

Utvärdering av Projekt Arbetsterapeuter inom två psykiatriska specialistmottagningar inom Psykiatri Stockholm Södra.

PSM Enskede-Årsta-Vantör och PSM Farsta-Skarpnäck.

En utvärdering av ett Finsamprojekt

Marie-Louise Schult, leg arbetsterapeut, docent

Monika Löfgren, leg sjg, docent

Jan Ekholm, fd överläkare, professor emeritus.

Enheten för Rehabiliteringsmedicin, Karolinska Institutet Institutionen för Kliniska vetenskaper Danderyds sjukhus

Kontakt: marie-louise.schult@ds.se



Augusti 2015

Förord

Utvärderingen är finansierad av Försäkringskassan och Hälso- och SjukvårdsFörvaltningen Stockholms läns landsting.

Sammanfattning

Bakgrund: I projektet anställdes arbetsterapeuter för att göra bedömningar av patienternas aktivitetsförmåga. Bedömningarna kunde sedan utgöra ett stöd för läkarens bedömning av patientens funktions- och aktivitetsbegränsningar och utfärdandet av medicinska underlag.

Syfte och metod: En utvärdering av projektet genom en kvalitativ jämförelse av intyg skrivna före projektet och under projektet (granskning enligt mall), en kartläggning och beskrivning av arbetsterapeuternas interventioner, patienternas nöjdhet med arbetsterapeuternas interventioner (enkät), berörda enheters läkare och behandlares nöjdhet och erfarenheter (gruppintervjuer och enkät) och Försäkringskassans nöjdhet och erfarenheter.

Resultat: Antalet beskrivna aktivitetsbegränsningar ökade väsentligt i de medicinska underlag som granskats där det fanns tillgång till arbetsterapeut. Granskningen gjordes 1) med en parvis upplagd jämförelse mellan läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH) för samma patient, före och under tillgång till arbetsterapeut och 2) med en jämförelse mellan patienters LUH med tillgång till arbetsterapeut och ett jämförelsematerial med andra patienter utan tillgång till arbetsterapeut. Arbetsterapeuternas insatser medförde positiva förändringar för berörda läkare, behandlingspersonal, handläggare på Försäkringskassan och patienterna. Läkarna fick kompletterande underlag av arbetsterapeuten inför bedömning av patientens funktions- och aktivitetsbegränsningar på 245 patienter. De personalgrupper som berörts av arbetsterapeuternas arbete är positiva till deras insatser och många uttrycker att det är ett värdefullt tillskott av kompetens som annars saknas.

Konklusion: Arbetsterapeuter med adekvat kompetens kan utgöra ett värdefullt komplement inom specialistpsykiatri vad gäller bedömning av aktivitetsförmåga, som i sin tur ger ett bättre underlag inför Försäkringskassans beslut.

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Bakgrund | 4 |
| Projektet..... | 4 |
| Uppdragsägare: Försäkringskassan LFC Stockholm Söderort..... | 4 |
| Deltagare i projektet..... | 4 |
| Kortfattad beskrivning av projektet..... | 4 |
| Syfte | 4 |
| Mål/förväntat resultat..... | 4 |
| Metod | 5 |
| Resultat..... | 5 |
| Jämförelse av läkarutlåtanden skrivna före och under projektet..... | 5 |
| Metod | 5 |
| Resultat..... | 6 |
| Arbetsterapeuternas interventioner och bedömningar | 10 |
| Läkares nöjdhet och erfarenheter | 13 |
| Behandlingsansvarigas erfarenheter av värdet med arbetsterapeut i behandlingsarbetet med patienterna..... | 13 |
| Försäkringskassans erfarenheter av att ha arbetsterapeuter vid mottagningarna..... | 14 |
| En rad förbättringar föreslogs | 14 |

Bakgrund

I Socialstyrelsens riktlinjer för sjukskrivning slås det fast att överväganden om sjukskrivning skall grundas på bedömning av arbetsförmåga. Sjukdomens konsekvenser för funktionstillståndet och aktivitetsförmågan är det som motiverar sjukskrivning, inte själva diagnosen. Den viktigaste uppgiften vid Försäkringskassans bedömning av rätt till sjukförmåner är uppgiften om aktivitetsbegränsning. Försäkringskassan har granskat läkarintygens kvalitet tre gånger under åren 2010-2012 (Rapport 2011:12, 2012:13, Försäkringskassan 2012), cirka hälften av intygen godkändes, uppgift om aktivitetsinskränkning saknades i ca 40 % av intygen.

I det aktuella projektet efterlyste Försäkringskassan åtgärder för att förbättra kvaliteten i sjukintygen från 2 psykiatriska specialistmottagningar i södra Stockholm. Läkarna ansåg sig inte ha utbildning för att genomföra fullständiga aktivitetsutredningar. Arbetsterapeuter ansågs ha större möjlighet att genomföra sådana utredningar, varför två arbetsterapeuter anställdes i ett tvåårigt projekt i samverkan mellan Stockholms läns Landsting och Försäkringskassan. Det övergripande syftet var att läkarna vid behov skulle kunna få kompletterande utredningar av aktivitetsförmåga gjorda av arbetsterapeuter och att dessa sedan skulle fungera som ett stöd vid läkarnas bedömning av patientens funktions- och aktivitetsbegränsningar.

Projektet

Uppdragsägare: Försäkringskassan Stockholm stad syd (före detta Söderort).

Deltagare i projektet: Försäkringskassan, Psykiatrisk specialistmottagning Enskede-Årsta-Vantör (PSM EÅV) och Psykiatrisk specialistmottagning Farsta-Skarpnäck (PSM FS).

Kortfattad beskrivning av projektet: Läkare inom psykiatrin anser sig inte ha utbildning för att göra en fullständig bedömning av patientens aktivitetsbegränsning. En arbetsterapeut som kan följa patienten under en längre tid bedöms ha bättre förutsättningar för att göra en objektiv bedömning av patientens funktionsnedsättning och utifrån denna vidare bedöma patientens aktivitetsbegränsning. Bedömningen av aktivitetsbegränsning kan sedan utgöra ett stöd för läkarens bedömning. I projektet ingår att arbetsterapeut och läkare får en inledande utbildningsinsats i DFA och övrigt som är viktigt i ett läkarintyg/läkarutlåtande.

Syfte: Att läkaren ska få ett kompletterande underlag av arbetsterapeuten inför bedömning av patientens funktions- och aktivitetsbegränsningar. Ett annat syfte är att arbetsterapeuten kan bidra till att stärka och utveckla patientens arbetsförmåga, beskriva behov av arbetshjälpmedel och initiera arbetslivsinriktade åtgärder i syfte att öka möjligheterna för patientens återgång i arbete eller som arbetssökande.

Mål/förväntat resultat

1. Läkarens bedömning blir mer rättsäker för patienten och Försäkringskassan får ett underlag av högre kvalitet.
2. Läkaren kan genom punkt 1 ovan vinna patienttid för vård och behandling genom att ägna mindre tid åt att komplettera medicinska underlag.
3. Patienter med psykiatrisk funktionsnedsättning kan utveckla sin arbetsförmåga och återgå i arbete eller arbetssökande.

Metod

Den initialt planerade utvärderingen kom inte till stånd. Landstinget hade svårt att få fram en lämplig kandidat för att genomföra utvärderingen. Först under maj 2014 fick Marie Magnusson, Försäkringskassan namnet på en intresserad forskare vilket ledde till en kontakt med Marie-Louise Schult. En ny utvärdering planerades tillsammans med Marie-Louise Schult, leg arbetsterapeut, docent, Monika Löfgren, leg sjukgymnast, docent och Jan Ekholm, fd överläkare, professor emeritus, samtliga är verksamma vid Karolinska Institutet, enheten för Rehabiliteringsmedicin, inst Kliniska Vetenskaper, Danderyds sjukhus. Utvärderingen skulle innehålla:

- Kvalitativ jämförelse av intyg skrivna före projektet och under projektet (granskning enligt mall)
- Kartläggning och beskrivning av arbetsterapeuternas interventioner
- Patienternas nöjdhet med arbetsterapeuternas interventioner (enkät)
- Berörda enheters läkare och behandlares nöjdhet och erfarenheter (gruppintervjuer och enkät)
- Försäkringskassans nöjdhet och erfarenheter

Resultat

Jämförelse av läkarutlåtanden skrivna före och under projektet.

Metod

D-F-A-kedjan anses vara ett viktigt underlag för Försäkringskassans beslut om eventuella ersättningar från socialförsäkringarna. Som bekant står D för ICD-kodad Diagnos, F för Funktionsnedsättning (status och objektiva undersökningsfynd på organsystemnivå) och A för Aktivitetsbegränsning (disability), dvs hur sjukdomen/skadan begränsar patientens förmåga till aktivitet på individnivån. D-F-A-kedjan skall framgå så klart som möjligt i läkarintyg och läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH). I LUH anges D i fält 4, F i fält 3 och A i fält 5. I analysen av detta projekt har en metod utvecklats för att mäta kvaliteten i innehållet i fält 5. I WHO:s International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), som är grunden för kategorisering av funktionstillstånd, finns bl.a. ett helt avsnitt om aktiviteter och delaktighet med flera kapitel. Metodiken framtagen för detta projekt är att räkna hur många uppgifter om aktivitet som angetts i Fält 5 i LUH före och efter tillgång till arbetsterapeut. Som kriterium på aktivitet har kategorierna i ICF-använts. Tre-siffernivån har använts. Om man skulle ha använt 3-siffernivån och 4-siffernivån blandat blir resultaten inte jämförbara. Det förekommer att annat än aktivitet/aktivitetsbegränsningar anges i fält 5 men ingen minuspoäng har givits för det. Dessutom, om det har angetts i LUH att en aktivitetsutredning bifogats, så att även dessa aktiviteter/aktivitetsbegränsningar blivit tillgängliga för Försäkringskassan, så har även de räknats. Om det i fält 5 i LUH hänvisats till en arbetsterapeutisk utredning och några aktivitetskategorier som angivits i fält 5 och i utredningsrapporten varit samma, har de räknats som en poäng (således ingen felaktig dubblering av poäng). Analysen genomfördes på totalt 72 LUH från två olika mottagningar. Ett material (18 före och 18 under projekttiden) har analyserats parvis och ett annat (20 före och 16 under projekttiden) med jämförelse av medeltal.

Resultat

Vid analys av dessa 18 patienters LUH (se tabell 1 nedan) (efter så många kompletteringar som blev möjliga) fanns 66 aktivitetsbegränsningar (enl. ICF-kategorier) angivna i fält 5 före och 118 under projekttiden med tillgång till arbetsterapeut. LUH fält 5 hade således 52 fler aktiviteter angivna under projekttiden. Detta gäller trots att fyra bifogade utredningar saknas, trots försök att hitta dessa. Dessa markeras med x i tabellen. Man kan anta att de ej hittade bifogade utredningarna skulle ha bidragit till att skillnaden mellan före och efter projekttiden skulle bli ännu större än vad den nu visat sig vara. Resultatet kan tolkas som att projektet med arbetsterapeut lett till att Försäkringskassan fått ett väsentligt bättre underlag för sina beslut beträffande patientens aktivitetsbegränsningar, A:et i D-F-A-kedjan.

Tabell 1. ANALYS AV LÄKARUTLÅTANDEN OM HÄLSOTILLSTÅND, FÄLT 5 "HUR BEGRÄNSAR SJUKDOMEN PATIENTENS FÖRMÅGA/AKTIVITET PÅ INDIVIDNIVÅ (AKTIVITETSNIVÅ)", före och under tillgång till arbetsterapeut. PSM EÅV. (N=18+18=36), kompletterad. f: före. u: under

| Patient nr | Utlåtande datum 20- | ICD-kod | Fält 5 ICF score | Bif. utredning | Utredning | Diff. e-f | Anmärkning |
|------------|---------------------|------------|------------------|----------------|-----------|-----------|-------------|
| 1f | 130529 | F 811 | 2 | | | | |
| 1u | 140205 | | 5 | Aktiv.-utr. +x | | 3 +x | Bif. saknas |
| 2f | 130528 | F317 | 1 | | | | |
| 2u | 140203 | | 5 | | WRI, AWP | 4 | |
| 3f | 121012 | F412 | 5 | | | | |
| 3u | 140704 | | 0 | | | -5 | 2 läk |
| 4f | 120509 | F331 | 4 | | | | |
| 4u | 140310 | | 10 | | AT bed | 6 | |
| 5f | 110523 | F988 | 6 | | | | |
| 5u | 141201 | | 6 | | | 0 | |
| 6f | 121010 | F331 | 4 | | | | |
| 6u | 140605 | | 7 | | | 3 | |
| 7f | 120903 | F600, F419 | 1 | | | | |
| 7u | 150126 | | 1 | | | 0 | 2 läk |
| 8f | 120618 | F431 F410 | 2 | | | | |
| 8u | 14061 | | 3 | | | 1 | |
| 9f | 130529 | F449 F349 | 5 | | | | |
| 9u | 141219 | | 7 | | | 2 | |
| 10f | 110610 | F313 | 2 | | | | |
| 10u | 140622 | | 7 | | | 5 | |
| 11f | 130318 | F412 | 11 | | | | |
| 11u | Efter 140703 | | 11 | | | 0 | |
| 12f | 1110025 | F331 | 3 | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|----------|--------------|------------------------------|------------------|------------------------|---------------------|
| 12u | 141119 | | 7 | Aktivitet. Utr x | 4 +x | Bif sakn |
| 13f | 130327 | | 4 | | | |
| 13u | 141230 | | 6 | AT be-dömn x | 2 +x | Bif sakn |
| 14f | 121011 | F845 | 4 | | | |
| 14u | 140331 | | 5 | AT bed x | 1+x | Bif sakn |
| 15f | 130508 | F608 | 2 | | | |
| 15u | 140622 | | 7 | AT bedö. | 5 | |
| 16f | 120917 | F845 F33 | 4 | | | |
| 16u | 131025 | | 5+8= 13 | Akt utr 13 | 13-4=9 | Bif utr erhållen |
| 17f | 2011, ca | F348 F401 | 4 | | | |
| 17u | 140130 | | 6 | AT utr x | 2 +x | Bif saknas |
| 18f | 091208 | F349 | 2 | | | |
| 18u | 131022 | | 0+12 | AT bed 12 | 12-2=10 | Bif utr erhållen |
| summa | | | före 66 under 118 | | Skillnad 52 | |

Materialet från PSM FS har analyserats på ett annat sätt. Här föreligger inte parvisa före-efter LUH. Därför har ett medelvärde för "ICF score" (antal aktiviteter enligt ICF) räknats ut för projektgruppen/studiegruppen som haft tillgång till arbetsterapeut och det ska jämföras med ett likartat antal LUH från tiden innan tillgången på arbetsterapeut fanns. Det fanns 16 patienter i materialet, som nu har kompletterats med bifogade utredningsrapporter (Tabell 2A). Summa 76 ICF score poäng blev resultatet för projektgruppen. Medelvärdet blev 4,75.

Motsvarande beräkning av "ICF score" i fält 5 för jämförelsegruppen, då det inte funnits tillgång till arbetsterapeut, gav summan 63 som ska divideras med 20 för att ge medelvärdet 3,15. Det kan således konstateras att medelvärdet av antalet angivna aktivitetsuppgifter ("ICF score") i Fält 5 i LUH var betydligt högre i projektgruppen än jämförelsegruppen, 4,75 jämfört med 3,15. Detta kan tolkas som att även med ett annat beräkningssätt får man ett likartat stöd för att tillgång till arbetsterapeut ger bättre underlag för Försäkringskassans beslut om olika ersättningar.

Tabell 2 A. ANALYS AV LÄKARUTLÅTANDEN OM HÄLSOTILLSTÅND, FÄLT 5 "HUR BEGRÄNSAR SJUKDOMEN PATIENTENS FÖRMÅGA/AKTIVITET PÅ INDIVIDNIVÅ (AKTIVITETSNIVÅ), UNDER TILLGÅNG TILL ARBETSTERAPEUT. PSM FS studiegrupp.

| Patient nr | Utlåtande datum 20- | ICD-kod | Fält 5 ICF score | Bifogad utredning | Utredning | Anmärkning |
|------------------------------|--------------------------------|---------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------|-----------------------|
| 20 | 140917 | F 609 | 3 | | | |
| 21 | 141031 | F412 | 3 | | Tolk. WRI, AWP | |
| 22 | 140821 | F412 | 3+8=11 | WRI, AWP 140604 8 nya akt (AT) | | bif. erhållen |
| 23 | 140404 | F331 | 3 | | | |
| 24 | 140909 | F431 | 2 | | | |
| 25 | 141230 | F840 | 4+ 7=11 | | AT bed +7 | Fält 5 forts erhållen |
| 26 | 140502 | F428 | 3 | | | |
| 27 | Efter 1400617 | F398 | 5 + 6=11 | Arb förm bed + 6 nya | | A bed erhållen |
| 28 | 141219 | F412 | 3 | | | |
| 29 | 140813 | F900 | 2 | | | |
| 30 | 140422 | F209 | 4 | | | |
| 31 | 141110 | F840 F1011 | 1+5=6 | Akt utr + 5 nya | | Utr erhållen |
| 32 | 140616 | F900B | 3 | | | |
| 33 | 141127 | F431 | 5 | | WRI AWP | |
| 34 | 141028 | F900B | 1 | | | |
| 35 | 140808 tillägg till LUH 140113 | | 5 | AT bed x | | Utr sakn |
| summa | | | Totalt antal aktiviteter=76 | | | |
| Medel aktivitetsbegr per LUH | | | 76/16= 4,75 | | | |

Tabell 2 B. ANALYS AV LÄKARUTLÅTANDEN OM HÄLSOTILLSTÅND, FÄLT 5 "HUR BEGRÄNSAR SJUKDOMEN PATIENTENS FÖRMÅGA/AKTIVITET PÅ INDIVIDNIVÅ (AKTIVITETSNIVÅ), FÖRE TILLGÅNGEN TILL ARBETSTERAPEUT. PSM FS. Jämförelsegrupp.

| Pat ient nr | Utl datum 20- | ICD- kod | Fält 5 ICF score | Anmärkning |
|------------------------------------|------------------|--------------|--|----------------------------------|
| 40 | 120926 | F401 F341 | 3 | |
| 41 | | F339 | 2 | +3 helt somatiska, ej medräknade |
| 42 | 121127 | F603 | 3 | |
| 43 | 121227 | F603 F90C | 4 | Tillägg 121220 saknas |
| 44 | 12 | F299 | 2 | |
| 45 | 120907 | F229 | 2 | |
| 46 | 120912 | F849 | 3 | |
| 47 | 121004 | F603 | 4 | |
| 48 | 120919 | F431 F106 | 2 | |
| 49 | 121122 | F220 F606 | 2 | |
| 50 | 121220 | F952 | 5 | |
| 51 | 120912 | F319 | 3 | |
| 52 | 121122 | F411 F339 | 4 | |
| 53 | 121203 | F401 | 3 | |
| 54 | 111220 | F428 F500 | 4 | |
| 55 | 121130 | F411 F329 | 5 | |
| 63 | 120819 | F431 F106 | 3 | |
| 66 | 120906 | F900B | 3 | |
| 67 | 121122 | F411 F339 | 5 | |
| 68 | 121128 | F331 | 1 | |
| summa | | | Totalt antal aktiviteter 63 | |
| Medel aktivitetsbegr per LUH | | | 63/20= 3,15 | |

Arbetsterapeuternas interventioner och bedömningar

Arbetsterapeuterna registrerade i efterhand baserat på journalanteckningar de bedömningsmetoder och interventioner som de använt i mötet med patienterna. Det finns data från 245 patienter registrerade.

De bedömningsmetoder som arbetsterapeuterna använt är de som rekommenderas av Försäkringskassan när man undersöker en persons förmåga på ett standardiserat sätt i relation till ett arbete/en arbetsuppgift i verklig eller simulerad miljö. Instrumentet Worker Role Intervju (WRI) (Braveman et al, 2005) användes på 245 patienter. The Worker Role Interview (WRI) är ett bedömningsinstrument vars syfte är att identifiera hur psykosociala och miljömässiga faktorer påverkar personers möjligheter att vara kvar i, återgå till eller skaffa ett arbete. En WRI bedömning genomförs genom en semistrukturerad intervju som sedan bedöms på en fyrgradig skattningsskala utifrån 16 olika variabler. Metoden är framtaget i Sverige och är ett bedömningsinstrument som används för att via observation bedöma en individs färdigheter vid utförandet av arbete. Instrumentet bedömer individens arbetsfärdigheter inom tre områden (14 variabler): motoriska färdigheter, processfärdigheter samt kommunikations- och interaktionsfärdigheter.

Instrumentet Assessment of Work Performance (AWP) användes i nästan lika många fall (n = 242) för att bedöma färdigheterna i arbete hos patienter med alla former av arbetsrelaterad problematik, dvs instrumentet är ej sjukdoms-, skade- eller diagnosbundet. Bedömning kan ske i olika arbetsrelaterade uppgifter och i såväl reell som mer artificiell miljö, dvs instrumentet är ej heller uppgifts- eller kontextbundet.

Vidare användes instrumentet Assessment of Motor Process Skills (AMPS) som används av arbetsterapeuter för att bedöma motoriska färdigheter och process- färdigheter (n = 6). AMPS är en observationsundersökning som tillåter samtidig undersökning av färdigheterna och dess inverkan på en individs förmåga att utföra hushålls- (instrumentella) eller personliga aktiviteter i det dagliga livet (ADL) men har även utvecklats mot arbete.

Arbetsterapeuterna var även involverade i formulering av intyg för patienter gällande LSS (lagen om särskilt stöd) (n = 10) och övriga intyg (n = 16).

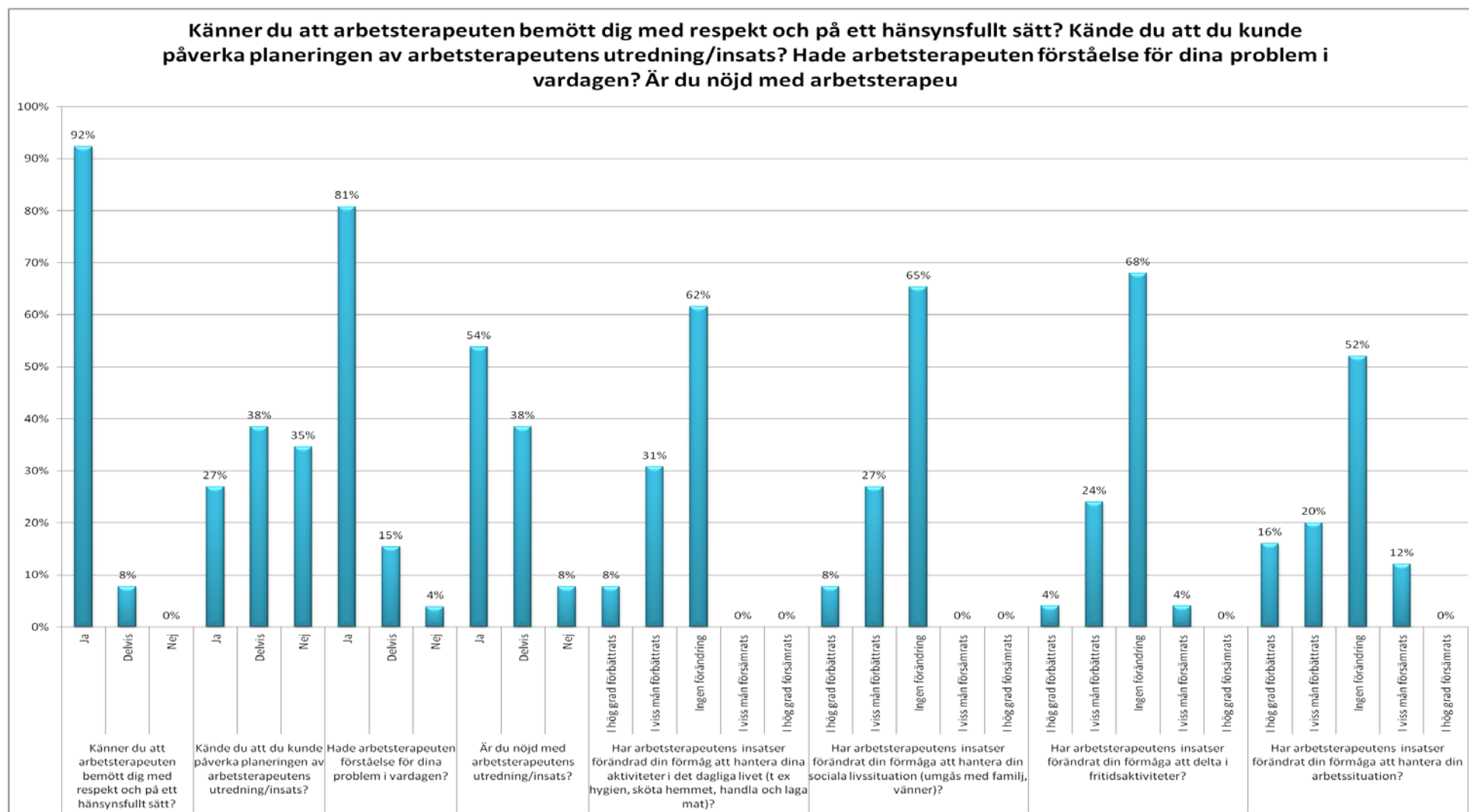
Övriga interventioner finns samlade i tabellen nedan där de mest frekventa interventioner som arbetsterapeuterna gett patienterna är råd och samtal (n = 69), försäkringsmedicinsk rådgivning till behandlingsansvariga (n = 68) samt hjälpmedelskonsultationer (n = 32).

Tabell 3. Beskrivning av bedömningar och interventioner som arbetsterapeuterna använt i sin kontakt med patienterna (n = 245)

| Intervention | Antal patienter |
|---------------------------------|-----------------|
| Råd och samtal | 69 |
| Kartläggning aktivitetsbalans | 10 |
| Hembesök | 5 |
| Arbetsplatsbesök | 1 |
| Hemuppgifter och uppföljning | 13 |
| Motiverande samtal | 74 |
| Stöd/struktur hemarbete | 20 |
| Försäkringsmedicinsk rådgivning | 68 |
| Avstämningsmöte | 9 |
| Kontakt samtal arbetsgivaren | 1 |
| Kontakt samtal FK | 4 |
| Minnesträning | 5 |
| Hjälpmiddelskonsultationer | 32 |
| Hjälpmiddels förskrivning | 24 |
| Hjälpmiddels uppföljning | 24 |
| Hjälpmiddels utprovning | 24 |

Ett frågeformulär skickades i efterhand till de patienter som behandlats av arbetsterapeut vid de båda mottagningarna. Av de som svarade är 63 % kvinnor och 38 % män. Det föreligger ett stort bortfall och resultaten baseras på 27 returnerade formulär alltså cirka 10 % svarsfrekvens (figur 1).

Patienternas nöjdhet med arbetsterapeuternas bemötande och interventioner



Läkares nöjdhet och erfarenheter

Sju läkare vid PSM FS deltog i en gruppintervju. Av dessa hade tre erfarenheter av arbetsterapeuterna, övriga var ST läkare, allmänläkare under randutbildning i psykiatri och läkare som genomförde sin AT-tjänstgöring och hade inte arbetat på mottagningen under den aktuella tiden.

Den allmänna uppfattningen var att man inte får tillbaka särskilt många intyg för komplettering, inga särskilda insatser har gjorts, förutom projektet med arbetsterapeut för att förbättra intygens kvalitet. De som hade arbetat med arbetsterapeuterna ansåg att dessa hade varit ett bra kompetenstillskott.

- Arbetsterapeuten var bra på att göra observationer, nu när kompetensen inte finns på mottagningen saknas möjligheten att praktiskt testa patientens förmåga
- Läkaren och arbetsterapeuten kunde se olika på arbetsförmågan, helhetsbilden kunde skilja sig åt och komplettera varandra
- Arbetsterapeuten kopplades in inför LUH vid oklara fall, när patienten hade stora begränsningar. Bedömningen kunde vara problematisk i fall när patienten inte var villig att medverka eftersom utredningen kräver patientens aktiva medverkan
- Arbetsterapeuten med sina objektiva test var ett stöd vid bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringspotential när patienten underskattar eller överskattar sin funktion
- För att samarbetet skulle fungera var det viktigt att arbetsterapeutens frågeställning var målinriktad
- Läkarna tyckte sig inte vara insatta i arbetsterapeutens kompetens och arbetsmetoder
- Läkare och arbetsterapeuter hade inte samarbetat eller kommunicerat i det gemensamma arbetet kring patienterna, men angav att det fanns behov av mer samverkan och kommunikation
- Arbetsterapeuten skulle kunna bidra vid neuropsykiatriska bedömningar och underlag för om DHD bedömning behövs, hjälpmedel för ADHD, behovet av denna typ av insatser är stort

Behandlingsansvarigas erfarenheter av värdet med arbetsterapeut i behandlingsarbetet med patienterna

Elva behandlare i teamen besvarade frågor kring arbetsterapeuten. Behandlarna tyckte att arbetsterapeuternas insatser var värdefulla, framförallt i arbetet med att bedöma patientens funktionsförmåga, men även i arbetet med planering och samordning. Framför allt nämndes nyttan av bedömningar inför ansökan om sjukförmåner, men även att arbetsterapeuterna var till hjälp under hela behandlingsprocessen.

Antalet patienter från respektive behandlare som hade haft kontakt med arbetsterapeut varierade från noll till 20 (i medeltal 5/behandlare).

Sju av elva behandlare önskade tillgång till en sådan resurs som arbetsterapeut på mottagningen. Exempel gavs att resursen skulle underlätta arbetet med LUH och i kontakten med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. En behandlare var positiv under förutsättning att det inte påverkar antalet behandlare negativt, en var negativ och önskade en terapeut i stället och två lämnade inget svar. Patienternas komplexa problembild motiverar behovet av arbetsterapeut.

Ett annat önskemål som framfördes var att arbetsterapeuten skulle kunna hjälpa till med förskrivning av hjälpmedel såsom bolltäckan.

Försäkringskassans erfarenheter av att ha arbetsterapeuter vid mottagningarna

Intervju med tre handläggare och en beslutsfattare på Försäkringskassan. Innan projektet hade handläggarna stora problem med medicinska underlag avseende sjukpenning och sjukersättning. Problemen var t.ex.

- Dåliga beskrivningar av aktivitetsbegränsningen
- Dålig beskrivning av prognos, motivering saknades ofta
- Patientens styrkor lyftes inte fram
- Information saknades om hur man kunde hjälpa personen vidare
- Intygen innehöll ofta hur många procent personen kunde arbeta vilket inte är bedömarens uppgift

Under de två år som arbetsterapeuterna varit verksamma har andra insatser gjorts parallellt för att förbättra intygen, vilket gör att det är svårt att generalisera vad förbättringen beror på. En del av de bekymmer som fanns tidigare kvarstår men man anser att intygen nu har bättre kvalitet än tidigare. Handläggarna anser att arbetsterapeuterna är ett ovärderligt tillskott av kompetens. Arbetsterapeutens bedömning bygger på observationer av vad patienten faktiskt gör, inte bra det som sägs. Praktiska moment där aktivitet och kroppsfunktioner prövas kan ge kompletterande underlag om hinder och resurser. Ett problem var att vissa av bedömningarna ansågs vara lite stereotypa och oflexibla. Detta kunde bero på bristande kunskap om metoderna hos handläggarna.

En rad förbättringar föreslogs

- Enheterna borde göra det tydligt hur arbetsterapeuternas kompetens kan användas på bästa sätt och när arbetsterapeuten ska komma in i bedömningsprocessen
- Försäkringskassans personal behöver bättre kunskaper om arbetsterapeutens bedömningsmetoder och arbetssätt
- När arbetsterapeuten gör en bedömning bör underlaget skickas med utlåtandet i sin helhet
- Försäkringskassan önskar mer direkt kontakt med arbetsterapeuten för att kunna förtydliga och komplettera otydligheter i bedömningen
- Arbetsterapeuten bör inte bara fokusera på hinder och begränsningar utan även lyfta möjligheter och förmågor som kan byggas vidare på. Man önskar att arbetsterapeuten kan vara delaktig i planering och undersöka förutsättningarna för patienten att komma vidare.
- Arbetsplatsbesök ansågs mycket värdefulla för den fortsatta planeringen och efterfrågades.
- När arbetsterapeuten väljer metod så bör det klart framgå att det är en aktivitetsbedömning alternativt i en simulerad arbetsuppgift som AWP så att det går att förstå skillnaden mellan en bedömning med test och en funktionsbedömning i aktivitet
- Ibland är läkarens och arbetsterapeutens beskrivningar tvärt emot varandra. De bör diskutera ihop sig innan bedömningarna skickas vidare. Det blir annars omöjligt för handläggaren att tolka underlaget.

Diskussion

Resultatet av den aktuella utvärderingen visar att arbetsterapeuternas insatser medförde att antalet beskrivna aktivitetsbegränsningar ökade väsentligt i de LUH som granskats, både vid en parvis upplagd jämförelse mellan LUH för samma patient före och under tillgång till arbetsterapeut och vid en

jämförelse mellan patienters LUH där tillgång till arbetsterapeut funnits och ett jämförelsematerial med andra patienter då man inte hade möjlighet att använda arbetsterapeut. Denna ökning kan eventuellt relateras till att arbetsterapeuterna fokuserar på aktivitetsförmåga.

Insatserna medförde även positiva förändringar för berörda läkare, behandlingspersonal, tjänstemän på Försäkringskassan och patienterna. Syftet med projektet, att läkaren skulle få ett kompletterande underlag av arbetsterapeuten inför bedömning av patientens funktions- och aktivitetsbegränsningar uppfylldes, arbetsterapeuterna genomförde bedömningar på 245 patienter och beskrivit vilka bedömningar och interventioner de har använt.

Det andra syftet, att arbetsterapeuten skulle bidra till att stärka och utveckla patientens arbetsförmåga, beskriva behov av arbetshjälpmedel och initiera arbetslivsinriktade åtgärder i syfte att öka möjligheterna för patientens återgång i arbete eller som arbets sökande är svårare att utvärdera. Arbetsterapeuterna har i hög utsträckning gett råd och samtalat med patienterna, provat ut hjälpmedel och gett försäkringsmedicinsk rådgivning. Resultatet av dessa åtgärder är synnerligen tidskrävande att utvärdera och det har ej varit möjligt inom det nuvarande projektets ram.

De personalgrupper som berörts av arbetsterapeuternas arbete är positiva till deras insatser och många uttrycker att det är ett värdefullt tillskott av kompetens som annars saknas.

I en utvärdering av ett liknande projekt i Göteborg (Andersson C, 2013) visades att andelen av Försäkringskassan godkända läkarutlåtanden ökade från 38 % till 99% när arbetsterapeuter medverkade i utredning och beskrivning av aktivitetsförmåga. I det aktuella projektet valdes metoden att räkna antalet beskrivna aktivitetsbegränsningar i stället. Metoden bygger på att i LUH identifiera aktiviteter enligt WHO:s internationella och väl etablerade kategoriseringssystem ICF. Denna metod bedöms vara minst lika känslig för förbättringar avseende antalet beskrivna aktivitetsbegränsningar. När arbetsterapeuterna i den aktuella utvärderingen medverkade i utredningarna ökade antal beskrivna aktivitetsbegränsningar betydligt. Detta kan anses visa att arbetsterapeuternas bedömningar var till stor nytta för läkarna när de skrev LUH och för Försäkringskassans handläggare när de med underlaget i LUH bedömde rätten till ersättning och form av ersättning.

Arbetsterapeuternas beskrivning av insatserna visar att de använt sig av standardiserade bedömningsmetoder (Assessment of Work Performance (AWP) och Assessment of Motor Process Skills (AMPS)). Detta skiljer sig från arbetsterapeuterna i utvärderingen från Göteborg (Andersson C, 2013) där arbetsterapeuterna hade olika kunskap och erfarenhet av att använda standardiserade instrument. Denna skillnad pekar på vikten av att arbetsterapeuter som delta i bedömning har utbildning i adekvata mätmetoder för att bedömningen ska ske med metoder som har visats vara valida och reliabla.

I intervjuerna med läkare och personal från Försäkringskassan framkom att så gott som ingen hade kunskap om arbetsterapeuternas bedömningsinstrument och arbetsmetoder. Läkaren och arbetsterapeuten hade ingen kommunikation om patienten eller om vad som skulle stå i intyget. När en ny kompetens tillförs en verksamhet så behöver de som arbetar i verksamheten kunskap om den nya kompetensen. I verksamheten behöver man föra en gemensam diskussion om hur den nya kompetensen ska användas för att patient och övriga personalgrupper ska få så stor nytta som möjligt av tillskottet och för att övriga ska veta vad som är möjligt att efterfråga från arbetsterapeuterna. Likaså är det en fördel om berörda handläggare på Försäkringskassan och arbetsterapeuterna samverkar för att den aktuella informationen ska bli så relevant som möjligt.