Närsjukvården
i östra Östergötland

Rehab Öst

# En arbetsmodell för arbetsterapeutiskt och sjukgymnastiskt samarbete i arbete med patienter som är sjukskrivna eller i riskzonen för sjukskrivning

**Lisbet Hallendorff**
**Marie Richt**
**081008**

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING


BAKGRUND ..... **1**
Inledning ..... 1
Norrköpings samordningsförbund ..... 1
Resursteam ..... 1
Rehabiliteringsbegreppet ..... 1
De olika rehabiliteringsaktörernas ansvarförhållanden ..... 2
Begreppet arbetsförmåga ..... 3
Faktorer som påverkar arbetsförmågan ..... 4
Bedömning av arbetsförmåga ..... 5
Rehabiliteringskedjan ..... 6
ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health ..... 7
SYFTE ..... **8**
MÅL ..... **8**
METOD ..... **9**
Datainsamling ..... 9
Bearbetning ..... 9
Genomförande ..... 9
Urval ..... 9
RESULTAT ..... **10**
Arbetsmodell vid funktionstillståndsbedömning ..... 10
DISKUSSION ..... **13**
ICF ..... 13
Bedömning ..... 14
Behandlingsbehov ..... 16
SLUTSATS ..... **17**

# BAKGRUND

## Inledning

Under våren 2007 efterfrågade Norrköpings samordningsförbund och Försäkringskassan en tydligare bild av arbetsterapeutens och sjukgymnastens arbete och roll i resursteamen. De önskade också få en bild av vilka bedömningsinstrument som användes och när dessa lämpligen sattes in. Det framkom också önskemål om att det skulle ske en kvalitetshöjning av funktionsbedömningarna som skulle vara till nytta för både patienten och resursteamet. Detta önskemål hade sin bakgrund i en utvärdering (Ståhl, 2007) som genomförts av resursteamen i Östergötland, där det framkom att just arbetsterapeuten och sjukgymnastens kompetens inte utnyttjades i den mån som var möjlig och att resursteamen bara användes i begränsad utsträckning till bedömning av arbetsförmåga. Detta sågs i denna studie och tidigare studier som ett problem, framförallt av läkarna.

Detta blev starten till ett metodutvecklingsprojekt, som presenteras i denna rapport.

## Norrköpings samordningsförbund

Norrköpings samordningsförbund bildades av Norrköpings kommun, Landstinget, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen år 2005.
Samordningsförbundets uppdrag är att, utifrån lagen (2004:793) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, verka för att personer i förvärvsaktiv ålder med offentlig försörjning får möjligheter att komma i arbete eller studier. Syftet med den finansiella samordningen är att underlätta en effektiv resursanvändning. De samordnade resurserna ska användas för insatser som syftar till att den enskilde ska uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete (Norrköpings samordningsförbund, 2008).

## Resursteam

I Norrköpings kommun återfinns ett resursteam på varje vårdcentral. Resursteamets uppdrag är att fånga upp sjukskrivna from dag 28 för att bedöma samt samordna och vidta aktiva åtgärder så att sjukskrivningen blir så kort som möjligt. Teamet består av rehabiliteringssamordnare, läkare, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut., representant psykosociala teamet, handläggare från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Norrköpings kommun arbetsmarknadskontoret Ekonomiskt bistånd. Resursteamen träffas ca 2 tim/var 14:e dag. Teamen träffas på respektive vårdcentral. Rehabiliteringssamordnare, läkare och kurator är anställda av vårdcentralen. Sjukgymnast och arbetsterapeut av är anställda av Rehab Öst. Respektive handläggare är anställda av sina myndigheter; Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Norrköpings kommun arbetsmarknadskontoret Ekonomisk bistånd (Norrköpings samordningsförbund, 2008).

## Rehabiliteringsbegreppet

I dagligt tal står begreppet rehabilitering för "återanpassning" (i samhälls- och arbetsliv), "återinsättning (i värdighet) och "återupprättelse". Detta innebär att begreppet har en positiv grundinnebörd. Rehabilitering är också ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad art som skall hjälpa människor att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv (Westerhäll et al, 2006).

Enligt 22 kap 2 § AFL skall rehabilitering syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättning att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Denna rehabilitering brukar benämnas arbetslivsinriktad rehabilitering. Hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsinsatser är exempelvis många gånger avgörande för den enskildes möjligheter att påbörja arbetslivsinriktad rehabilitering (Westerhäll et al, 2006).

Försäkringskassan har ansvar för att besluta om rätt till ersättning, detta beslut bygger dock till största del (i alla fall tidigt) på den information som läkaren lämnat i sitt läkarintyg. Tillfälligt nedsatt arbetsförmåga är enligt SOU (2008:66) ett kärnuppdrag för hälso- och sjukvården. Ju längre ett sjukfall pågår desto mer blir det mer en försäkringsfråga, detta då det enligt den nya rehabiliteringskedja (som gäller från och med den 1 juli 2008) skall krävas särskilda skäl om den sjukskrivnes arbetsförmåga inte skall testas mot hela den öppna arbetsmarknaden efter 6 månaders sjukskrivning. Vilka som då måste testas mot arbetsmarknaden är, enligt SOU (2008:66), mer en fråga om tolkning av försäkringsvillkoren än en medicinsk fråga (Westerhäll et al, 2006).

## De olika rehabiliteringsaktörernas ansvarförhållanden

Stark kritik har riktats mot de ansvarsförhållanden som råder i rehabiliteringssammanhang idag. De som är kritiska menar att ansvaret är alltför uppdelat och att det saknas gemensamma mål och medel för en väl samordnad rehabilitering. Det offentliga ansvaret för rehabilitering delas idag mellan fyra delar, vilka var och en har övergripande ansvaret för sitt verksamhetsområde, nämligen hälso- och sjukvården, försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheter och socialtjänsten. Olika regelverk gäller för de fyra verksamhetsområdena. Vissa menar att denna uppdelning har lett till att rehabiliteringen inriktats på de myndigheter som ansvarar för de olika grenarna istället för den enskilde individen, vilket har försvårat upprätthållandet av den helhetssyn som är önskvärt att ha på individen i rehabiliteringsverksamheten. Förutom de offentliga aktörerna finns även privata, frivilliga och ideella aktörer. En annan aktör är självklart även individen och en annan dess eventuella arbetsgivare.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

- Medicinsk utredning, behandling, vård och rehabiliteringsmedicinska åtgärder.

Medicinsk rehabilitering tillhandahålls av hälso- och sjukvården. Syften med den medicinska rehabiliteringen är att så långt det är möjligt återställa, förbättra och bibehålla funktionsförmågan hos den enskilde som drabbas av sjukdom eller skada. Ansvaret för vården och den medicinska rehabiliteringen ligger på hälso- och sjukvårdshuvudmännen, dvs. i första hand landstinget.

Försäkringskassan

- Övergripande samordningsansvar för de åtgärder som behövs för att den försäkrade skall kunna återgå till arbete och ha möjlighet att försörja sig genom arbete.

Arbetsmarknadsmyndigheterna

- Ansvarar för den yrkesinriktade rehabiliteringen, vilken skall hjälpa individer att stärka sin ställning på arbetsmarknaden, både när det gäller att få och att behålla ett arbete. Målet är bland annat att arbetssökande med funktionshinder skall finna arbete på den reguljära arbetsmarknaden och innebär rent praktiskt åtgärder som exempelvis platsförmedling, utbildning och vägledning.

Socialtjänsten

- Ansvarar för att hjälpa personer med sociala - och/eller ekonomiska problem samt hjälp till alkohol och narkotikamissbrukare. Socialtjänstens övergripande mål är att skapa ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktivt deltagande i samhällslivet.

## Begreppet arbetsförmåga

Enligt SOU (2008:66) är begreppet arbetsförmåga svårt att definiera och bedöma. Begreppet är komplext, föränderligt och kan uppfattas på många olika sätt och är något som skapas i samspel mellan en individs förmåga och de krav som ett arbete ställer på individen. Ett stort problem är att arbetsförmåga inte går att mäta med något exakt mått. Trots dessa uppenbara svårigheter utgör begreppet grunden i sjukförsäkringen. Detta innebär stora svårigheter vid rehabiliteringen av individer som är sjukskrivna och planeras återgå till arbete. Här ställer man sig frågan - Är arbetsförmågan hos denna individ nedsatt? Denna fråga är mycket svår att svara på om det inte är tydligt vad begreppet arbetsförmåga innebär. Regeringen har på grund av den förvirring som råder tillsatt en utredning för att klargöra begreppet arbetsförmåga och dess användning inom olika offentliga verksamheter. Hela utredningen skall vara klar är 2009.

Carlsson (2006/2007) tar i sitt projektarbete upp begreppet arbetsförmåga. Även hon pekar på att det är ett svårdefinierat begrepp med många aspekter. Det kan ses både i ett försäkringsrättsligt perspektiv och i ett arbetslivsinriktat rehabiliteringsperspektiv. Arbetsförmågan består av både individfaktorer och arbetskrav. Den kan också beskrivas som ett samspel mellan individ och individens livskrav. I Suntliv (suntliv.se) diskuterar en artikel begreppet arbetsförmåga. Här refereras bland annat till lagtexten i Lagen om allmän försäkring, där arbetsförmåga beskrivs som en persons möjlighet att förtjäna sitt levebröd *"genom sådant arbete, som motsvarar hans krafter och färdigheter och rimligen kan begäras av honom"*. Vidare framkom i en studie som refereras till i artikeln att läkare och Försäkringskassan inte har en gemensam bild av vad arbetsförmåga är. Arbetsförmågan beror inte bara på personen utan även arbetsuppgifterna. En person kan ha helt olika arbetskapacitet inom olika yrken eller skilda arbetsuppgifter. Arbetsförmågan beror också på hur den enskilde hanterar sin sjukdom.

Finska arbetshälsoinstitutet (2008) beskriver arbetsförmågan som ett hus med fyra våningar. Bottenvåningen består av hälsan och funktionsförmågan. Den andra våningen består av yrkeskompetensen. Tredje våningen beskriver värderingar, attityder och motivation. Fjärde våningen är arbetets våning. Huset för arbetsförmåga fungerar och hålls upprätt om våningarna stöder varandra. Arbetsförmåga handlar alltså om förenlighet och balans mellan människans resurser och arbetet.

## Faktorer som påverkar arbetsförmågan

Många faktorer ingår och påverkar arbetsförmågan. Helt klart är att en fysisk, en psykologisk och en social dimension ingår. Den fysiska förmågan kan kanske mätas med tester, men den psykologiska och den sociala är oftast svårare att avgöra. De senare typerna av arbetsförmåga spelar stor roll vid tillstånd som utmattningsdepression och utbrändhet. Vidare sägs att kopplingen mellan diagnos och arbetsförmåga är väldigt oklar (suntliv.se).

Enligt Westerhäll (2006) talas det inom forskningsområdet sjukskrivning och rehabilitering ofta om hindrande och underlättande faktorer. En hindrande faktor är en faktor som påverkar sannolikheten för att något negativt skall hända, en underlättande är det motsatta det vill säga en faktor som påverkar sannolikheten att något positivt skall hända. Faktorerna, både de hindrande och de underlättande, kan återfinnas på olika nivåer; individnivå, organisationsnivå och samhällsnivå.

Syftet med arbetslivsinriktad rehabilitering och dess åtgärder är att den sjukskrivne individen skall återgå till arbete och lämna sin roll som sjuk. Enligt artikeln i Sunt liv (suntliv.se) är det utifrån detta motiverat att säga att rehabilitering är lyckad när individen är tillbaka i arbete eller som arbetssökande. Misslyckad är den således när motsatsen inträffar. Utifrån detta är det som rehabiliteringspersonal viktigt att besitta kunskaper gällande olika faktorer som påverkar rehabiliteringen i positiv eller negativ riktning.

Exempel på faktorer som påverkar på individnivå:

- Ålder (sannolikheten att återgå till arbete efter arbetslivsinriktad rehabilitering minskar kraftigt med stigande ålder).
- Kön (de flesta studier som genomförts visar att män har större chans att komma åter i arbete, men det finns även vissa studier som visar motsatsen varför det behövs ytterligare forskning gällande denna faktor).
- Nationalitet (individer med invandrarbakgrund har mindre chans att återgå till arbete efter rehabilitering).
- Civilstånd (gifta har större chans än ogifta att återgå till arbete, "ensamhet" verkar vara en hindrande faktor i rehabilitering).
- Boende (individer som bor i städer har större chans att återgå till arbete än individer i glesbygden).
- Arbetslöshet (individer som vid sidan av sjukskrivningen är arbetssökande har en väsentligt mindre chans att återgå till arbete).
- Sjukhistoria (individer som fått mer vård och behandlingar har mindre chans att återgå till arbete).
- Självförtroende och livstillfredställelse (studier visar att individer som har gott självförtroende i större utsträckning återgår till arbete).
- Kontroll (individer som upplever att de själva har goda möjligheter att påverka sin livs- och arbetssituation har större chans att återgå till arbete).
- Motivation (individer med hög motivation har större chans att återgå till arbete).
- ADL-förmåga (individer med nedsatt ADL-förmåga att mindre chans att återgå till arbete).

Exempel på faktorer som påverkar på organisationsnivå:

- Multidisciplinära åtgärder (studier visar att rehabiliteringsåtgärder där flera aktörer är engagerade är mer effektiva än åtgärder där endast en aktör är involverad).
- Rehabiliteringsaktörens kännedom om individens arbete och arbetsplats (studier visar att rehabiliteringens resultat gynnas av att rehabiliteringsaktören har kännedom om detta).
- Tidiga insatser (studier visar att tidiga insatser är mer effektiva än åtgärder som påbörjats vid senare skede).
- Möjlighet att själv påverka (studier visar att individer som själva haft möjlighet att påverka sin rehabilitering oftare än andra återgår i arbete – en självklarhet för många men många studier talar för att så inte är fallet).
- Arbetsmiljön (dålig arbetsmiljö = större sannolikhet för nya sjukperioder).
- Högriskområden (sektorer med mindre chans för individer att återgå till arbete är kök, vård och omsorg).

Exempel på faktorer som påverkar på samhällsnivå:

- Ersättningsnivå (individer som saknar ersättning vid sjukdom kommer oftare åter i arbete än personer med sjukpenning, ju högre sjukpenning desto lägre chans till återgång).
- Arbetslöshet (individer som bor i områden med hög arbetslöshet har mindre chans till återgång till arbete).

Enligt Westerhäll et al (2006) är det viktigt att i rehabilitering lägga vikt på de faktorer som faktiskt kan påverkas. Individens ålder är ju till exempel ett faktum medan individens motivation, självförtroende, utbildning och hälsa kan påverkas. Med fokus på resurser och möjligheter är chansen till återgång i arbete stor.

## Bedömning av arbetsförmåga

Enligt Ekbladh (2008) är sjukfrånvaron i Sverige hög och det behövs utvecklad kunskap om vad som påverkar återgång till arbete efter sjukskrivning. I processen kring återgång till arbete återfinns bedömning av arbetsförmåga som en viktig del. Det finns dock en stor brist på valida, reliabla och teoretiskt förankrade bedömningsinstrument inom området och detta innebär problem då detta är en förutsättning för att bedömningen skall ske på ett tillförlitligt sätt och således leda till utformning och genomförande av interventioner för att stödja återgång till arbete. Enligt Ekbladh (2008) kräver denna typ av interventioner multidisciplinär kompetens.

I Carlssons studie (2006/2007) fastslår författaren att "En ideal arbetsförmågebedömning bör identifiera och mäta kraven från arbetet, identifiera den förmåga som behövs för att svara upp mot kraven samt testa personens förmåga i förutbestämda arbetskrav."
Vidare framhåller författaren att samstämmighet råder om att en arbetsförmågebedömning ska bedöma individens förmåga i relation till arbetskrav i ett flerdimensionellt perspektiv.
Vissa anser att vi i Sverige saknar standardiserade metoder för arbetsförmågebedömning.

Den egna uppfattningen om sin förmåga är viktig för arbetsåtergång. Den egna skattningen av arbetsförmågan stämmer väl överens från kliniska undersökningar. Även motivationen är viktig, och det handlar inte bara om vad man vill utan även vad man kan, bör eller får göra.

En funktionsnedsättning påverkar ofta men inte alltid arbetsförmågan. Carlssons slutsats är efter att ha gjort en inventering av metoder för arbetsförmågebedömning att ytterligare kunskap behövs.
"Ytterligare kunskap om vad som är en tillförlitlig metod för arbetsförmågebedömning behövs samt att metoder som används för försäkringsrättsliga beslut är vetenskapligt utvärderade."

En viktig aspekt i varje utredning eller bedömning gällande en persons funktionstillstånd och arbetsförmåga är i vilken grad patienten eller den försäkrade själv har möjlighet att delta i beskrivningen och värderingen. En sådan delaktighet bör sannolikt bidra till att utredning upplevs som mer legitim, oavsett utfallet (SOU 2008:66).

En viktig del, enligt Ekbladh (2008), att ta i beaktande vid bedömning av arbetsförmåga är personens subjektiva uppfattning av sin situation, detta då den enligt Hansen Falkdal (2005) har stor betydelse för utfallet gällande återgång till arbete. Enligt Ekbladh (2008) har det visat sig i flera olika studier att den faktor som har störst betydelse för om en individ återgår till arbete eller inte är motivation i form av individens tro på sina möjligheter att klara av att återgå till arbete. En annan viktig faktor är hur individens liv utanför arbete går att förena med att arbeta, här är det individens dagliga vanor och rutiner som är av vikt för detta samspel. De sociala aspekterna på arbetet är också av vikt samt om individen upplever att det han eller hon utför på arbetet är viktigt. Det som upplevdes som hindrande var när fysiska-, känslomässiga- och intellektuella krav i arbetet och den tid som var avsatt för att utföra arbetsuppgifterna inte var anpassade utifrån individens förmåga. Hindrande var också om det saknades relevant belöning för det arbete som utfördes (Ekbladh, 2008).

## Rehabiliteringskedjan

Från och med den 1 juli 2008 förändrades reglerna för sjukförsäkringen. Förändringarna innebär att sjukpenningen tidsbegränsas och att en rehabiliteringskedja med fasta hållpunkter för bedömning av rätten till sjukpenning införs vid Försäkringskassan.

Dag 1 – 14 är sjuklöneperiod. Ersättning betalas av arbetsgivare och denna beslutar även om rätten till sjuklönen. From dag åtta ska sjukdomen styrkas med hjälp ett medicinskt intyg. Under sjuklöneperioden har den anställde möjlighet att prova sin arbetsförmåga trots sjukdom, sjuklönen är helt steglös. Detta innebär att individen kan prova sin arbetsförmåga på vilken procent som helst.

Dag 15 – 90 utbetalas sjukpenning från Försäkringskassan. Sjukpenning betalas endast ut i de fall där rätten till sjukpenning är styrkt dvs. att personen, enligt försäkringsmedicinska regler, har en skada eller sjukdom som begränsar patientens möjligheter att utföra arbete. Om personen har befintligt arbete är det gentemot detta arbete som patienten arbetsförmåga eller oförmåga ställs. I de fall då personen är arbetslös sker denna jämförelse gentemot den öppna arbetsmarknaden.

Dag 91 – 180 sker utbetalningen fortsatt från Försäkringskassan. För arbetslösa sker jämförelsen på samma sätt som dag 15 – 90 men för personer med anställning sker jämförelsen inte mot det befintliga arbetet utan mot eventuellt annat arbete hos den befintliga arbetsgivaren. Nytt är också att en person med anställning under denna period har möjlighet att söka andra arbeten och samtidigt behålla sin sjukpenning och sin anställning.

Dag 181 -365 utreder Försäkringskassan om personen skulle kunna klara annat arbete på hela den öppna arbetsmarknaden. Om personen bedöms klara annat arbete på den öppna arbetsmarknaden dras sjukpenningen in. Undantag kan dock göras om personen med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till sin arbetsgivare före dag 366.

I samband med ovanstående förändringar sker också en förändring av den tidsbegränsade sjuk- och aktivitetsersättningen. Tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning upphör som ersättningsform.

Sjukpenningen begränsas till 365 dagar. Sjukpenningen är ca 80 procent av inkomsten. Om personen är fortsatt sjuk efter 365 dagar görs en ansökan om förlängd eller fortsatt sjukpenning.

Fortsatt sjukpenning beviljas personer som har en så allvarlig sjukdom att den kommer att begränsa deras möjlighet att arbeta resten av livet. Fortsatt sjukpenning är ca 80 procent av inkomsten och det finns ingen tidsgräns för denna ersättning.

Förlängd sjukpenning beviljas personer som varit sjukskrivna 365 dagar men som behöver ytterligare tid för att kunna återfå full arbetsförmåga. Det kan tex. handla om behov av ytterligare rehabilitering. Förlängd sjukpenning är ca 75 procent av inkomsten i max 550 dagar. Andra regler gäller dock i de fall då sjukpenningen betalas ut på grund av arbetsskada (Socialdepartementet, 2007).

## ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health

En individs arbetsförmåga är relaterad till den individens funktionstillstånd (Westerhäll et al, 2006).
Att få en tydlig bild av en individs funktionstillstånd är således av stor vikt vid all form av rehabilitering med målet att individen skall återgå till arbete (Westerhäll et al, 2006).

En vedertagen struktur som finns för systematisk kartläggning eller utredning av en individs funktionstillstånd är ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF utarbetades av en internationell grupp av rehabiliteringsexperter på WHO.
Den svenska versionen av ICF publicerades 2003. På svenska heter instrumentet Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (Socialstyrelsen, 2003).
Olika typer av begreppsmodeller har enligt Westerhäll, (2006) används för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder. Begreppsmodellerna kan uttryckas dels som en "social modell" och en "medicinskt modell". Den sociala modellen ser funktionshinder som ett i huvudsak socialt skapat problem och principiellt som en fråga om individens integrering i samhället. Den medicinska ser i sin tur funktionshinder som ett problem som uppstår hos en person pga. skada eller sjukdom. I ICF kombineras dessa två modeller – denna kombination beskrivs som en "biopsykosocial" inriktning. ICF försöker alltså att uppnå en helhetssyn på funktionstillstånd och hälsa utifrån ett biologiskt, ett individuellt och ett socialt perspektiv (Socialstyrelsen 2003).
Syftet med ICF är att skapa ett gemensamt språk som kan ligga till grund för att vetenskapligt undersöka människors hälsa och hälsorelaterade tillstånd och för att kunna göra jämförelser, också mellan länder. ICF är alltså inte enbart utformat för individer med funktionshinder utan kan tillämpas på alla människors, för att beskriva dennes funktionstillstånd (SOU 2008:66).

Enligt Westerhäll (2006) är socialstyrelsens direktiv att yttranden och utlåtanden om patienters funktionstillstånd skall göras enligt den av WHO utarbetade strukturen, ICF.

ICF består av två olika delar men vardera två underliggande komponenter. Varje komponent kan uttryckas i såväl positiva som negativa termer, dvs. som resurser eller begränsningar.

Del 1: Funktionstillstånd och funktionshinder

A) Kroppsfunktioner och avvikelser i struktur (kroppssystemets anatomiska delar och fysiska och psykologiska funktioner)
B) Aktiviteter och delaktigheter (en individs genomförande av uppgifter och en individs engagemang i en livssituation)

Del 2: Kontextuella faktorer

A) Omgivningsfaktorer (den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning som individen återfinns i)
B) Personliga faktorer (personliga egenskaper som inte hör till hälsotillståndet, exempelvis yrke och utbildning)

Inom varje komponent finns sedan ett stort antal kategorier, detta gör enligt Westerhäll (2006) att utredningar som genomförs utifrån ICF blir kompletta och helhetsbetonade.

En annan viktig fördel med att använda ICF är att det skapar en gemensam begreppsapparat för de olika aktörer som återfinns runt individen i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering, detta har enligt Westerhäll (2006) framförts i flera olika studier.

## SYFTE

Att utveckla en arbetsmodell för hur arbetsterapeuter och sjukgymnaster på ett effektivt sätt kan arbeta och samarbeta omkring bedömningar gällande patienter som är sjukskrivna eller i riskzonen för att bli sjukskrivna.

## MÅL

Att genom arbete utifrån utvecklad arbetsmodell främja snabbare återgång till arbete eller studier för patienter som är sjukskrivna eller i riskzonen för att bli sjukskrivna.

Att genom utvecklandet av en arbetsmodell genomföra en ambitionshöjning gällande arbetsterapeuten och sjukgymnastens roll i rehabiliteringsprocessen i ett resursteam.

# METOD

## Datainsamling

Datainsamling genomfördes genom litteratursökning, kurs och studiebesök. Litteratursökningen genomfördes yrkesspecifikt. Vid litteratursökningen gjordes en inventering av tillgängliga yrkesspecifika bedömningsinstrument inom området arbetslivsinriktad rehabilitering och litteratur kopplad till ICF. Litteratursökningen genomfördes genom att göra artikelsökningar i databaser såsom ERIC, Cinahl och Medline. Undertecknade tog också kontakt med arbetsterapeuter respektive sjukgymnaster som arbetade inom områdena arbetslivsinriktad rehabilitering för att få information om instrument som skulle kunna vara användbara.

Kursen genomfördes gemensamt, tre dagar i Stockholm. Kursen hette "Arbetslivsinriktad rehabilitering och professionell arbetsförmågebedömning", kursen anordnades av Centrum för kompetensutveckling.

Studiebesöken genomfördes gemensamt. Ett första studiebesök gjordes på arbetsterapeututbildningen för att diskutera ICF och praktiskt användande av denna. På arbetsterapeututbildningen träffade undertecknade universitetslektor, docent och ämnesföreträdare Lena Haglund.

Ytterligare ett studiebesök genomfördes, undertecknade åkte till Växjö för att träffa arbetsterapeut Ingrid Sivermo. Ingrid arbetade som projektansvarig för ett projekt som drevs av landstinget i Växjö. Projektet syftade till att effektivisera sjukskrivningsprocessen och det fanns planer på att starta upp resursteam.

## Bearbetning

Utifrån ovanstående datainsamling skrevs ett förslag på rutiner och beskrivning av relevanta bedömningsinstrument. Rutinskrivningen genomfördes yrkesspecifikt. Utifrån den yrkesspecifika rutinen gjordes en gemensam bearbetning och utifrån detta utarbetades rutiner för gemensamma insatser – en arbetsmodell.

## Genomförande

Den utarbetade arbetsmodellen testades sedan genom att undertecknade tillämpade den på ett antal patienter (totalt tjugosju stycken) på de aktuella vårdcentralerna. Utifrån tillämpningen skedde ytterligare bearbetning av arbetsmodellen.

## Urval

Patienter som var aktuella i resursteamen på vårdcentralerna Sandbyhov och Kungsgatan i Norrköping, 070901-080530. Det totala antalet patienter som arbetsmodellen tillämpades på var tjugosju. Patienterna hade olika sjukskrivningsorsaker, främst var patienterna sjukskrivna på grund av besvär i rörelse-stödjeapparaten eller psykisk ohälsa. Patienten valdes utifrån de urvalskriterier som återfinns i den utarbetade arbetsmodellen.

# RESULTAT

## Arbetsmodell vid funktionstillståndsbedömning

### Beskrivning av målgrupp och urval

Patienter som återfinns inom primärvård, oavsett diagnos, som är sjukskrivna eller är i riskzonen för att bli sjukskrivna och där:

- det finns oklarheter gällande hinder och stöd för återgång till arbete (befintligt arbete eller generellt arbete) eller fortsatt sjukpenning.
- sjukskrivningsförloppet är oklart och/eller det inte finns någon klar plan för återgång till arbete.
- det är oklart vilka insatser som patienten är i behov av för att kunna återgå till arbete.

### Flödesschema

- Patientens ärende diskuteras i resursteamet och det framkommer att patienten faller under urvalskriterierna för funktionstillståndsbedömning.
- Arbetsterapeuten och sjukgymnasten träffas och diskuterar ärendet, gör en genomgång av eventuell dokumentation i journalsystem. Utifrån diskussionen läggs en preliminär tidsplan upp för genomförande.
- Arbetsterapeuten kontaktar patienten och bokar in en tid för ett första besök.
- Första besöket bör ske inom en vecka från det att ärendet diskuterats på resursteamet. Hela funktionstillståndsbedömningen bör vara genomförd inom två veckor och återkoppling till resursteamet bör ske inom fyra veckor, helst redan efter två veckor.

### Resurser

- Arbetsterapeut på deltid
- Sjukgymnast på deltid
- Tillgång till lokaler för att genomföra mottagningsbesök, tillgång till bil vid hembesöken.
- Tillgång till de olika bedömningsinstrumenten och manualer.
- Tillgång till särskilt material för att kunna genomföra bedömningarna med TIPPA och NKSU.
- Datorer för att dokumentera funktionstillståndsbedömningen i journalsystemet Cosmic.

### Arbetsterapeutisk arbetsprocess

STEG 1
(Mottagningsbesök eller hembesök)

- Patienten informeras om funktionstillståndsbedömningen och dess syfte. Kommande besökstider bokas, både hos sjukgymnast och hos arbetsterapeut. Det spelar ingen roll i vilken ordning de kommande besöken bokas det vill säga om det andra besöket bokas hos sjukgymnast eller hos arbetsterapeut.

- Genomförande av bedömning utifrån bedömningsinstrumentet OCAIRS.
- Genomförande av bedömning utifrån bedömningsinstrumentet ADL-taxonomin, bedömning sker genom att patienten självskattar eller genom intervju.
- Patienten får fylla i HAD- och Neuropsykiatriska screeningtester

- Besöket dokumenteras i journalsystemet Cosmic.

STEG 2
(Mottagningsbesök eller hembesök)

- Genomförande av bedömning utifrån bedömningsinstrumentet WRI-S
- Om patienten har ett befintligt arbete genomförs även bedömning utifrån bedömningsinstrumentet WEIS-S

- Besöket dokumenteras i journalsystemet Cosmic.

STEG 3
(Mottagningsbesök eller hembesök)

- Beroende på patientens problematik kompletteras ovanstående arbetsterapeutiska bedömningar. Nedan följer några exempel på instrument som kan användas.
- Min Mening
- COPM
- DOA
- NKSU
- QuickDASH och handundersökning. QuickDASH fyller patienten i då han eller hon sitter i väntrummet, före besöket. Vid handundersökningen undersöks bland annat rörelseomfång, smärta, känsel, styrka och svullnad (Handbedömning, Rehab Öst).

- Besöket dokumenteras i journalsystemet Cosmic.

Sjukgymnastisk arbetsprocess

STEG 1
(Mottagningsbesök)

- Ifyllande av självskattningsinstrument (instrumenten fyller patienten i då han eller hon sitter i väntrummet inför besöket);
  SelfEfficacyScale
  FRI
  EQ
  Smärtteckning
  Frågeformulär om smärtproblem
  Genomgång av enkäterna tillsammans med patienten
- Sedvanlig sjukgymnastisk undersökning. Tonvikt på rörlighet och funktionell styrka.

- Besöket dokumenteras i journalsystemet Cosmic.

STEG 2
(Mottagningsbesök)

- Genomförande av bedömning utifrån bedömningsinstrumentet TIPPA
- Besöket dokumenteras i journalsystemet Cosmic.

Gemensam arbetsprocess - sammanfattning av gemensam bedömning

STEG 1

- Arbetsterapeut och sjukgymnast gör en gemensam genomgång av den arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska dokumentationen.
- Utifrån den gemensamma genomgången diskuteras bedömningen kopplat till begreppen i ICF.
- Efter diskussion fyller arbetsterapeut och sjukgymnast tillsammans i ICF Checklista (se bilaga 1) gällande domänerna kroppsfunktion, aktivitet, delaktighet, omgivningsfaktorer och personfaktorer.
- Arbetsterapeuten eller sjukgymnasten börjar sedan skriva på sammanfattningen av bedömningen, i journalsystemet Cosmic. Den sammanfattande bedömningen skrivs under Mall "Team" och under sökord "Bedömning". Vårdkontakten är administrativ. När den ena (arbetsterapeuten eller sjukgymnasten) är klar och nöjd med sin dokumentation kontaktar denna den andra och det är då dennes tur att föra in sin dokumentation. När allt är klart granskas sammanfattningen av båda innan den signeras.
  (Exempel på sammanfattning och dess struktur, se bilaga 2).

STEG 2
(Mottagningsbesök)

- Arbetsterapeuten och/eller sjukgymnasten träffar patienten för genomgång av den nedskrivna sammanfattningen. Om patienten har synpunkter skrivs dessa in under mall "Anteckning", sökord "Anteckning".

STEG 3

- Ärendet återkopplas till resursteamet och diskussion om fortsatt bedömning/behandling sker.

En översikt över alla bedömningsinstrument som använts, se bilaga 3.

# DISKUSSION

Förutsättningarna att förhindra långa sjukskrivningar är enligt Socialstyrelsen (2007) störst i början av en sjukskrivning och vi ser därför att det skulle vara av vikt att komma in med denna arbetsmodell så snart som möjligt i processen. I samband med införandet av den nya Rehabiliteringskedjan (Socialstyrelsen 2008) blir tidig bedömning ännu viktigare. Vi upplevde i samband med tillämpningen av arbetsmodellen att det ibland tog för lång tid innan ärendet togs upp på teamet och vi således blev inkopplade. Önskvärt vore om det kunde ske en direktkontakt med Rehab Öst för funktionstillståndsbedömning i de fall där läkaren möter en individ där sjukskrivning skulle kunna vara en behandlingsform men där läkaren är osäker på vad som hindrar respektive stödjer återgång till arbete. Kontakten skulle kunna ske via rehabsamordnare eller läkare. Om vi kom in i ett tidigt skede skulle vi kunna ta kontakt med individen och förhoppningsvis ha en funktionstillståndsbedömning genomförd till nästa resursteam. Vår bedömning skulle då kunna fungera som ett bra underlag för fortsatt planering gällande rehabilitering och eventuell sjukskrivning. Vi ser svårigheter med detta i form av begränsade resurser inom dagens primärvård gällande arbetsterapi och sjukgymnastik men som vi ser det skulle detta vara en lösning som alla skulle tjäna på i ett längre perspektiv. Detta då vi är övertygade det skulle leda till en förbättrad kvalitet i sjukskrivningsprocesssen och således verka för att individer får möjlighet att åter komma i arbete eller studier.

Syftet med arbetsmodellen var i första hand att komma in tidigt i processen men vid tillämpningen av vår arbetsmodell märkte vi att det i vissa fall var av vikt att göra funktionstillståndbedömningen även på inivider som varit sjukskrivna en längre tid. Ibland hade dessa individer genomgått många utredningar, men i vissa fall hade de egentligen inte fått någon konkret bedömning. I dessa fall visade sig arbetsmodellen användbar för att komma till avslut, dvs komma fram till om personen skulle vara fortsatt sjukskriven/ha sjukersättning eller inte.

En aspekt som påverkat tillämpningen av arbetsmodellen var svårigheten att hålla tidsramarna som vi satt upp för att bli klara med bedömningarna och presentera resultatet på resursteamet. De individer som blir föremål för denna typ av utredning mår ofta mycket dåligt och detta leder till att de i många fall lämnar återbud till bokade besök, eller i vissa fall även uteblir. Detta stoppar upp förloppet och medför förseningar i processen. Detta bör som vi ser det inte påverka själva resultatet av bedömningen, men kan medföra att andra individer som skall genomgå bedömningen får vänta.

## ICF

Vi har i detta projekt valt att utgå ifrån ICF. Detta då det enligt Westerhäll et al (2006) är en vedertagen struktur som ger en gemensam begreppsapparat så att alla yrkeskategorier som arbetar med den pratar om samma sak när de tar upp olika begrepp såsom aktivitet och kroppsfunktion. Vi ansåg att det var av stor vikt att ta hjälp av en struktur som var gemensam då vi kom från två olika kulturer; den arbetsterapeutiska och den sjukgymnastiska. ICF tog lång tid att sätta sig in i men när vi väl kommit in i den är den lätt att förstå och ger en tydlig helhetsbild av individens funktionstillstånd. Vår förhoppning är att denna struktur skall kunna underlätta för hela resursteamen i diskussioner gällande olika patientärenden. En annan orsak till att vi valde just denna struktur är att även Försäkringskassan använder sig av denna och det är även denna struktur som ligger till grund för de medicinska intyg som läkaren skriver.

Utifrån detta kändes det naturligt att valet föll på just ICF. Detta trots att namnet på våra bedömningar i och med detta blir lite längre och krångligare – Funktionstillståndsbedömning. Detta för att alla skall veta vad bedömningen handlar om; det är inte bara en funktionsbedömning, en förmågebedömning eller en aktivitetsbedömning.

Tanken med att använda ICF var som beskrivs ovan att få en helhetsbild av individen. Detta anser vi att vi uppnår genom användande av arbetsmodellen. Vi anser att våra instrument på ett konkret sätt kompletteras så att vi tillsammans får en bra bild av individens funktionstillstånd.

I vår dokumentationsjournal skriver vi en sammanfattning av vår funktionstillståndsbedömning, denna beskrivs utifrån ICF. Vi har arbetat mycket med denna och det tog lång tid att sätta sig in i alla begrepp för att få det lättförståeligt i journal. Vi är dock nöjda med vårt resultat även om det kan behöva ytterligare bearbetning efter mer användning.

## Bedömning

I flera studier (Ekbladh, 2008., Hansen Falkdal, 2005) har det visat sig att det är av stor vikt att vid bedömning av arbetsförmåga ta personens subjektiva uppfattning av sin situation i beaktande. Detta beskriver också Socialstyrelsen (2007), särskilt vid förlängning av eller planering av fortsatt sjukskrivning. Detta är också viktigt ur delaktighetssynpunkt då det sannolikt bidrar till att utredning upplevs som mer legitim av individen. Utifrån detta resonemang tror vi att vår utarbetade arbetsmodell ger bra och tillräcklig information. De instrument som återfinns i arbetsmodellen bygger till stor del på individen och dess beskrivning av sin vardag. Vi anser dock att detta måste kompletteras med objektiva bedömningar av individens förmåga. Här ser vi att vår arbetsmodell brister.

De idag enda objektiva instrument som ingår i vår utarbetade arbetsmodell är TIPPA och NKSU. Dessa är de enda instrument där inte individen själv skattar eller beskriver sin egen förmåga. Många av de övriga instrumenten innehåller dock en viss mån av objektiv tolkning men det är ändå utifrån det indviden själv beskriver av sin situation. Vi anser att det finns ett stort behov av, och detta behov har även uttrycks i resursteamen, ytterligare objektiva bedömningsinstrument. Exempel på instrument som skulle kunna utgöra komplement är AMPS, VALPAR eller AWP. Dessa instrument har inte kunnat provas inom ramen för projektet då vi saknade utbildning för att genomföra dessa instrument. VALPAR kräver även inköp av viss utrustning (arbetsstationer) för att kunna genomföra bedömningarna.
Om vi hade tillgång till dessa instrument skulle vi kunna testa individer i olika aktiviteter som sedan skulle kunna ställas gentemot de krav som framkommit i eventuell arbetskravsanalys. Om individen inte har något arbete att återgå till kan eventuell bedömning göras med inriktning mot tidigare yrke eller ett yrke som individen önskar arbeta med. En som tidigare arbetat som lokalvårdare kan t.ex. observeras vid städning och en undersköterska vid patientförflyttningar.

En annan brist som blivit uppenbar i och med genomförandet av projektet är bristen på information om individens arbete och arbetförhållanden. Idag finns det ingen tradition inom primärvården att genomföra arbetsplatsbesök.

Detta trots att läkaren, enligt Socialstyrelsen (2007), inte bara måste ha en klar bild av individens funktionstillstånd utan också ha god information om individens arbetssituation och vilka krav arbetet ställer på individen. Detta är enligt Socialstyrelsen (2007) förutsättningar för att läkaren skall kunna genomföra en bedömning av en individs aktivitetsförmåga och således dennes eventuella behov av sjukskrivning.

Enligt det tillsynsprojekt som Socialstyrelsen genomförde 2003-2007 framkom det att det i nuläget är patienten själv som bedömer sin arbetssituation och sina arbetsuppgifter, läkaren gör sedan en tolkning av detta utifrån patientens diagnos (Socialstyrelsen, 2008).
Enligt Socialstyrelsen (2007) kan det vid bedömning av arbetsförmåga vara av stor nytta att tillvara annan kompetens såsom arbetsterapeut och sjukgymnast. Här ser vi att det finns stor möjlighet att utveckla arbetet och på ett effektivare sätt kunna få information om individens arbete. Redan nu är bedömning av arbetsförhållanden en del av den arbetsterapeutiska bedömningen i vår arbetsmodell. WEIS som är ett av de instrument som ingår i den framtagna arbetsmodellen syftar till att ge en bedömning av hur den befintliga arbetsmiljön påverkar den enskilde individen d.v.s. individens subjektiva uppfattning om sin arbetsmiljö. Instrumentet är omfattande. Det ger en tydlig bild av vilka miljöfaktorer som arbetsterapeuten, utifrån individens beskrivning, skattar som hindrande respektive stödjande i utförandet av arbetsuppgifter och känsla av tillfredställande och välbefinnande på arbetet. Detta instrument bör dock, som vi ser det, kompletteras med objektiva instrument i form av en arbetskravsanalys. Westerhäll et al (2006) lyfter också fram arbetskravsanalys som ett värdefullt sätt att komplettera en subjektiv skattning.

Vi är dock medvetna om att det bör vara en skillnad mellan vad primärvården gör och vad som är företagshälsovårdens uppgift. Det är som vi ser det skillnad på att se på vilka krav som arbetet ställer (vilket är en förutsättning att ha kunskap om för att läkaren skall kunna skriva ett bra medicinskt intyg) och att göra en översyn av arbetsplatsen i syfte att underlätta för individen i arbete. Att underlätta för individen i arbete är ett arbetsgivaransvar och således en kontakt som bör ske mellan arbetsgivare och eventuell företagshälsovård. Detta kan dock innebära ett problem i sig då inte alla företag har företagshälsovård. Om primärvården skulle göra arbetsplatsbesök skulle detta, som vi ser det, vara i syfte att identifiera vilka krav arbetet ställer på individen. Detta för att kunna jämföra kraven med individens funktionstillstånd och på så sätt se om de överensstämmer.

Enligt Westerhäll et al (2006) är principen för bedömning av arbetsförmåga ur medicinsk synvinkel att i första hand utreda vilka krav det eventuella arbetet ställer och i andra hand hur detta relaterar till individens nivå av kroppsfunktioner och förmåga till aktiviteter (funktionstillstånd). Om funktionstillståndet och arbetskrav stämmer dåligt överens kan arbetsförmågan bedömas vara nedsatt. Enligt Westerhäll et al (2006) är det något svårare att bedöma då individen inte har något befintligt arbete. Den medicinska arbetsförmågan måste då bedömas mot något annat ospecificerat arbete där stödjande och hindrande miljöfaktorer inte är kända.

Enligt Socialstyrelsen (2007) skulle ICF även fungera som en bra struktur gällande beskrivningen av arbetets krav.

En stor vinst med våra bedömningar är, som vi ser det, att vi tittar både på hinder och på resurser. Vi tittar alltså inte bara på individens funktionsnedsättningar, utan också vilka resurser individen besitter och därigenom möjliga vägar att komma vidare i sin rehabilitering.

Detta är en sak som vi upplever som positiv för individerna, många blir positivt överraskade av att någon faktiskt är intresserad av vad de är bra på. Det kan tyckas vara en självklarhet men det verkar, i många fall, inte som de fått någon sådan fråga tidigare.

En förutsättning för att arbetsmodellen ska kunna genomföras är att de arbetsterapeuter och sjukgymnaster som deltar i resursteamen har kompetens för detta, både gällande försäkringsmedicin och det som krävs utifrån respektive yrkeskategori.
Det är enligt Socialstyrelsen (2008) av största vikt att all hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med sjukskrivning måste ha den utbildning som krävs för att sköta dessa arbetsuppgifter; det vill säga utbildning i försäkringsmedicin och kompetens inom området. Det framkom också att det är av stor vikt att alla som har till uppgift att dokumentera i patientjournal skall veta vad som är relevant att dokumentera så att dokumentionen blir ett användbart arbetsredskap för alla som är inblandande i sjukskrivningen (Socialstyrelsen, 2008).

## Behandlingsbehov

I samband med att bedömningar genomförts utifrån arbetsmodellen kom vi till olika resultat. I många fall kom vi fram till att det fanns behov av insatser i form av sjukgymnastik och arbetsterapi. Här ser tillgången olika ut. Gällande sjukgymnastik finns möjligheter till behandling, med lite olika inriktningar, inom Rehab Öst. När det gäller arbetsterapibehandling ser utbudet annorlunda ut. I många fall, främst när det gäller patienter som varit sjukskrivna en längre tid, fann vi ofta att de hade ett bristande aktivitetsmönster d.v.s. att de t.ex. "varvade vila med TV-tittande". Det kan innebära problem om en individ med detta aktivitetsmönster skall återgå till arbete. Här finns således ett stort behov av arbetsterapi, där fokus ligger på att skapa en balans mellan aktivitet och vila och finna bra aktivitetsmönster som främjar en konstruktiv livsstil. Problemet är att det inte finns någon individuell behandling för dessa individer. Inom Rehab Öst finns arbetsterapeuter men i dagsläget är detta inte något som de arbetar med trots att de till viss del har kompetensen. Detta är en fråga om prioriteringar och resurser.

En behandling som vi fann behov av men som inte finns inom primärvården idag, i alla fall inte i någon större utsträckning, är behandling av patienter med missbruk och riskbruk. I flera fall framkom vid användande av arbetsmodellen att patienten hade ett pågående missbruk eller ett uppenbart riskbruk, det kunde handla om; narkotika-, alkohol- eller läkemedelsmissbruk. Detta innebär ett hinder för återgång till arbete och påverkar patientens möjligheter att komma vidare i sin rehabilitering.

Ett annat behov som uppmärksammades var behovet av psykologbedömningar. I några ärenden fann vi att det fanns stora frågetecken gällande patientens psykiska tillstånd. Här hade vi i resursteamen bland annat önskemål om utredning gällande eventuell personlighetsstörning eller annan psykisk diagnos.

Vi anser generellt att patienten många gånger skulle vara hjälpt av multiprofessionella kontakter i sin behandling. Vi tror att patienterna och vården skulle vinna på ett utökat samarbete mellan de professioner som redan återfinns inom primärvården idag.

## SLUTSATS

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster spelar en viktig roll i arbete med sjukskrivna och individer i riskzonen för sjukskrivning. Det finns dock stor utvecklingspotential, vår förhoppning är att den tas tillvara. I en rapport från Socialstyrelsen presenteras ett tillsynsprojekt där det framgår att ungefär hälften av de 257 vårdcentraler som intervjuades ansåg att de behövde större tillgång till arbetsterapeuter och sjukgymnaster när det gällde arbete med sjukskrivning (Socialstyrelsen, 2008). Om vårdcentralerna var mer medvetna om den resurs som finns och som skulle kunna finnas inom Rehab Öst är vi övertygade om att den siffran skulle vara ännu högre.

Införande av denna arbetsmodell skulle innebära ett generellt behov av kompetenshöjning bland arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Det skulle också kräva en kraftig satsning på dessa yrkeskategorier gällande procent och antal tjänster. Detta är en fråga om prioriteringar och för att en satsning skall kunna ske krävs att Rehab Öst får ytterligare resurser. Alternativt att det sker en kraftfull översyn av vilka områden som skall prioriteras och vilka som således får stå tillbaka.

Rehab Öst står som vi ser det inför nya utmaningar och vi är övertygade om att arbete med att förebygga och motverka sjukskrivning är något som bör prioriteras.

## REFERENSER


Baron, K., Kielhofner, G., Goldhammer, V., Wolenski, J. (1990). *OSA – Occupational Self Assessment.*

Boersma; K, Linton, SJ (2002). *Early assessment of Psychological factors: The Örebro Screening Questestionnaire for Pain.* In S.J. linton (Ed.) New avenues for the prevention of Pain (pp.205-213) Amsterdam: Elsevier.

Carlsson, A (2006/2007): *Metoder för arbetsförmågebedömning - en inventering,* Stockholm, Arbetslivsinstitutet/Karolinska institutet.

Deshpande, S., Kielhofner, G., Henriksson, C., Haglund, L., Olsen, L & Forsyth, K.(2002). *Occupational Circumstance Assessment Interview and Rating Scale.*

Ekbladh, E (2008). *Return to Work – Assessment of Subjective Psyckoxocial and Environmental Factors.* Department of Social and Welfare Studies Linköping University, Sweden.

Ekbladh, E., & Haglund, L.(2000a). *The Worker Role Interview, WRI – S version 2.* Linköing: Hälsouniversitetet, Avdelningen för arbetsterapi, Instutitutionen för nervsystem och rörelseorgan.

Ekbladh, E., & Haglund, L.(2000b). *The Work Environment Impact Scale, WEIS – S Version 2)* Linköing: Hälsouniversitetet, Avdelningen för arbetsterapi, Institutionen för nervsystem och rörelseorgan.

The EuroQol group. *EuroQol – a new facility for messurement of health-related quality of life.* Health Policy 1990;16:199-208.

Hansen Falkdal, A (2005). *Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång till arbete – Viktiga faktorer för tidig bedömning.* Department of Community Medicine and Rehabilitation, Occupational Therapy, Umeå University, Sweden.

Hellsvik, E-M. (1999). *Min Mening – ett självskattningsinstrument med fokus på aktivitetsförmåga, fysisk och social miljö, värderingar och prioriteringar.*

Henriksson, C & Haglund, L.(2005). *Manual OCAIRS-S.* Svensk version 4.0 Hälsouniversitetet Avd för Arbetsterapi, Linköpings Universitet.

Kielhofner, G.(1995). *Model of Human Occupation: Theory and Application.* 2nd ed. Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G.(2002). *Model of Human Occupation: Theory and Application.* 3rd ed. Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G.(2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application.* 4th ed. Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Pollock, N. *Canadian Occupational Performance Measure.* (3:e upplagan, svensk version) (2006). Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Moore-Corner, R.A., Kielhofner, G., Olson, L. (1998). *A User's guide to Work Environment Impact Scale.* University of Illinois at Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Chicago.

The Northern Carlifornia Neurobehavioral Group (1989). *Manual för NKSU (Neurobeteende vid Kognitiv Statusundersökning).*

Norrby, E & Linddahl, I (2001). *Dialog om arbetsförmåga.* Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Socialstyrelsen (2003) *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa,* Stockholm.

Socialstyrelsen (2007). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning.*

Socialstyrelsen (2008). *Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007.*

SOU 2008:66: *Arbetsförmåga?* Delbetänkande av Arbetsförmågeutredningen. Stockholm.

Socialdepartementet (2007) *Införande av en rehabiliteringskedja.* Promemoria. Stockholm

Ståhl, C (2007) *Resursteam som samverkansform,* Linköping, Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Törnqvist, K & Sonn, U ( 2001). *ADL-Taxonomi – En bedömning av aktivitetsförmåga.* Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Velozo, C., Kielhofner, G., Fischer, G. (1998). *A User's manual för the Worker Role Interview.* University of Illinois at Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Chicago.

Wedefalk, M: *Test Instrument for profile of Physical Ability=TIPPA.* Nordisk Fysioterapi 2004;8:74-83.

Westerhäll,L, Bergroth; A, Ekholm, J (2006): *Rehabiliteringsvetenskap. Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektv.* Lund: Studentlitteratur.

Zigmond A, Snaith R: *The hospital anxiety depression scale.* Acta Psychiatr Scand 1983 67:361-70.

Bilaga

Socialstyrelsen (2003) *ICF-Checklista. Version 2.1a. för klinisk användning.* Stockholm.

# ICF CHECKLISTA

*Version 2.1a, för klinisk användning,*

**av International Classification of Functioning, Disability and Health**
**Klassifikation av Funktionstillstånd, Funktionshinder och Hälsa**

*Detta är en checklista som består av utvalda kategorier ur Världshälsoorganisationens (WHO) internationella klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). ICF- checklistan är ett praktiskt instrument för att få fram och samla information om en persons funktionstillstånd och funktionshinder. Denna information kan sammanfattas för fallbeskrivningar (t.ex. i klinisk verksamhet eller socialt arbete). Checklistan bör användas tillsammans med ICF eller kortversionen av ICF.*

**H1.** Använd all tillgänglig information vid ifyllandet av denna checklista. Kontrollera vilka av nedanstående källor som används:
**[1] skriftligt material [2] respondenten själv [3] andra informanter [4] direkt observation**

*Om medicinsk och diagnostisk information inte finns till hands föreslås att man fyller i Bilaga 1: "Kortfattad hälsoinformation" (sid.8–9) som kan fyllas i av respondenten.*

**H2. Datum** ----/----/---- **H3. Löpnummer (individ)**---------- **H4. Undersökande enhet** ----------
*år/månad/dag*

---

## A. PERSONUPPGIFTER

**A.1 NAMN** *(frivillig uppgift)* Förnamn_____Efternamn_____

**A.2 KÖN** (1) [ ] Kvinna (2) [ ] Man

**A.3 FÖDD DEN** _ _/_ _/_ _ *(år/månad/dag)*

**A.4 ADRESS** *(frivillig uppgift)*

**A.5 ANTAL ÅR FORMELL UTBILDNING** _ _

**A.6 NUVARANDE CIVILSTÅND** *(Välj ett alternativ, det som passar bäst)*

| | | | |
|---|---|---|---|
| (1) Aldrig gift el. sammanboende | [ ] | (4) Frånskild | [ ] |
| (2) Gift | [ ] | (5) Änka/änkling | [ ] |
| (3) Separerad | [ ] | (6) Sammanboende | [ ] |

**A.7 NUVARANDE ARBETSSITUATION** *(Välj ett alternativ, det som passar bäst)*

| | | | |
|---|---|---|---|
| (1) Betalt arbete | [ ] | (6) Pensionerad | [ ] |
| (2) Egen företagare | [ ] | (7) Saknar arbete av hälsoskäl | [ ] |
| (3) Obetalt arbete, såsom volontär el. i välgörenhet | [ ] | (8) Saknar arbete av andra skäl | [ ] |
| (4) Studerande | [ ] | (9) Annat | [ ] |
| (5) Hushållsarbete (sköta eget hem) | [ ] | *(ange vad)*... ... ... ... ... ... ... | |

---

**A.8 MEDICINSK DIAGNOS för huvudsakliga befintliga hälsobetingelser,** ***ange om möjligt ICD-koder***

1. Ingen medicinsk betingelse föreligger
2. ..... ICD kod: __. __. __.__. __
3. ..... ICD kod: __. __. __.__. __
4. ..... ICD kod: __. __. __.__. __
5. En hälsobetingelse (sjukdom, störning, skada) föreligger, men dess natur eller diagnos är okänd

 © World Health Organization, september 2001 

# Del 1 a: FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR I KROPPSFUNKTIONER

- Kroppsfunktioner är kroppssystemens fysiologiska funktioner, inklusive psykologiska funktioner
- Funktionsnedsättningar är problem i kroppsfunktioner i form av en påvisbar avvikelse eller förlust

***Bedömningsfaktor:***
***Grad av funktionsnedsättningar***

**0** Ingen nedsättning **1** Lätt nedsättning **2** Måttlig nedsättning
**3** Svår nedsättning **4** Total nedsättning **8** Ej specificerat
**9** Ej tillämpbart

| *Kortfattad lista över Kroppsfunktioner* | *Bedömning* |
|---|---|
| **b1. PSYKISKA FUNKTIONER** | |
| **b110** Medvetandefunktioner | |
| **b114** Orienteringsfunktioner *(tid, rum, person)* | |
| **b117** Intellektuella funktioner *(inkl. utvecklingsstörning, demens)* | |
| **b130** Energi och driftfunktioner | |
| **b134** Sömnfunktioner | |
| **b140** Uppmärksamhetsfunktioner | |
| **b144** Minnesfunktioner | |
| **b152** Emotionella funktioner | |
| **b156** Perceptuella funktioner | |
| **b164** Högre kognitiva funktioner | |
| **b167** Språkfunktioner | |
| **b2. SINNESFUNKTIONER OCH SMÄRTA** | |
| **b210** Synfunktioner | |
| **b230** Hörselfunktioner | |
| **b235** Vestibulära funktioner *(inkl. balansfunktioner)* | |
| **b280** Smärta | |
| **b3. RÖST- OCH TALFUNKTIONER** | |
| **b310** Röstfunktioner | |
| **b4. HJÄRT-KÄRLFUNKTIONER, BLODBILDNINGS-, IMMUNSYSTEMS- OCH ANDNINGSFUNKTIONER** | |
| **b410** Hjärtfunktioner | |
| **b420** Blodtrycksfunktioner | |
| **b430** Blodbildningsfunktioner *(blod)* | |
| **b435** Immunologiska funktioner *(allergier, överkänslighet)* | |
| **b440** Andningsfunktioner *(andning)* | |
| **b5. MATSMÄLTNINGS- OCH ÄMNESOMSÄTTNINGSFUNKTIONER SAMT ENDOKRINA FUNKTIONER** | |
| **b515** Matsmältningsfunktioner | |
| **b525** Avföringsfunktioner | |
| **b530** Viktuppehållande funktioner | |
| **b555** Endokrina funktioner *(hormonella förändringar)* | |
| **b6. FUNKTIONER I KÖNS- OCH URINORGANEN SAMT REPRODUKTIVA FUNKTIONER** | |
| **B620** Urineringsfunktioner | |
| **b640** Sexuella funktioner | |
| **b7. NEUROMUSKULOSKELETALA OCH RÖRELSERELATERADE FUNKTIONER** | |
| **b710** Funktioner för rörlighet i leder | |
| **b730** Muskelkraftsfunktioner | |
| **b735** Muskeltonusfunktioner | |
| **b765** Icke viljemässiga rörelser | |
| **b8. FUNKTIONER I HUDEN OCH DÄRMED RELATERADE STRUKTURER** | |
| **ÄNDRA KROPPSFUNKTIONER** | |
| | |
| | |


© World Health Organization, september 2001

## Del 1 b: STRUKTURAVVIKELSER I KROPPSSTRUKTURER

- Kroppsstrukturer är kroppens anatomiska delar såsom organ, lemmar och deras komponenter
- Strukturavvikelser är problem i kroppsstruktur i form av en påvisbar avvikelse eller förlust

| **Första bedömningsfaktorn:** *Grad av strukturavvikelse* | **Andra bedömningsfaktorn:** *Förändringens natur* | **Tredje bedömningsfaktorn** (förslag): *Lokalisering* |
|---|---|---|
| **0** Ingen strukturavvikelse<br>**1** Lätt strukturavvikelse<br>**2** Måttlig strukturavvikelse<br>**3** Svår strukturavvikelse<br>**4** Total strukturavvikelse<br>**8** Ej specificerat<br>**9** Ej tillämpbart | **0** Ingen strukturförändring<br>**1** Total avsaknad<br>**2** Partiell avsaknad<br>**3** En extra del<br>**4** Onormal storlek<br>**5** Bristande sammansättning<br>**6** Felställning<br>**7** Kvalitativa strukturförändringar, innefattande vätskeansamling<br>**8** Ej specificerad<br>**9** Ej tillämpbar | **0** Mer än ett område<br>**1** Höger<br>**2** Vänster<br>**3** Båda sidor<br>**4** Framsida<br>**5** Baksida<br>**6** Proximal<br>**7** Distal |

| ***Kortfattad lista över Kroppsstrukturer*** | **Första bedömningsfakt.:** *Grad av struktur-avvikelse* | **Andra bedömningsfakt.:** *Förändringens natur* | **Tredje bedömningsfakt.:** *Lokalisering* |
|---|---|---|---|
| **s1. STRUKTURER I NERVSYSTEMET** | | | |
| **s110** Hjärnan | | | |
| **s120** Ryggmärgen och perifera nerver | | | |
| **s2. ÖGAT, ÖRAT OCH DÄRMED RELATERADE STRUKTURER** | | | |
| **s3. STRUKTURER INVOLVERADE I RÖST OCH TAL** | | | |
| **s4. STRUKTURER I HJÄRT-KÄRLSYSTEMET, IMMUNOLOGISKA SYSTEMET OCH ANDNINGSSYSTEMET** | | | |
| **s410** Struktur i hjärt-kärlsystemet | | | |
| **s430** Struktur i andningssystemet | | | |
| **s5. STRUKTURER SOM SAMMANHÄNGER MED MATSMÄLTNINGS- OCH ÄMNESOMSÄTTNINGS-SYSTEMEN SAMT ENDOKRINA SYSTEMET** | | | |
| **s6. STRUKTURER SOM SAMMANHÄNGER MED KÖNS- OCH URINSYSTEMEN** | | | |
| **s610** Struktur i urinorgan | | | |
| **s630** Struktur i könsorgansystemet | | | |
| **s7. STRUKTURER SOM SAMMANHÄNGER MED RÖRELSE** | | | |
| **s710** Huvud och halsregion | | | |
| **s720** Skulderregion | | | |
| **s730** Övre extremitet *(arm, hand)* | | | |
| **s740** Bäckenregion | | | |
| **s750** Nedre extremitet *(ben, fot)* | | | |
| **s760** Bål | | | |
| **s8. HUD OCH DÄRMED RELATERADE STRUKTURER** | | | |
| **ANDRA KROPPSSTRUKTURER** | | | |
| | | | |
| | | | |

 © World Health Organization, september 2001 

## Del 2: AKTIVITETSBEGRÄNSNINGAR & DELAKTIGHETS-INSKRÄNKNING

- *Aktivitet är en persons genomförande av en uppgift eller handling. Delaktighet är engagemang i en livssituation*
- *Aktivitetsbegränsningar är svårigheter som en person kan ha vid genomförande av aktiviteter*
- *Delaktighetsinskränkning är problem som en person kan uppleva i engagemanget i livssituationer*

*Bedömningsfaktorn för genomförande beskriver vad en person gör i sin aktuella omgivning. Eftersom den aktuella omgivningen för in ett samhälleligt sammanhang, kan genomförande också uppfattas som "engagemang i en livssituation" eller "upplevd erfarenhet" av personer i det aktuella sammanhang som de lever i. Detta sammanhang innefattar omgivningsfaktorer, dvs. alla aspekter av den fysiska, sociala och attitydmässiga världen vilken kan kodas genom användning av omgivningsfaktorerna.*

*Bedömningsfaktorn för kapacitet beskriver en persons förmåga att utföra en uppgift eller handling. Denna konstruktion visar på den högsta möjliga funktionsnivå som en person kan uppnå inom en given domän vid ett givet tillfälle. För att bedöma en persons totala förmåga skulle man behöva ha en "standardiserad" omgivning för att neutralisera hur olika omgivningar påverkar en persons förmåga. En standardiserad omgivning kan vara: (a) en verklig omgivning som brukar användas för kapacitetsbedömningar i testmiljö, eller (b) där detta inte är möjligt kan det vara en hypotetisk omgivning, som har en enhetlig inverkan.*

**Anmärkning:** Använd vid behov Bilaga 2 för att av personen få fram information om Aktiviteter och Delaktighet.

| **Första bedömningsfaktorn:** ***Genomförande*** ***Grad av delaktighetsinskränkning*** | **Andra bedömningsfaktorn:** ***Kapacitet (utan assistans)*** ***Grad av aktivitetsbegränsning*** |
|---|---|
| **0** Ingen svårighet | **0** Ingen svårighet |
| **1** Lätt svårighet | **1** Lätt svårighet |
| **2** Måttlig svårighet | **2** Måttlig svårighet |
| **3** Stor svårighet | **3** Stor svårighet |
| **4** Total svårighet | **4** Total svårighet |
| **8** Ej specificerat | **8** Ej specificerat |
| **9** Ej tillämpbart | **9** Ej tillämpbart |

| ***Kortfattad lista över A&P domäner*** | ***Bedömningsfaktor för Genomförande*** | ***Bedömningsfakt. för Kapacitet*** |
|---|---|---|
| **d1. LÄRANDE OCH ATT TILLÄMPA KUNSKAP** | | |
| **d110** Att se | | |
| **d115** Att lyssna | | |
| **d140** Att lära sig läsa | | |
| **d145** Att lära sig skriva | | |
| **d150** Att lära sig räkna och beräkna *(aritmetik)* | | |
| **d175** Att lösa problem | | |
| | | |
| **d2. ALLMÄNNA UPPGIFTER OCH KRAV** | | |
| **d210** Att företa en enstaka uppgift | | |
| **d220** Att företa mångfaldiga uppgifter | | |
| | | |
| **d3. KOMMUNIKATION** | | |
| **d310** Att kommunicera genom att ta emot talade meddelanden | | |
| **d315** Att kommunicera genom att ta emot icke-verbala meddelanden | | |
| **d330** Att tala | | |
| **d335** Att uttrycka sig genom icke-verbala meddelanden | | |
| **d350** Konversation | | |

| *Kortfattad lista över A&P domäner* | *Bedömningsfaktor för Genomförande* | *Bedömningsfaktor för Kapacitet* |
|---|---|---|
| **d4. FÖRFLYTTNING** | | |
| **d430** Att lyfta och bära föremål | | |
| **d440** Handens finmotoriska användning *(plocka upp, gripa)* | | |
| **d450** Att gå | | |
| **d465** Att förflytta sig med hjälp av utrustning *(rullstol, rullskridskor, etc.)* | | |
| **d470** Att använda transportmedel *(bil, buss, tåg, flygplan, etc.)* | | |
| **d475** Att vara förare *(cykla, köra motorcykel, bil, etc.)* | | |
| **d5. PERSONLIG VÅRD** | | |
| **d510** Att tvätta sig *(bada, torka sig, tvätta händerna, etc)* | | |
| **d520** Kroppsvård *(borsta tänderna, raka sig, göra sig fin, etc.)* | | |
| **d530** Att sköta toalettbehov | | |
| **d540** Att klä sig | | |
| **d550** Att äta | | |
| **d560** Att dricka | | |
| **d570** Att sköta sin egen hälsa | | |
| **d6. HEMLIV** | | |
| **d620** Att skaffa varor och tjänster *(att handla, etc.)* | | |
| **d630** Att bereda måltider *(laga mat, etc.)* | | |
| **d640** Hushållsarbete *(städa, tvätta kläder, diska, stryka, etc.)* | | |
| **d660** Att bistå andra | | |
| **d7. MELLANMÄNSKLIGA INTERAKTIONER OCH RELATIONER** | | |
| **d710** Grundläggande mellanmänskliga interaktioner | | |
| **d720** Sammansatta mellanmänskliga interaktioner | | |
| **d730** Att ha kontakt med okända personer | | |
| **d740** Formella relationer | | |
| **d750** Informella sociala relationer | | |
| **d760** Familjerelationer | | |
| **d770** Intima relationer | | |
| **d8. VIKTIGA LIVSOMRÅDEN** | | |
| **d810** Informell utbildning | | |
| **d820** Skolutbildning | | |
| **d830** Högre utbildning | | |
| **d850** Betald sysselsättning | | |
| **d860** Grundläggande ekonomiska transaktioner | | |
| **d870** Ekonomisk självförsörjning | | |
| **d9. SAMHÄLLSGEMENSKAP, SOCIALT OCH MEDBORGERLIGT LIV** | | |
| **d910** Samhällsgemenskap | | |
| **d920** Rekreation och fritid | | |
| **d930** Religion och andlighet | | |
| **d940** Mänskliga rättigheter | | |
| **d950** Politiskt liv och medborgarskap | | |
| **ANNAN AKTIVITET OCH DELAKTIGHET** | | |
| | | |
| | | |

## Del 3: OMGIVNINGSFAKTORER

- *Omgivningsfaktorer utgörs av den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar*

| ***Bedömningsfaktor för omgivningsfaktorerna:*** ***Hinder eller Underlättande faktorer*** | **0** Inget hinder | **0** Inget underlättande |
|---|---|---|
| | 1 Lätt hinder | +1 Lätt underlättande |
| | 2 Måttligt hinder | +2 Måttligt underlättande |
| | 3 Svårt hinder | +3 Stort underlättande |
| | 4 Totalt hinder | +4 Totalt underlättande |

| ***Kortfattad lista över Omgivning*** | ***Bedömningsfaktorer för Hinder eller Underlättande*** |
|---|---|
| **e1. PRODUKTER OCH TEKNIK** | |
| **e110** För egen konsumtion *(mat, mediciner)* | |
| **e115** För personligt bruk i dagliga livet | |
| **e120** För personlig förflyttning och transport inomhus och utomhus | |
| **e125** För kommunikation | |
| **e150** Design, konstruktion, byggnadsteknik och byggnadsprodukter för allmänt bruk | |
| **e155** Design, konstruktion, byggnadsteknik och byggnadsprodukter för privat bruk | |
| **e2. NATURMILJÖ OCH MÄNSKLIGT SKAPADE MILJÖFÖRÄNDRINGAR** | |
| **e225** Klimat | |
| **e240** Ljus | |
| **e250** Ljud | |
| **e3. PERSONLIGT STÖD OCH PERSONLIGA RELATIONER** | |
| **e310** Närfamilj | |
| **e320** Vänner | |
| **e325** Bekanta, kamrater, kollegor, grannar och personer i umgänget | |
| **e330** Människor i maktpositioner | |
| **e340** Personliga vårdgivare och personliga assistenter | |
| **e355** Yrkesutövare inom hälso- och sjukvård | |
| **e360** Andra yrkesutövare | |
| **e4. ATTITYDER** | |
| **e410** Nära familjemedlemmars personliga attityder | |
| **e420** Vänners personliga attityder | |
| **e440** Personliga attityder hos personliga vårdgivare och personliga assistenter | |
| **e450** Personliga attityder hos yrkesutövare inom hälso- och sjukvården | |
| **e455** Personliga attityder hos andra yrkesutövare | |
| **e460** Samhälleliga attityder | |
| **e465** Sociala normer, konventioner och ideologier | |
| **e5. SERVICE, TJÄNSTER, SYSTEM OCH POLICIES** | |
| **e525** Service, tjänster, system och policies för bostäder | |
| **e535** Service, tjänster, system och policies för kommunikation | |
| **e540** Service, tjänster, system och policies för transport | |
| **e550** Service, tjänster, system och policies gällande lagreglering | |
| **e570** Service, tjänster, system och policies inom socialförsäkring | |
| **e575** Service, tjänster, system och policies för allmänna sociala stödinsatser | |
| **e580** Service, tjänster, system och policies inom hälsovård | |
| **e585** Service, tjänster, system och policies för utbildning och yrkesförberedelse | |
| **e590** Service, tjänster, system och policies för arbete och sysselsättning | |
| **ANDRA OMGIVNINGSFAKTORER** | |
| | |
| | |

 © World Health Organization, september 2001 

## Del 4: ANNAN KONTEXTUELL INFORMATION

**4.1** *Ge en kortfattad beskrivning av personen och annan väsentlig information*

**4.2** *Lägg till alla* ***Personliga faktorer*** *som inverkar på personens funktionstillstånd (t.ex. livsstil, vanor, social bakgrund, utbildning, viktiga händelser i livet, ras/etnisk tillhörighet, sexuell orientering samt personens tillgångar)*

 © World Health Organization, september 2001 

*Bilaga 1:*

# KORTFATTAD HÄLSOINFORMATION

**[ ] Egna uppgifter** **[ ] Uppgifter sammanställda av kliniker**

**X.1** Längd: __/__/__ cm

**X.2** Vikt: __/__/__ kg

**X.3** Dominerande hand *(före aktuell hälsobetingelse)*: Vänster [ ] Höger [ ] Båda händer lika [ ]

**X.4** Hur bedömer du din fysiska hälsa under den senaste månaden?

Mycket god [ ] God [ ] Varken god eller dålig [ ] Dålig [ ] Mycket dålig [ ]

**X.5** Hur bedömer du din psykiska och emotionella hälsa under den senaste månaden?

Mycket god [ ] God [ ] Varken god eller dålig [ ] Dålig [ ] Mycket dålig [ ]

**X.6** Har du för närvarande någon sjukdom(ar) eller störning(ar)?

[ ] NEJ [ ] JA

*Om JA, ange vilken/vilka:* _____

_____

**X.7** Har du någon gång haft någon större skada som haft inverkan på din funktionsnivå?

[ ] NEJ [ ] JA

*Om JA, ange vilken:* _____

_____

**X.8** Har du varit inlagd på sjukhus under det senaste året?

[ ] NEJ [ ] JA

*Om JA, ange orsak och under hur lång tid?*

1. _____; ___. ___. ___ dagar
2. _____; ___. ___. ___ dagar
3. _____; ___. ___. ___ dagar

**X.9** Använder du något/några läkemedel (antingen receptbelagt eller receptfritt)?

[ ] NEJ [ ] JA

*Om JA, ange de huvudsakliga läkemedlen du tar*

1. _____
2. _____
3. _____


© World Health Organization, september 2001

**X.10** Röker du?

[ ] NEJ [ ] JA

**X.11** Konsumerar du alkohol eller droger?

[ ] NEJ [ ] JA

*Om JA, ange ungefärlig mängd per dag*

Tobak: _____
Alkohol: _____
Droger: _____

**X.12** Använder du några hjälpmedel såsom glasögon, hörapparat, rullstol, etc.?

[ ] NEJ [ ] JA

*Om JA, ange vilka:*

_____

**X.13** Har du någon person som hjälper dig med din personliga vård, att handla eller andra dagliga aktiviteter?

[ ] NEJ [ ] JA

*Om JA, ange vilken person och vilken hjälp den ger*

_____

**X.14** Får du någon slags behandling för din hälsa?

[ ] NEJ [ ] JA

*Om JA, ange vad:*

_____

**X.15** Ytterligare viktig information om din tidigare eller nuvarande hälsa:

_____

_____

**X.16** Har du UNDER DEN SENASTE MÅNADEN dragit ner på (dvs. minskat) dina vanliga aktiviteter eller arbete på grund av ditt hälsotillstånd? (sjukdom, skada, emotionella orsaker eller bruk av alkohol eller droger)

[ ] NEJ [ ] JA *Om JA, hur många dagar?* _____

**X.17** Har du UNDER DEN SENASTE MÅNADEN varit helt oförmögen att genomföra dina vanliga aktiviteter eller arbete på grund av ditt hälsotillstånd? (sjukdom, skada, emotionella orsaker eller bruk av alkohol eller droger)

[ ] NEJ [ ] JA *Om JA, hur många dagar?* _____


© World Health Organization, september 2001

*Bilaga 2:*

# ALLMÄNNA FRÅGOR OM DELAKTIGHET OCH AKTIVITETER

*Följande frågeställningar föreslås som hjälp och vägledning för den som intervjuar respondenten kring problem när det gäller funktionstillstånd och livsaktiviteter, med tanke på särskiljandet mellan kapacitet och genomförande. Ta hänsyn till all den personliga information som är känd om respondenten och ställ vid behov någon eller några tilläggsfrågor. Om det är nödvändigt att få fram mer omfattande information, kan frågeställningarna omformuleras som öppna frågor.*

*Under varje domän finns två typer av frågeställningar:*

*Den första frågeställningen försöker få respondenten att inrikta sig på sin* ***kapacitet*** *att utföra en uppgift eller handling, och särskilt inrikta sig på begränsningar i kapacitet som är* ***medfödda eller är inneboende egenskaper hos personen*** *själv. Dessa begränsningar bör vara direkta manifestationer av respondentens hälsotillstånd utan assistans. Med* ***assistans*** *menas hjälp av en annan person, eller hjälp som ges genom ett anpassat eller specialutformat verktyg eller fordon eller någon slags omgivningsmodifiering i ett rum, hem, arbetsplats eller liknande. Nivån av kapacitet bör bedömas i relation till vad som normalt förväntas av personen eller personens kapacitet före det han/hon fick sin hälsobetingelse.*

*Den andra frågeställningen inriktar sig på respondentens* ***verkliga genomförande*** *av en uppgift eller handling i personens verkliga situation eller omgivning och att ge information om effekterna av hindrande och underlättande faktorer i omgivningen. Det är viktigt att betona att du endast är intresserad av graden av svårighet som respondenten har att göra saker,* ***förutsatt att han/hon önskar göra dem.*** *Att inte göra någonting är irrelevant om personen väljer att inte göra det.*

---

## I. Förflyttning

(Kapacitet)

(1) I ditt nuvarande hälsotillstånd, hur stor svårighet har du att gå långa sträckor (såsom en kilometer eller längre) utan assistans?

(2) Hur är detta i jämförelse med någon som är som du själv men utan din hälsobetingelse?

(Eller: "...hur var det innan du fick ditt hälsoproblem eller råkade ut för din olyckshändelse?")

(Genomförande)

(1) I din nuvarande omgivning, hur stor svårighet har du i själva verket att gå långa sträckor (såsom en kilometer eller längre)?

(2) Ditt problem att gå, blir det sämre eller bättre i din faktiska omgivning?

(3) Din kapacitet att gå långa sträckor utan assistans, är den större eller mindre än vad du i själva verket gör i din nuvarande omgivning?

## II. Personlig vård

(Kapacitet)

(1) I ditt nuvarande hälsotillstånd, hur stor svårighet har du att tvätta dig själv utan assistans?

(2) Hur är detta jämfört med någon som är som du själv men utan din hälsobetingelse?

(Eller: "...hur var det innan du fick ditt hälsoproblem eller råkade ut för din olyckshändelse?")

(Genomförande)

(1) I ditt eget hem, hur stort problem har du i själva verket att tvätta dig själv?

(2) Har detta problem blivit större eller mindre genom det sätt som ditt hem är ordnat eller genom de speciellt anpassade verktyg som du använder?

(3) Din kapacitet att tvätta dig själv utan assistans, är den större eller mindre än vad du i själva verket gör i din nuvarande omgivning?

## III. Hemliv

(Kapacitet)

(1) I ditt nuvarande hälsotillstånd, hur stor svårighet har du att städa golvet där du bor utan assistans?

(2) Hur är detta jämfört med någon som är som du själv men utan din hälsobetingelse?

(Eller: "...hur var det innan du fick ditt hälsoproblem eller råkade ut för din olyckshändelse?")

(Genomförande)

(1) I ditt eget hem, hur stort problem har du i själva verket att städa golvet?

(2) Har detta problem blivit större eller mindre genom det sätt som ditt hem är ordnat eller genom de speciellt anpassade verktyg som du använder?

(3) Din kapacitet att städa ditt golv utan assistans, är den större eller mindre än vad du i själva verket gör i din nuvarande omgivning?

## IV. Mellanmänskliga interaktioner

(Kapacitet)

(1) I ditt nuvarande hälsotillstånd, hur stor svårighet har du att skaffa dig nya vänner utan assistans?

(2) Hur är detta jämfört med någon som är som du själv men utan din hälsobetingelse?

(Eller: "...hur var det innan du fick ditt hälsoproblem eller råkade ut för din olyckshändelse?")

(Genomförande)

(1) I din nuvarande situation, hur stort problem har du i själva verket i att skaffa vänner?

(2) Detta problem, att skaffa vänner, har det blivit större eller mindre genom någonting (eller någon) i din omgivning?

(3) Din kapacitet att skaffa vänner utan assistans, är den större eller mindre än vad du i själva verket gör i din nuvarande omgivning?

## V. Viktiga livsområden

(Kapacitet)

(1) I ditt nuvarande hälsotillstånd, hur stor svårighet har du att få allt det arbete gjort som du behöver göra i ditt jobb utan assistans?

(2) Hur är detta jämfört med någon som är som du själv men utan din hälsobetingelse?

(Eller: "...hur var det innan du fick ditt hälsoproblem eller råkade ut för din olyckshändelse?")

(Genomförande)

(1) I din nuvarande omgivning, hur stort problem har du i själva verket att få allt arbete gjort som du behöver göra i ditt jobb?

(2) Detta problem, att klara vad som krävs i arbetet, har det blivit större eller mindre genom det sätt som arbetsmiljön är ordnad eller genom de speciellt anpassade verktyg som du använder?

(3) Din kapacitet att göra ditt jobb utan assistans, är den större eller mindre än vad du i själva verket gör i din nuvarande omgivning?

## VI. Samhälle, socialt och medborgerligt liv

(Kapacitet)

(1) I ditt nuvarande hälsotillstånd, hur stor svårighet har du att delta (vara delaktig) i samhälleliga sammankomster, festivaler eller andra lokala evenemang, utan assistans?

(2) Hur är detta jämfört med någon som är som du själv men utan din hälsobetingelse?

(Eller: "...hur var det innan du fick ditt hälsoproblem eller råkade ut för din olyckshändelse?")

(Genomförande)

(1) I ditt samhälle, hur stort faktiskt problem har du i själva verket att delta (vara delaktig) i samhälleliga sammankomster, festivaler och andra lokala evenemang?

(2) Har detta problem blivit större eller mindre genom det sätt på vilket ditt samhälle är ordnat eller genom speciellt anpassade verktyg, fordon eller vad du nu för övrigt använder?

(3) Din kapacitet att delta (vara delaktig) i samhälleliga evenemang utan assistans, är den större eller mindre än vad du i själva verket gör i din nuvarande omgivning?

*Bilaga 3:*

# RIKTLINJER FÖR ANVÄNDNING AV ICF CHECKLISTA, VERSION 2.1A

*1. Detta är en checklista som består av utvalda kategorier ur Världshälsoorganisationens (WHO) internationella klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).*
*ICF-checklistan är ett praktiskt instrument för att få fram och samla information om en persons funktionstillstånd och funktionshinder. Denna information kan sammanfattas för fallbeskrivningar (t.ex. i klinisk verksamhet eller socialt arbete).*

*2. Denna version (2.1a) är avsedd att användas av kliniker samt andra yrkesutövare inom hälso-, sjuk- och socialvård.*

*3. Checklistan bör användas tillsammans med ICF i fullständig eller kortfattad version.*

*4. All information, från skrivna dokument, från respondenten själv, från andra informanter och genom direkt observation, kan användas för att fylla i checklistan. Var vänlig redovisa alla informationskällor på första sidan.*

*5. Delarna 1–3 bör fyllas i genom angivande av bedömningskoden för varje ingående term av kroppsfunktion, kroppsstruktur, aktivitet och delaktighet som uppvisar något problem för den som utvärderas. Tillämpliga koder för bedömningsfaktorerna återfinns på de relevanta sidorna.*

*6. Kommentarer kan göras beträffande varje information som kan tjäna som en ytterligare bedömningsfaktor eller som uppfattas vara av betydelse för det fall som utvärderas.*

*7. Del 4 (Omgivning) har både negativa (hindrande) och positiva (underlättande) bedömningskoder. För samtliga positiva bedömningskoder, ange ett plustecken (+) före koden.*

*8. Kategorierna som ges i checklistan har valts ut från ICF och är inte uttömmande. Om du behöver använda någon kategori som du inte finner i listan här, använd då utrymmet i slutet av varje dimension för att registrera dem.*

## BEDÖMNINGSINSTRUMENT

### ADL-Taxonomi – En bedömning av aktivitetsförmåga

ADL-taxonomin är ett arbetsterapeutiskt instrument som kan användas för att beskriva en persons aktivitetsförmåga. Bedömning med hjälp av taxonomin kan ske genom intervju och/eller observation. ADL-taxonomin har testats på individer med olika diagnoser och inom olika verksamhetsområden. Den har visats sig vara speciellt användbar i kommunikation med enskilda individer om var deras problem och möjligheter ligger (Törnquist & Sonn, 2001) .

Taxonomin omfattar tolv olika aktiviteter; (1) äta och dricka, (2) förflyttning (3) toalettbesök, (4) på- och avklädning, (5) personlig hygien, (6) övrig kroppsvård/skötsel, (7) kommunikation, (8) resor, (9) matlagning, (10) inköp av dagligvaror, (11) städning samt (12) tvätt. Aktiviteten omfattar en grupp dagliga delaktiviteter som tillsammans har ett bestämt syfte. Taxonomin omfattar aktiviteter som kan anses vara generella för de flesta och utgör en bas för det dagliga livet. Andra aktuella aktiviteter kan tillföras (Törnquist & Sonn, 2001).

Vår tolkning är att detta instrument ligger på aktivitets- och delaktighetsnivå i ICF.

### Canadian Occupational Performance Measure

Instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) är utvecklat utifrån den kanadensiska modellen Canadian Model of Occupational Performance. COPM är ett arbetsterapeutiskt individbaserat mätinstrument som är standardiserat och konstruerat att användas av arbetsterapeuter för att konstatera självupplevd förändring av aktivitetsutförande över tid. Instrumentet bygger på ett intervjuformulär och en självskattning före och efter rehabiliteringen.
Individen själv får identifiera och prioritera de 5 problem som är till mest besvär, vilket ökar hans eller hennes engagemang i rehabiliteringen.

Genom att använda en poängmall får individen värdera varje problem under utförande och tillfredsställelse. Individen värderar problemen på en 10 gradig skala där 1 är "kan inte alls utföra den" alt. "inte" nöjd alls" och där 10 är "kan utföra den extremt bra" alt. "extremt nöjd". Vid lämplig tid efter den inledande bedömningen och den arbetsterapeutiska interventionen görs en uppföljning. Vid uppföljning poängsätter individen åter varje problem under utförande och tillfredsställelse. Den nya poängen beräknas och skillnaden jämförs (Law et al, 2006).

Vår tolkning är att detta instrument ligger på aktivitets och delaktighetsnivå i ICF.

### Checklista ICF

Checklista ICF är ett instrument som består av utvalda kategorier ur ICF. ICF-checklistan är ett praktiskt instrument för att få fram och samla in information om en individs funktionstillstånd. Checklistan kräver kunskap om ICF, dess kategorier och tillämpning (Socialstyrelsen, 2003).

## Dialog om arbetsförmåga

Dialog om arbetsförmåga (DOA) är ett svenskt arbetsterapeutiskt bedömningsinstrument som utarbetats med syfte att användas vid utredning och rehabilitering av arbetsförmåga för att få en samlad bild av individens resurser och begränsningar i förhållande till arbete. Instrumentet är väletablerat inom nationell arbetslivsinriktad rehabilitering och har en god reliabilitet och validitet för att bedöma arbetsförmåga (Linddahl & Norrby, 2006).

Instrumentet har fem frågeområden; (1)självkännedom, intressen och värderingar, (2) roller och vanor, (3) fysisk förmåga, (4) organisations och problemlösningsförmåga samt (5) förmåga till samspel och kommunikation. Instrumentet utgår från individens egen skattning av sina resurser och begränsningar i förhållande till arbete. Vid behov kan också arbetsterapeuten, om han eller hon har god kännedom om patienten och möjlighet att observera patienten i arbetsinriktade aktiviteter, genomföra en parallell skattning av individen. Målgrupp är individer i arbetsför ålder, där det finns oklarheter gällande individens arbetsförmåga. Instrumentet ligger utifrån ICF på aktivitets- och delaktighetsnivå (Linddahl & Norrby, 2006).

## EuroQol EQ-5 D

EuroQol-instrumentet, EQ-5D, är ett självskattningsformulär för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Utvecklat av en internationell multidisciplinär forskargrupp där både medicinare och ekonomer ingick. Syftet var att skapa ett gemensamt instrument för att värdera hälsa och livskvalitet. Instrumentet har fem dimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärta/besvär och rädsla/nedstämdhet. Poängskala 1-3 på varje delfråga, 1 = inga problem 3 = uttalade problem. Poängen räknas om till ett score enligt en tabell, ju lägre score desto sämre upplevd hälsa. Score från -0.59 till 1.
Dessutom finns i denna enkät en så kallad hälsotermometer där patienten får skatta sin totala hälsa från 0 till 100. (0 = sämsta, 100 = bästa)
Detta instrument lämnas ut till alla som kommer på nybesök hos sjukgymnast inom Rehab Öst och är inte specifikt för detta projekt. (The EuroQol group, 1990)

Vår bedömning är att instrumentet mäter främst på aktivitets- och delaktighetsnivå enligt ICF.

## Frågeformulär om smärtproblem ("Örebroformuläret")

Utvecklat av Steven J Linton, Yrkes-och miljömedicinska kliniken, Örebro.
Screening/kartläggning för patienter med subakuta muskuloskeletala besvär.
Frågeområden som berör smärta, lokalisering, funktion, arbetsförmåga/sjukskrivning, emotionell hälsa som stress och nedstämdhet, rädsla/undvikandebeteende. Varje fråga har en poängskala 0-10, 0 är bäst och 10 sämst. Poängen räknas samman enligt manual. Ju högre totalpoäng desto större risk för långvarig sjukskrivning och mer svårlöst problematik. Svaren på de enskilda frågorna kan också ge viss vägledning (Boersma, & Linton, 2002).

Vår bedömning att instrumentet mäter funktion, aktivitet och delaktighet enligt ICF.

## Functional Rating Index

Functional Rating Index (FRI)är ett självskattningsinstrument om påverkan av vardagliga aktiviteter vid nack- och/eller ryggbesvär. 10 frågor om förmåga inom områdena smärta, sömn, personlig omvårdnad, resor, arbete, socialt liv, lyft och gångförmåga samt förmåga att stå. Detta instrument har utvecklats ur Oswestrys disability index (för ryggar) och Neck disability index, NDI, (för nackar). Varje fråga har en poängskala 0-5. Poängen räknas samman som sedan räknas om till ett score i procent. Ju högre score desto större nedsättning av aktivitetsnivån. Mäter främst på aktivitets- och delaktighetsnivå enligt ICF.
(Svensk översättning av FRI, Feise R, Spine 2001:26:1:78-87).

## Hospital anxiety and Depression Scale

Hospital anxiety and Depression Scale (HAD) är ett självskattningsformulär om upplevd depression och ångest. Poäng för ångest och depression räknas samman var för sig, tjugoett poäng är max. Höga poäng indikerar ohälsa. Över tio poäng på ångestsymtomen tyder på förekomst av eventuell ångeststörning. Över tio poäng på depressionsymtomen tyder på risk för depressionstillstånd som kan kräva läkarbehandling (Zigmond & Snaith,1983).

Vår tolkning är att skattningsformuläret ligger på funktionsnivå i ICF.

## Min Mening

Min Mening bygger på det amerikanska bedömningsinstrumentet The Self Assessement of Occupational Functioning (SAOF) (Baron & Curtin, 1990). Min Mening är ett arbetsterapeutiskt självskattningsinstrument med fokus på aktivitetsförmåga, fysisk och social miljö, värderingar och prioriteringar. Instrumentet har utformats för att ge individer möjligheter att uttrycka sin egen uppfattning om sin aktivitetsförmåga och miljöns inflytande på de dagliga aktiviteterna. Skattningen sker i två olika delar; del ett innehåller en serie påståenden om den egna aktivitetsförmågan och del två innehåller en serie påståenden om den egna miljön. Individen anger utifrån dessa påstående om detta är något som hon eller han har problem med, klarar eller gör bra. Därefter värderar individen utifrån samma påstående hur viktigt varje aktivitetsområde är. Slutligen gör individen en prioritering av vad hon eller han vill förändra.
Överensstämmelsen eller skillnaden mellan aktivitetsförmåga och värdering ger en uppfattning om individens tillfredställelse med sin personliga förmåga. Likaså gällande miljön som ger en uppfattning om individens tillfredställelse med omgivningens stöd (Hellsvik, E-M 1999).

Instrumentet har sin teoretiska grund i MOHO samt den kanadensiska modellen Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) och dessa begrepp Client Centered Practice (Hellsvik, E-M 1999).

Vår tolkning är att bedömningsinstrumentet ligger på aktivitet - och delaktighetsnivån i ICF.

## Neurobeteende vid kognitiv statusundersökning – NKSU

NKSU är utformat i syfte att bedöma en individs kognitiva förmågor inom fem större funktionsområden; (1) språk, (2) konstruktion, (3) minne, (4) uträkning och (5) logiskt tänkande. Även medvetandenivå, orientering och uppmärksamhet bedöms. Inom varje funktionsområde föreställs patienten ett krävande test som fordrar skicklighet inom det speciella funktionsområdet. Bedömningen innehåller en screeningdel och en poängdel. Om screeningdelen underkänns tillämpar bedömaren poängdelen, som består av en serie bedömningspunkter med stigande svårighetsgrad. På detta sätt kan intakta funktionsområden snabbtestas, medan områden med funktionshinder kan studeras mer i detalj. Prestationen inom poängdelen avgör om och i vilken grad en funktion blivit nedsatt, mild, medelsvår eller svår. Poängen markeras in i en profil, som illustrerar det övergripande mönstret intakta och nedsatta funktioner (The Northern Carlifornia Neurobehavioral Group,1989). Instrumentet översattes till svenska 1997.

Vår tolkning är att detta instrument återfinns på kroppsfunktionsnivå i ICF.

## Occupational Circumstance Assessment Interview and Rating Scale

Occupational Circumstance Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS) är ett arbetsterapeutiskt bedömningsinstrument som ger struktur för att rapportera och analysera information som samlats in, genom intervju, om en individs aktivitetssituation och deltagande i det dagliga livet. Resultatet av intervjun ger en bild av individens egen uppfattning om sin delaktighet och förmåga att klara de dagliga aktiviteterna. Instrumentet är semistrukturerat och baserat på den teoretiska modellen "A Model of Human Occupation (MOHO). MOHO förklarar hur psykosociala och miljömässiga faktorer påverkar utförandet av aktiviteter och där människans motivation till aktivitet är i fokus (Kielhofner, 1995; Kielhofner, 2002; Kielhofner, 2008).
Efter genomförd intervju skattar arbetsterapeuten hur hon eller han bedömer att individens aktivitetsutförande fungerar (Deshpande, Kielhofner, Henriksson, Haglunc, Olsen & Forsyth, 2002).

Instrumentet kan användas på de allra flesta individer, förutsatt att individen har kognitiv och emotionell förmåga att delta i en intervju (Deshpande, Kielhofner, Henriksson, Haglund, Olsen & Forsyth, 2002). Instrumentet är översatt till svenska (Henriksson & Haglund, 2005).

Vår tolkning är att instrumenten återfinns på aktivitets- och delaktighetsnivå i ICF.

## Quick-DASH

Quick-DASH är en förkortad version av hälsoenkäten DASH (Disabilities of The Arm, Shoulder and Hand). Enkäten består av 11 frågor som patienten själv ska besvara och ger ett mått på funktionen i övre extremiteterna. Bedömningsinstrumentet är validitets- och reliabilitetstestat(http://www.dash.iwh.on.ca/ ).

Vår tolkning är att detta instrument ligger på aktivitets- och delaktighetsnivå i ICF.

## Screeningtester för neuropsykiatriska diagnoser

Nedanstående tester är hämtade från det neuropsykiatriska team för vuxna som återfinns i Landstinget i Östergötland. Syftet med instrumenten är att identifiera individer med symtom som kan tyda på någon form av neuropsykiatrisk diagnos. Om sådana symtom återfinns skall individen remitteras till det neuropsykiatriska teamet för fortsatt utredning.

- Vuxen-ADHD Screening, symtom-checklista (ASRS-v1.1)
- Screening för Asperger/Autismspektrum
- Checklista: Tics

## Self-efficacy scale

Självskattning av egna förmågor vid ryggbesvär. Mäter vad patienten *tror* att den klarar, inte den faktiska förmågan. (Frågor om vardagliga aktiviteter, där man i tid, enl intervaller, får ange hur länge man tror sig klara resp aktivitet. Låg tilltro kan indikera för sämre rehabiliteringspotential (Estlander et al, 1994).

Vår tolkning är att skattningen ligger på aktivitets- och delaktighetsnivå i ICF.

## Smärtteckning

Instrument som ger en bild av hur patienten ser på sin smärta. Individen får själv markera på en bild var smärtan är lokaliserad, hur den är utbredd och typ av smärta enligt givna symboler. Ger en snabb samlad bild av individens smärta.

Vår tolkning är att instrumentet mäter på funktionsnivå enligt ICF.

## Test Instrument for Profile of Physical Ability, TIPPA

TIPPA är utvecklat av sjukgymnast Minaj Wedefalk, vid dåvarande Arbetsrehabcentrum Göteborg. Instrumentet är utvecklat för bedömning av rehabiliteringspotential och fysisk förmåga hos patienter med långvarig muskuloskelettal värk. Detta är ett standardiserat testinstrument för vardagliga aktiviteter.

Testet innehåller fyra variabler:
A. Patientens egen bedömning av sin aktuella fysiska förmåga.
B. Bedömning av patientens fysiska förmåga (av sjukgymnast)
Patienten får här göra 9 olika praktiska test av vardagliga aktiviteter.
C. Patientens skattning av sin upplevda ansträngning
D. Bedömning av smärtbeteendet (av sjukgymnast)
.
Resultatet av varje test under B och de övriga variablerna placeras in i ett graderingssystem, 1-5. (1=mycket låg, 5= mycket hög). Variablerna placeras sedan i en profil med hjälp av ett konstruerat graderingssystem.
Författarens beskrivning är att testinstrumentet mäter en begränsad del av fysisk förmåga på aktivitets- och delaktighetsnivå enligt ICF. (Wedefalk,2004)

## Worker Role Interview

The Worker Role Inteview (WRI) är ett arbetsterapeutiskt bedömningsinstrument med syfte att identifiera hur psykosociala och miljömässiga faktorer påverkar en persons möjligheter att, efter skada eller sjukdom, återgå till arbete – befintligt eller arbete generellt. Genom användande av bedömningsinstrumentet erhålls information om hur en person uppfattar sig själv som arbetare, om tidigare arbetssituation, eventuell nuvarande arbetssituation, nuvarande livssituation och hur han eller hon ser på sin framtida arbetssituation (Velozo et al 1998).

WRI är uppbyggd kring sjutton variabler och behandlar sex olika områden; personens självuppfattning, värderingar, intressen, roller, vanor och miljö. Intervjumallen är semistrukturerad för att arbetsterapeuten skall kunna anpassa intervjun utifrån den intervjuade individens unika förhållanden.
Varje variabel i instrumentet skattas på en fyrgradig skala, utifrån detta görs en summering för att identifiera vilka faktorer som hindrar respektive stödjer återgång till arbete (Velozo et al, 1998).

Instrumentet har sin teoretiska grund i modellen "A Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner, 1995; Kielhofner, 2002; Kielhofner, 2008).

Instrumentet kan enligt Velozo et al (1998) användas fristående eller i kombination med The Work Environment Impact Scale. Instrumentet är översatt till svenska (Ekbladh & Haglund, 2002).

Enligt Ekbladh (2008) kan man med hjälp av WRI utföra tillförlitliga bedömningar av psykosociala faktorers påverkan på arbetsförmågan. Instrumentet är validitets och reliabilitetstestat och har omarbetats flera gånger utifrån resultatet av dessa studier.

Vår tolkning är att detta instrument ligger på aktivitets och delaktighetsnivån i ICF.

## Work Environment Impact Scale

The Work Environment Impact Scale (WEIS) är ett arbetsterapeutiskt bedömningsinstrument med syfte att ge en bedömning av hur en befintlig arbetsmiljö påverkar den enskilde individen, alltså individens subjektiva uppfattning gällande sin arbetsmiljö. WEIS är liksom WRI uppbyggt kring sjutton variabler och behandlar fyra olika områden; fysisk arbetsmiljö, social arbetsmiljö, föremål som används i arbetet och arbetsuppgifterna. Varje variabel i instrumentet skattas på en fyrgradig skala, utifrån detta görs en summering för att identifiera vilka miljöfaktorer som hindrar respektive stödjer utförandet av arbetsuppgifter och känsla av tillfredställelse och välbefinnande (Moore-Corner et el, 1998).

Instrumentet har sin teoretiska grund i modellen "A Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner, 1995; Kielhofner, 2002; Kielhofner, 2008.).

Instrumentet kan enligt Moore-Corner et al (1998) användas fristående eller i kombination med The Worker Role Inteview. Instrumentet är enligt Ekbladh (2008) reliabilitets och validitetstestat. Instrumentet är översatt till svenska (Ekbladh & Haglund, 2000b).

Vår tolkning är att detta instrument ligger på omgivningsfaktorsnivå i ICF.

BILAGA 2

Planeras att scannas in här ☺. Om du är jätteintresserad av att se hur det ser ut i Cosmic så kan du kontakta oss så skickar vi via snigelpost…

SAMMANFATTNING FUNKTIONSTILLSTÅNDSBEDÖMNING

Sammanfattning genomförd utifrån sjukgymnastik och arbetsterapeutisk bedömning, se journalanteckningar Lisbet Hallendorff och Marie Richt – 080422-080602

KORT INFORMATION OM PATIENTEN

Sambo.
Ingen anställning. Inskriven på Arbetsförmedlingen, ärendet är dock vilande på Arbetsförmedlingen då de inväntar resultatet av denna bedömning för att kunna arbeta med …. på bästa sätt.
Tidigare arbetat som lokalvårdare och telefonförsäljare.
9 år grundskola, gymnasieutbildning i Film och Musik.

MEDICINSKA DIAGNOSER (ICD 10) hämtat från det senaste journalanteckningen i läkarjournal.

F32 - Depressiv episod

KROPPSSTRUKTUR

Inga strukturavvikelser uppmärksammande av undertecknade.

KROPPSFUNKTIONER

b1. Psykiska funktioner - Generellt INGEN NEDSÄTTNING

b130 Energi och driftfunktioner - MÅTTLIG NEDSÄTTNING
11 / 21 poäng på HAD-skalan gällande ångest = Förekomst av eventuell ångeststörning
13 / 21 poäng på HAD-skalan gällande depression = Risk för depressionstillstånd som kan kräva läkarbehandling

b2. Sinnesfunktioner och Smärta - INGEN känd NEDSÄTTNING

b3. Röst- och talfunktioner - INGEN känd NEDSÄTTNING

b4. Hjärt-Kärlfunktioner, Blodbildnings-, Immunsystemets- och Andningsfunktioner - INGEN känd NEDSÄTTNING

b5. Matsmältnings- och Ämnesomsättningsfunktioner samt Endokrina funktioner - INGEN känd NEDSÄTTNING

b6. Funktioner i Köns- och Urinorganen samt Reproduktiva funktioner - INGEN känd NEDSÄTTNING

b7. Neuromuskeuloskeletala och Rörelserelaterade funktioner - Generellt INGEN NEDSÄTTNING

b730 Muskelkraftsfunktioner - MÅTTLIG NEDSÄTTNING
På grund av smärta i framförallt höfter

b8. Funktioner i Huden och därmed relaterade strukturer - INGEN känd NEDSÄTTNING

Av patienten uppgivna nedsättningar gällande KROPPSFUNKTIONER

b134 Sömnfunktioner - SVÅR NEDSÄTTNING.
Sover lätt, beskriver att tankarna "far omkring", viss värkstörning.
Har insomningstabletter.

b280 Smärta - MÅTTLIG NEDSÄTTNING.
Patienten beskriver generell smärta i hela kroppen; återfinns vid vila, ökar vid aktivitet och ytterligare vid belastning.

AKTIVITET OCH DELAKTIGHET

d1. Lärande och att tillämpa kunskap - INGEN känd SVÅRIGHET

d2. Allmänna uppgifter och krav - INGEN känd SVÅRIGHET

d3. Kommunikation - INGEN känd SVÅRIGHET

d4. Förflyttning
d415 Att bibehålla kroppsställning - LÄTT SVÅRIGHET Smärta i höfter begränsar
d430 Att lyfta och bära föremål - LÄTT SVÅRIGHET
d440 Handens finmotoriska användning - MÅTTLIG SVÅRIGHET Smärta i fingrar och händer begränsar
d450 Att gå LÄTT NEDSÄTTNING
d470 Att använda transportmedel - LÄTT SVÅRIGHET Stillasittande ger ökad smärta
d475 Att vara förare - MÅTTLIG SVÅRIGHET Stillasittande ger ökad smärta

d5. Personlig vård
d510 Att tvätta sig - INGEN SVÅRIGHET
d520 Kroppsvård - MÅTTLIG SVÅRIGHET Generell smärta begränsar
d530 Att sköta toalettbehov - INGEN SVÅRIGHET
d540 Att klä sig - MÅTTLIG SVÅRIGHET Generell smärta begräsnar
d550 Att äta - INGEN SVÅRIGHET
d560 Att dricka - INGEN SVÅRIGHET
d570 Att sköta sin egen hälsa - MÅTTLIG SVÅRIGHET Generell smärta begränsar

d6. Hemliv
d620 Att skaffa varor och tjänster - MÅTTLIG SVÅRIGHET Generell smärta begränsar
d630 Att bereda måltider - MÅTTLIG SVÅRIGHET Generell smärta begränsar
d640 Hushållsarbete - MÅTTLIG SVÅRIGHET Generell smärta begränsar

d7. Mellanmänskliga interaktioner och relationer - INGEN SVÅRIGHET

d8. Viktiga livsområden
d820 Skolutbildning - INGEN SVÅRIGHET
d850 Betald sysselsättning - STOR SVÅRIGHET.
Patienten saknar arbete.
d860 Grundläggande ekonomiska transaktioner - INGEN SVÅRIGHET
d870 Ekonomisk självförsörjning - STOR SVÅRIGHET
Patienten saknar inkomst, lever på sin sambo.

OMGIVNINGSFAKTORER

e1. Produkter och teknik - Varken UNDERLÄTTANDE eller HINDER

e2. Naturmiljö och mänskligt skapade miljöförändringar - Varken UNDERLÄTTANDE eller HINDER

e3. Personligt stöd och personliga relationer - Generellt UNDERLÄTTANDE
e310 Närfamilj - LÄTT HINDER Ansträngd relation med sin pappa

e4. Attityder - Generellt UNDERLÄTTANDE
e410 Nära familjemedlemmars personliga attityder - LÄTT HINDER
Ansträngd relation med sin pappa

e5. Service, tjänster, system och policies - Varken UNDERLÄTTANDE eller HINDER

PERSONFAKTORER (Kodas inte i ICF):

Faktorer som STÖDJER återgång till arbete

SJÄLVUPPFATTNING

Patienten visar viss optimism angående återgång till arbete. Patientens självförtroende ger stöd för återgång till arbete även om en viss osäkerhet finns.

VÄRDERINGAR

Patientens arbetshistoria visar att det har varit viktigt för patienten att ha ett arbete.

INTRESSE

Patienten beskriver hög nivå av tillfredställelse och glädje med att arbeta. Patienten visar viss entusiasm i beskrivning av återgång till arbete.

ROLLER/VANOR

Patienten identifierar sig med att vara arbetare. Rollen som arbetare är en del i personens liv. Identifikationen är inte särskilt stark då patienten inte varit aktiv på arbetsmarknaden så länge men ger ändå visst stöd för återgång till arbete.

Patienten uppger inga andra roller som utgör något stort hinder för återgång till arbete. Det är dock viktigt att patienten snarast återgår till arbete då patientens sjukroll riskerar att strärkas om så inte sker. Då denna roll kan vara svår att kombinera med en arbetsroll är det av extra stor vikt.

Patientens vanor och rutiner har till viss del anpassats till den situation som hon befinner sig i. Hon försöker att vara aktiv i den mån som hon kan trots sin problematik.

MILJÖ

Patientens familj och vänner utgör stöd för återgång till arbete då de förväntar sig att patienten skall återgå till arbete.

Faktorer som HINDRAR återgång till arbete

SJÄLVUPPFATTNING

Patienten har svårigheter att bedöma sina förmågor och begränsningar. Brist på insikt hindrar återgång till arbete. Bedömningen visar att patienten till viss del underskattar sig själv då hon rent fysiskt klarar mer än vad hon uppger sig klara.

Patienten visar begränsningar i sitt ansvarstagande för sin arbetssituation. Patientens brist på handlingsberedskap hindrar till viss del återgång till arbete. Det bör dock beaktas att patientens bristande ansvarstagande kan bero på att hon, enligt vad hon själv uppger, blivit tillsagd från arbetsförmedlingen att inte söka jobb utan invänta bedömningen gällande arbetsförmåga.

SAMMANFATTANDE BEDÖMNING:

Utifrån resultatet av genomförda bedömningar ser undertecknade inga tecken på funktionsnedsättningar som hindrar … från att ta ett normalt förekommande arbete. … bör dock undvika arbeten som är fysiskt tunga eller statiskt belastande då detta inte fungerat tidigare.