positiv riktning och förmedla fördelarna för patienten som får träffa ett helt team. Tänk på att utredningen har beställts av Försäkringskassan och att den är tvingande för den försäkrade i den betydelsen att rätten till sjukförmån kan äventyras av att patienten inte accepterar att en utredning görs.

Kompetenskrav

Teamutredningar ska utföras av följande personalkategorier:

- *”Legitimerad läkare med den specialistkompetens som behövs för en försäkringsmedicinsk bedömning av den försäkrades funktionstillstånd. Utöver lämplig specialistkompetens ska läkaren ha fördjupad utbildning i försäkringsmedicin. För de utredningar som avser försäkrade med en svårbedömd psykisk sjukdomsbild ska läkaren vara specialistutbildad läkare med bred erfarenhet av patienter med psykisk ohälsa och ha kunskap om aktuella behandlingsformer och moderna terapier.”*
- *Legitimerad psykolog med den kompetens och yrkeserfarenhet som behövs för att utreda och bedöma funktionstillstånd samt grundläggande utbildning i försäkringsmedicin.*
- *Legitimerad sjukgymnast med den kompetens och yrkeserfarenhet som behövs för att utreda och bedöma funktionstillstånd samt grundläggande utbildning i försäkringsmedicin.*
- *Legitimerad arbetsterapeut med den kompetens och yrkeserfarenhet som behövs för att utreda och bedöma funktionstillstånd samt grundläggande utbildning i försäkringsmedicin.”*

- Utredningsteamet består av professionerna läkare, psykolog, sjukgymnast och arbetsterapeut eftersom dessa personalkategorier har kunskap, kompetens och rättighet att göra de utredningar och använda sig av de testinstrument som behövs för att beskriva funktionstillstånd. Läkaren är den profession som har rätt att utfärda intyg i sjukförsäkringen och som därmed står för de slutliga bedömningarna och utfärdar utlåtandet. Det är läkarens ansvar, precis som i all annan läkarutövning, att remittera eller konsultera mer erfaren eller specialistutbildad läkare när problembilden kräver fördjupade kunskaper inom till exempel psykiatriområdet.

Fördjupad utbildning i försäkringsmedicin

Läkare som ingår i teamet ska ha fördjupad kompetens i försäkringsmedicin motsvarande SLU-kompetens. Arbetsterapeuter, psykologer och sjukgymnaster ska ha grundläggande kunskap om försäkringsmedicin, vilket motsvarar en dags utbildning.

Kunskap om tester och instrument

Utöver kompetens i försäkringsmedicin behövs lämplig utbildning i och kunskap om de tester/instrument som ska användas. Varje landsting svarar för att det finns kompetens i de tester/instrument som landstinget kommer att använda.

Försäkringskassan bistår med kompetens i försäkringsmedicin vilken tar hänsyn till att utredningar görs efter samma förutsättningar för män och kvinnor.

Utredningskrav och utredningsmetoder

Utföraren ska använda de utredningsmetoder som behövs för att kunna bedöma hur sjukdomen påverkar förmågan att utföra relevanta aktiviteter. Undersökning och anamnes ska kompletteras med reliabla och valida tester. De utredningsmetoder som används ska vara baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vid utredningen och i utlåtandet ska ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, Socialstyrelsen, 1997) och ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, Socialstyrelsen 2003) användas i tillämpliga delar. Utredningen ska beskriva och värdera den försäkrades funktionstillstånd utifrån en försäkringsmedicinsk tillämpning av ICF. Förmågan till aktivitet ska redovisas dels i klartext, dels med koder. Graden av aktivitetsbegränsningar ska redovisas utifrån en försäkringsmedicinsk tillämpning av ICF.⁵ I första hand ska förmågan att utföra de aktiviteter som finns specificerade i Försäkringskassans svarsmall bedömas. Om det i det enskilda fallet finns ytterligare aktivitetsbegränsningar som är relevanta för den försäkrades förmåga att utföra arbete på den reguljära arbetsmarknaden ska även dessa bedömas och redovisas. Det ska framgå vilka undersökningsfynd och testresultat som ligger till grund för bedömningen av aktivitetsbegränsningarna. Utredningen ska omfatta undersökningar av läkare och tester av sjukgymnast, psykolog samt arbetsterapeut. Teamet ska sammanfatta och stämma av resultaten

⁵ Hur ICF ska tillämpas ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv framgår av svarsmallen och ifyllnadsanvisningarna.

inför läkarens utfärdande av utlåtandet. Den försäkrade ska få en muntlig återkoppling av läkaren innan han eller hon skickar utlåtandet till Försäkringskassan. Den försäkrade ska ges möjlighet att ge sin syn på bedömningen.

Förutom sedvanlig anamnes och status behövs olika tester som i första hand ska ta sikte på de aktiviteter som ska bedömas enligt Försäkringskassans blankett för utlåtande. Här följer vem som har ansvar för några av dessa tester eller instrument. Vilka som ska användas i det enskilda fallet beror på sjukdomens karaktär och på vilka aktivitetsområden den försäkrade själv anger som problematiska. Säkerställ att tester och instrument väljs, genomförs och bedöms med samma förutsättningar för män och kvinnor.

Läkare

Läkaren har ett övergripande ansvar för utredningen och ansvarar för de slutliga bedömningarna och för det samlade utlåtandet. Utredningen bör inledas med att teamläkaren förklarar syftet med och uppläggnings av utredningen. Läkaren gör sedan en anamnesupptagning och statusgenomgång med särskild hänsyn till den försäkringsmedicinska frågeställningen.

Psykolog

Psykologen ansvarar för att genom intervjuer kartlägga och bedöma den aktuella problematiken och personlighetsstrukturen, och gör en psykosocial bedömning med omvärldspåverkan. Genom tester bedömer psykologen patientens exekutiva och kognitiva funktioner och genom patientens självskattningsformulär dennes stresspåverkan utifrån de funktioner och aktiviteter som Försäkringskassan efterfrågar. Se mer information och förslag på lämpliga test i Bilaga 1.

Sjukgymnast

Sjukgymnasten ansvarar för kartläggning och undersökning (anamnes och status) så att patientens fysiska förmåga kan bedömas och besvarar frågorna om de funktioner och aktiviteter som Försäkringskassan efterfrågar. Det instrument som förordas är TIPPA. Se information i Bilaga 2.

Arbetsterapeut

Arbetsterapeuten ansvarar för aktivitetskartläggningen. Genom intervju, självskattning och observation prövas och bedöms individens aktivitet och aktivitetsbegränsningar för att svara på de funktioner och aktiviteter som Försäkringskassan efterfrågar. Se information om föreslagna instrument i Bilaga 3.

Att organisera verksamheten

Teamet

Ett team består av läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och psykolog. Det bör finnas tillgång till minst två team i landstingets regi eller upphandlade. Skälen till detta är följande: 1. Utredningar kan behöva genomföras 52 veckor om året. 2.

Utredningsresultatet ska vara FK tillhanda senast fyra veckor efter beställning. 3. Det behövs beredskap för vakanser. 4. Rehabiliteringskedjans tidsaxel ställer krav på skyndsamhet.

För att säkerställa kvalitet och få en samsyn på det försäkringsmedicinska uppdraget vad gäller metoder och bedömningsinstrument rekommenderas fasta team.

Var ska teamen finnas? De behöver inte finnas på varje vårdcentral. Uppdraget att göra teambaserade fördjupade medicinska utredningar är begränsat för att säkerställa en god kvalitet. Landstingen kan välja mellan att upphandla teamtjänster av privata leverantörer, erbjuda det i primärvården eller i specialistvården eller en kombination av dessa.

Om ett landsting skulle vilja ha ett eller flera team i primärvården, går det i så fall att förena med vårdval? Notera att detta är ett avgränsat uppdrag från Försäkringskassan och kan därmed inte betraktas som ordinarie primärvård och det är heller inte något som berör vårdvalet eftersom det inte utgår från ett behov som framkommer i samband med kontakt med den vårdcentral patienten är listad vid. Om landsting önskar att lägga uppdraget i primärvårdens regi bör det vara möjligt.

Planeringsförutsättningar

Beställning från Försäkringskassan

Vart ska Försäkringskassan skicka sin beställning? Ett alternativ är att en central funktion tar emot beställningarna och fördelar ut dem till befintliga team. Ett annat är att Försäkringskassan sänder sin beställning direkt till den enhet eller funktion som ska göra utredningen. Landstingen har då i förväg gjort upp med Försäkringskassan till vilket/vilka team som de ska sända sin beställning, efter exempelvis geografi eller storlek på enhet som tar emot utredningar. Varje landsting bör komma överens med Försäkringskassan om vart beställningarna ska skickas och ha ett system som gäller för hela landstinget. Det är inte att rekommendera att TFMU går via den behandlingsansvariga läkaren eftersom det riskerar att fördröja handläggningen.

Tidsomfattning och att organisera utredningarna

Från det att landstinget/enheten har fått beställningen från Försäkringskassan ska utlåtandet vara Försäkringskassan tillhanda senast efter fyra veckor. Den första veckan kan gå åt för att kalla patienten och det finns då två veckor att genomföra utredningen, och till sist en vecka att samla teamet för teamkonferens, sammanställa resultatet och presentera det för patienten.

Det kan vara rimligt att utreda den försäkrade i 2-3 dagar. För att undvika dubbelarbete och av hänsyn till patienten är det väsentligt att professionerna sinsemellan tydliggör vem som ska göra vad. Det är läkaren som har det övergripande ansvaret för utredningen och för att den innehåller sådana uppgifter som ska lämnas i utlåtandet.

I samband med beställningen skickar Försäkringskassan de handlingar som de har tillgång till och som bedöms som nödvändiga för teamet att ta del av. Försäkringskassan informerar också den försäkrade om utredningen och syftet med den.

Exempel på flödesschema vid TMFU

Vecka 1 Begäran kommer från Försäkringskassan. Patienten kallas. Teammedlemmarna får bakgrundsmaterial.

Vecka 2 Varje profession gör sin utredning och påbörjar en sammanställning av testresultatet.

Vecka 3 Fortsättning på sammanställningen av testresultaten och skriftliga utlåtanden som teamläkaren samlar in. En teamkonferens i slutet av veckan.

Vecka 4 Återkoppling till patienten. Teamläkaren sammanställer utredningen och sänder den till Försäkringskassan.

Vi rekommenderar att landstingen börjar med att göra en inventering av SLU-behöriga läkare och tar hjälp av Försäkringskassan som har dessa uppgifter.

De landsting som väljer att göra utredningarna i egen regi kan inventera hela eller delar av de team som redan finns i organisationen. De kan exempelvis finnas på intern företagshälsovård, smärtenheter, rehabiliteringsenheter och vårdcentraler. Om landstinget väljer att upphandla tjänsten av privata aktörer ska det göras på sedvanligt sätt. Genom Försäkringskassan kan landstingen få veta vilka privata producenter som finns i dag.

”Utföraren ska lämna ett utlåtande till Försäkringskassan. Det ska utformas i enlighet med Försäkringskassans svarsmall. Utlåtandet ska bygga på dokumenterade utredningsresultat och vara formulerat på ett sådant sätt att det kan förstås även av den försäkrade. Utlåtandet ska ge svar på de frågor som finns i svarsmallen. Det ska däremot inte innehålla andra bedömningar, till exempel av arbetsförmågans nedsättning eller rätten till ersättning från sjukförsäkringen. Utlåtandet ska komma in till Försäkringskassan senast fyra veckor efter det att landstinget har fått en skriftlig beställning på utredningen.”

Teamet ska sammanfatta och stämma av resultaten inför utlåtandet. Det bör ske vid gemensam teamkonferens. Läkaren ska i sitt utlåtande värdera och väga samman de olika resultaten och göra de bedömningar som efterfrågas i blanketten. Beakta de ifyllnadsanvisningar som finns till blanketten, som tydliggör vilken information som efterfrågas. Säkerställ att utlåtandet har samma kvalitet för män och kvinnor.

Bilaga 1

Förslag på testinstrument utfärdade av psykologer för Teambaserade Fördjupade Medicinska Utredningar

WAIS-III NI

Wechsler Adult Intelligence Scale eller **WAIS** bedömer den generella kognitiva begåvningen.

Instrumentet används även för att göra bedömningar av dysfunktioner. För att instrumentet lättare ska fungera i det sammanhanget finns en variant benämnd som **WAIS-III NI** (*Wechsler Adult Intelligence Scale-III som Neuropsykologiskt Instrument*), ett neuropsykologiskt test för bedömning av kognitiva funktioner hos vuxna, avsett att användas i ett mer processinriktat utredningsarbete.

Testet är avsett för bedömning av personer i åldrarna 16–75 år.

Testet består av 14 deltester.

Behörighet: Leg. psykolog

Deltesten

Verbala deltest

Information

Allmänbildning, till stor del kulturspecifik

Förståelse

Förmåga att hantera abstrakta sociala konventioner, regler och uttryck

Aritmetik

Koncentration medan man mentalt manipulerar matematiska problem

Likheter

Abstrakt verbalt resonerande

Ordförråd

I vilken grad man lärt sig förstå och kan uttrycka ord

Sifferrepetition

Kunna koncentrera sig, vara uppmärksam och använda arbetsminnet

Performance deltest

Bildkomplettering

Förmåga att uppfatta detaljer

Kodning

Visuomotorisk koordination samt motorisk och mental snabbhet

Blockmönster

Spatial perception och problemlösande

Matriser

Logisk förmåga

Bildarrangemang

Logisk sekventiell resonerande med social förståelse

Valfria deltest

De valfria deltesten är inte nödvändiga för en helskalepoäng (IQ), men för WAIS delskalor.

Figursammansättning

Visuell analys, förmåga att se helheter

Symbolletning

Visuell perception och snabbhet

Bokstavs- och sifferrepetition

Uppmärksamhets- och arbetsminneskrav

Weschler, David (1939). The measurement of adult intelligence. Baltimore: Williams & Wilkins. s. 229.

Halvstrukturerad djupintervju

Bedömningen ska innehålla en beskrivning av den aktuella problematiken, vilken betydelse den har för patientens funktionstillstånd och om det är en tillgång eller ett hinder i bedömningen av patientens aktivitetstillstånd

Den ska också omfatta en personlighetsstruktursbedömning för en uppfattning av den bedömdes personlighet, vilken betydelse den har för patientens funktionstillstånd och om den är en tillgång eller ett hinder i bedömningen av patientens aktivitetstillstånd. Bedömningen ska belysa patientens emotionella och sociala kompetens, mognad, motivation, förmågor och brister i personlighetsstrukturen.

I helhetsbedömningen ingår även en bedömning av hur omvärldsfaktorer påverkar patienten, vilken betydelse de har för patientens funktionstillstånd och om de bidrar eller hindrar i bedömningen av patientens aktivitetstillstånd. De omvärldsfaktorer som ska belysas är relationer i arbetet, familjerelationer, relationer på fritiden samt socioekonomisk status.

SRI - Stress and Crises Inventory – 93

SRI är en skala för patientens självskattning av symtom på autonom dysfunktion.

Olika symtom värderas i fråga om hur mycket de stör i patientens vardagsliv på en skala från Inte alls, lite grand, måttligt, ganska mycket till väldigt mycket för att få en uppfattning om hur stresspåverkad patienten är.

Bilaga 2

Förslag på testinstrument som kan användas av sjukgymnaster vid teambaserade fördjupade medicinska utredningar

Testinstrument för profil av fysisk förmåga, TIPPA

Testinstrumentet TIPPA har utvecklats i kliniskt arbete åren 1996-2004 vid Arbetsrehabcenter (nedlagt i början av 2006) vid primärvården i Göteborg för att bedöma rehabiliteringspotential och fysisk förmåga hos patienter med långvarig muskuloskeletal värk. Med TIPPA kan en sjukgymnast som arbetar med rehabilitering eller arbetsinriktade åtgärder göra en kartläggning eller screening av patientens fysiska förmåga i fråga om vardagsaktiviteter. Testinstrumentet mäter en begränsad del av den fysiska förmågan i aktivitet och delaktighetsnivå enligt International Classification of Functioning (ICF).

Tippa består av fyra variabler

- A. Patientens bedömning av sin aktuella fysiska förmåga.
- B. Sjukgymnastens bedömning av patientens fysiska aktivitetsförmåga.
- C. Patientens skattning av sin ansträngning.
- D. Sjukgymnastens bedömning av patientens smärtbeteende.

Resultatet placeras i en profil med hjälp av ett graderingssystem som gäller både kvinnor och män. Med hjälp av profilen åskådliggörs resultatet för andra och ges som feedback till patienten. Graderingssystemet har sedan år 2008 uppgraderats på basis av 658 patienters testresultat från 18 verksamheter i landet och 48 friska personer från en tidigare studie. Patientgruppen som består av kvinnor (n=490) och män (n=168) representerar olika typer av smärttillstånd och diagnoser. Detta stora antal patienter med varierande diagnoser bidrar till att funktionstestet TIPPA har en tillförlitlig grund för bedömningen av den fysiska förmågan hos patienter med långvarig muskuloskeletal värk. Den friska gruppen däremot har ett begränsat antal kvinnor (n=33) och män (n=15) och behöver i framtiden utökas genom ytterligare studier.

Genom ett standardiserat testinstrument med fastställd manual går det att jämföra resultat före och efter rehabilitering. Trots att TIPPA handlar om vardagsaktiviteter går det att se fysiska förutsättningar för arbete, t.ex. uthållighet, lyftförmåga och tro på sin egen förmåga. För att kunna använda TIPPA med hög kvalitet ska personalen delta i en utbildningsdag där de får såväl teoretisk som praktisk vägledning i hur TIPPA-instrumentet ska användas enligt den standardiserade manualen.

Bilaga 3

Förslag på Arbetsterapeutiska instrument för teambaserade fördjupade medicinska utredningar

Aktivitetskartläggning

Kartläggning av aktivitet är en rapport över ett dygn indelat i halvtimmar, där patienten ska skriva ned vad hon eller han gör. Det går även att använda instrumentet tillsammans med arbetsterapeuten. Klienten skriver ned vad hon eller han gör och inom vilket aktivitetsområde det är. Klienten skattar också nöje, vikt och kompetens i sina aktiviteter. Sammanställningen ska ge en översiktlig bild av klientens aktivitetsmönster och kompetens.¹

Aktivitetslogg är en dagbok med notering om vad klienten gör och hur han eller hon mår. Den förs under en vecka för att medvetandegöra personen om hans eller hennes aktivitetsmönster.²

Intervju

The Worker Role Interview (WRI) är en semistrukturerad intervju som har skattningsskalor inom 17 områden som tillsammans beskriver faktorer som påverkar patientens möjligheter till återgång till arbete. Skattningen summeras till hindrande och stödjande faktorer och täcker begrepp i personens självuppfattning, värderingar, intressen, roller, vanor och miljö.³

Självskattning

Dialog om arbetsförmåga (DOA) fokuserar på patientens uppfattning om sin fysiska förmåga, vanemönster, roller, organisations- och problemlösningsförmåga samt förmåga till samspel och kommunikation. Instrumentet består av 34 variabler på ordinalskalenivå och är indelat i två delar: ett självskattningsformulär för patienten och ett skattningsformulär för arbetsterapeuten. Det senare fungerar också som ett sammanställningsformulär.⁴

Min mening är ett självskattningsinstrument för patienten med fokus på aktivitetsförmåga, fysisk och social miljö, värderingar och prioriteringar för bedömning av patienter och mätning av behandlingsresultat. Det ger patienten möjlighet att själv reflektera över sina prioriteringar och mål.⁵

Observation

Assessment of Work Performance (AWP) (*Bedömning av färdigheter i arbete - BaFia*). Via observation bedöms patientens färdigheter vid utförande av arbete inom tre områden: motoriska färdigheter, processfärdigheter samt kommunikations- och interaktionsfärdigheter. 14 olika färdigheter bedöms på en fyrgradig skala. Bedömningen kan göras i såväl reell som artificiell miljö.⁶

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) är en observationsundersökning som mäter kvaliteten på en persons förmåga till

hushållsaktiviteter (instrumentella) och personliga aktiviteter i det dagliga livet (ADL). Kvaliteten på ADL-utförandet bedöms genom att 16 motoriska färdighetsmoment och 20 processfärdighetsmoment värderas. AMPS kan hjälpa till vid interventionsplanering och för att dokumentera förändring. AMPS är en idealisk bedömning för miljöer där arbetsterapeuter behöver demonstrera effektiviteten av sina interventioner på ett kostnadseffektivt och klientcentrerat sätt.⁷

Dialog om arbetsförmåga (DOA) se ovan. Arbetsterapeutens skattning bygger på observationer av aktiviteter.

Specifika instrument för social interaktion och kommunikation

_____ **The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)** har översatts till svenska och fått titeln: Bedömning av kommunikations- och interaktionsfärdigheter. Instrumentet är ett observationsinstrument med en skattningsskala utformad för att hjälpa arbetsterapeuter att samla information om en patients färdigheter vid samspel med andra i någon form av aktivitet och/eller socialt samspel. Instrumentet är uppbyggt kring tre olika områden: fysisk kontakt, informationsutbyte och relationer.⁸

Evaluation of Social Interaction (ESI) är ett instrument för att observera och bedöma en persons kvalitet i social interaktion. Observationen sker i de dagliga aktiviteter där personen samspelar med en eller flera sociala parter. Till skillnad från andra bedömningsmetoder för social interaktion är ESI inte baserat på självskattning eller observation av simulerade sociala interaktioner. ESI kan användas att bedöma friska personer eller personer med vilken diagnos som helst. ESI-observationen utförs i ett naturligt socialt sammanhang och arbetsterapeuten kan bedöma vilken social interaktion som helst. ESI kan användas för att bedöma personer från två år och uppåt.⁹

—

Referenser

¹ Kartläggning av aktivitet, svensk översättning från *A Model of Human Occupation* Kielhofner. www.fsa.akademikerhuset.se

² Martinsson M. & Hallqvist E. (2001): *Aktivitetslogg*. Södra Älvsborgs sjukhus. Borås lasarett. Arbetsterapiavdelningen Rehabiliteringskliniken

³ Ekbladh E., Haglund L. *The Worker Role Interview (WRI)*. Linköpings Universitet. Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, 2007

⁴ Norrby, E., & Linddahl, I. (2006). *Dialog om arbetsförmåga, DOA Version 3*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

⁵ Hellsvik, E. (2000). *Min Mening - ett självskattningsinstrument med fokus på aktivitetsförmåga, fysisk och social miljö, värderingar och prioriteringar*. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Reliabilitets och validitetsprövning pågår. Original: Occupational Self Assessment OSA, av Baron, Kielhofner, Goldhammer & Wolenski (1998)

⁶ Sandqvist J. *Assessment of Work Performance (AWP) version 2.0*. Linköpings Universitet. Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, 2008

⁷ Fisher, A.G. (2006). *Assessment of Motor and Process Skills* Vol 1 och 2. Three Star Press Inc. Fort Collins, Colorado, USA

⁸ Haglund L., Kjellberg A. *Bedömning av kommunikations- och interaktionsfärdigheter*. Linköpings Universitet. Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, 2004

⁹ Fisher, A. G. & Griswold, L. A. (2009). *Evaluation of social interaction*. Fort Collins, CO: Three Star Press. Kan beställas på www.amps-intl.com