

Psykologers och läkares arbete med psykologutredningen vid aktivitetsförmågeutredning (AFU) – svårigheter och utmaningar

Ulf Jonsson
Marie Westin
Kristina Alexanderson

**Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska
Institutet**

Rapport, 5 maj 2014.

Rapporten kan laddas ner från Sektionen för försäkringsmedicins hemsida, den finns under Publikationer; Rapporter på www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

Den kan även beställas, se Kontakt på: www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet
171 77 Stockholm

Telefon: 08-524 832 24

Fax: 08-524 832 05

ISBN 978-91-7549-349-7

Innehåll

Sammanfattande slutsatser	2
Inledning.....	4
Syfte	5
Metod	5
Intervjuer	5
Urval och inbjudan.....	5
Genomförande.....	6
Utlåtanden.....	6
Databearbetning och analys	6
Etik.....	7
Resultat.....	7
Oklara frågeställningar	8
Flexibilitet kontra standardisering	9
Information och delaktighet.....	11
Samarbete mellan läkare och psykolog	13
Heterogen dokumentation.....	14
Komplicerade bedömningar	15
Etiska aspekter	16
Diskussion	17
Referenser.....	20
Bilaga 1	21
Bilaga 2	22

Sammanfattande slutsatser

Inom den nyligen framtagna modellen för aktivitetsförmågeutredning (AFU) av sjukskrivna personer har utredande läkare möjlighet att beställa en psykologutredning, om en sådan utredning bedöms kunna få avgörande betydelse för bedömningen. Psykologens undersökning består av ett testbatteri för att mäta psykiska funktionsnedsättningar avseende minne, inlärning, koncentration, exekutiva funktioner och psykisk uthållighet. Begåvningsstestet Wechsler Adult Intelligence Scale IV (WAIS-IV) ingår som en obligatorisk del, medan andra test avseende minne och exekutiva funktioner kan användas vid behov.

Syftet med denna studie var att identifiera svårigheter och utmaningar i läkares och psykologers praktiska arbete med psykologutredningen inom AFU:n. Underlaget till rapporten utgörs dels av intervjuer med sex psykologer och sex läkare med erfarenhet av psykologutredningar inom AFU, dels av 19 oidentifierade psykologutlåtanden med tillhörande läkarbedömning av medicinska förutsättningar för arbete. Tematisk innehållsanalys har använts för att identifiera delar i arbetsprocessen som kan förbättras. På ett övergripande plan framstår det som centralt att de läkare och psykologer som arbetar med AFU får kontinuerlig utbildning, för att säkerställa att arbetssättet är enhetligt och rättssäkert. Med utgångspunkt i resultaten har vi formulerat sju tänkbara områden för fortsatt utvecklingsarbete:

1. *Oklara frågeställningar.* Det finns behov av att klargöra vilka frågor psykologutredningen kan bidra till att besvara. Läkarnas frågeställningar till psykologerna var ofta formulerade oprecist eller saknades helt. Det framkom även att läkare ofta efterfrågar psykologisk expertis för att bedöma andra aspekter än de som täcks av det testbatteri som ingår i AFU. Detta står i kontrast till Försäkringskassans uppmaning att läkarna bör ha en klar uppfattning om vilken information som kan tillföras via psykologutredningen samt vilken tydligt formulerad fråga som utredningen avser besvara.
2. *Flexibilitet kontra standardisering.* Det är viktigt att ta ställning till hur behovet av ett standardiserat arbetssätt ska balanseras mot möjligheten att anpassa utredningen utifrån läkarens frågeställning och den försäkrades förutsättningar. Såväl praktiska som etiska invändningar anfördes mot att genomföra hela WAIS-IV i samtliga psykologutredningar. Det fanns också önskemål om att vid behov kunna utvidga utredningen till att omfatta affektiva aspekter – dels eftersom många läkare efterfrågar detta, dels för att det ofta inte går att bedöma kognitiva funktionsnedsättningar utan att samtidigt ta hänsyn till affektiva funktioner.
3. *Information och delaktighet.* Det är angeläget att ta ställning till vilken information den försäkrade behöver få inför psykologutredningen och hur denna information ska förmedlas. Ingen enhetlig information tillhandahålls idag. Försäkringskassans strävan mot ökad transparens och delaktighet skulle kunna gynnas av tydligare information om vad psykologutredningen innebär, vad utredningen kan komma att visa, hur resultaten dokumenteras och används i handläggningen, vilka konsekvenser resultaten kan få, och vilka konsekvenser det kan få om den försäkrade väljer att avstå från hela eller delar av psykologutredningen. Vidare är det viktigt att kunna motivera för den försäkrade varför de olika momenten i utredningen behövs. Flera psykologer och

läkare betonade även att det är viktigt att psykologen själv återkopplar resultaten av sin utredning till den försäkrade.

4. *Samarbete mellan läkare och psykolog.* Båda yrkeskategorierna betonade vikten av en ömsesidig dialog både om hur frågeställningar ska formuleras och om vad psykologutredningens resultat betyder i termer av medicinska förutsättningar för arbete. Följaktligen tycks uppgifter som enligt Försäkringskassans beskrivning åligger läkaren i praktiken delvis utföras av psykologen. Arbetsfördelningen kan behöva klargöras och återspeglas i Försäkringskassans utbildningar för psykologer och läkare.
5. *Heterogen dokumentation.* Det kan finnas skäl att sträva efter att både psykologernas utlåtanden och läkarnas dokumentation av nivåbestämningarna ska bli tydligare. Det kan även behöva klargöras hur allmän begåvning ska redovisas och i vilken utsträckning bedömning av prognos ska inkluderas i psykologens utlåtande.
6. *Komplicerade bedömningar.* Det kan vara befogat med åtgärder för att säkerställa att de nivåbestämningar som bygger på psykologutredningar görs på ett likartat sätt landet över. Flera läkare och psykologer uttryckte att det kan vara svårt att avgöra vad resultaten av psykologens utredning betyder i termer av aktivitetsbegränsning. En viktig uppgift är att klargöra kopplingen mellan psykologens mätinstrument och de deskriptorer som utgör stöd för nivåbestämningen av aktivitetsbegränsningar. Exempelvis mäter psykologens instrument ofta graden av funktionsnedsättning, medan deskriptorerna ofta är angivna i termer av frekvens (hur ofta svårigheter förekommer).
7. *Etiska aspekter.* Etiska överväganden aktualiseras av flera moment i utredningen. Det är viktigt att säkerställa att utredningen inte innebär onödiga påfrestningar för den försäkrade eller upplevs som integritetskränkande.

Inledning

Med den nyligen framtagna modellen för aktivitetsförmågeutredning (AFU) har ambitionen varit att uppnå ökad enhetlighet, ökad rättssäkerhet, och ökad delaktighet vid prövning av personens förmåga mot normalt förekommande arbeten från och med 180 dagars sjukskrivning [1]. AFU innehåller olika moment: ett självrapporteringsformulär om förmågor som den försäkrade fyller i; en klagörande intervju för fördjupning och nyansering av de självrapporterade uppgifterna; observation av psykisk och kroppslig status; en basal kroppsundersökning; och en strukturerad psykiatrisk intervju [2].

Utredningen ska klargöra vad den försäkrade klarar av att utföra trots sjukdom eller skada. Fokus för undersökningen är att definiera den försäkrades förmågeprofil, vilken utgörs av bedömningar av aktivitetsbegränsningar relaterade till ett antal centrala funktioner. Så kallade nivåbestämningar görs på en skala från 0 (ingen/obetydlig) till 4 (mycket stor/total) för varje funktion. Eventuella aktivitetsbegränsningar ska specificeras, och i de fall aktivitetsbegränsningen är måttlig eller större ska en till tre koder anges enligt International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [3]. Bedömningen ska även motiveras och värderas av den utredande läkaren. Som stöd i nivåbestämningarna har läkaren så kallade deskriptorer, vilka avser att på ett vägledande sätt exemplifiera vad förmågorna avser och hur de kan mätas.

Läkaren kan vid behov komplettera sin utredning med en utvidgad utredning av arbetsterapeut, psykolog eller fysioterapeut (tidigare kallad sjukgymnast) [4]. En sådan utvidgad undersökning är befogad om den försäkrades förmågeprofil är svår att bestämma med tillgänglig information, samt om de oklarheter som finns kan förväntas klaras ut och få betydelsefull inverkan på förmågeprofilen. Psykologen, arbetsterapeuten eller fysioterapeuten som genomför den utvidgade undersökningen ska ge återkoppling vid själva undersökningstillfället och tydliggöra för den försäkrade att det är läkaren som gör den sammantagna bedömningen. Med utgångspunkt i resultaten från den utvidgade undersökningen ansvarar läkaren för bedömningen av den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete. Läkarens utredning genomförs ofta under en dag, medan en eventuell utredning av psykolog, arbetsterapeut eller fysioterapeut genomförs senare.

Denna rapport fokuserar på de fördjupade psykologutredningarna. Psykologutredningen inom AFU består av ett testbatteri som är avsett att mäta psykiska funktionsnedsättningar [4]. Testerna som ingår är valda utifrån att de fångar funktioner som är av intresse för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete, såsom exekutiva funktioner, minne, koncentration och inläring.

De tio ordinarie deltesten ur Wechsler Adult Intelligence Scale IV (WAIS-IV) [5] ingår som en obligatorisk del. WAIS-IV är ett begåvningsstest för vuxna, som ger möjlighet att beräkna intelligenskvoten, samt index för verbala funktioner, perceptuell funktion, arbetsminne och snabbhet. Utöver WAIS-IV har psykologen möjlighet att välja ytterligare några mätinstrument, beroende på frågeställningen. För att mäta olika aspekter av minnesförmåga kan psykologen använda Rey Complex Figure Test (RCFT) [6] och tre deltest ur Wechsler Memory Scale III (WMS-III) [7]. För bedömning av exekutiva funktioner kan psykologen använda Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) [8], vilket är ett formulär med 75 påståenden som den försäkrade ska ta ställning till.

I en beskrivning av testbatteriet för psykologisk utredning vid AFU, sammanställd av neuropsykolog Håkan Nyman, ges vissa riktlinjer för hur resultaten ska sammanställas och några hållpunkter avseende resultatens prediktiva värde [9]. Bland annat betonas att sammanställningen av testresultaten bör innehålla en bedömning av prognos, där det framgår hur sannolikt det är att funktionsnedsättningar återvinns och i vilket tidsperspektiv detta kan förväntas att ske.

I sin slutrapport om utvecklingen av AFU [1] angav Försäkringskassan att det framkommit synpunkter om att testbatteriet i den utvidgade psykologutredningen kan vara för omfattande, att det inte omfattar vissa väsentliga aspekter och att det är mycket svårt att hantera språkbaseerade test med hjälp av tolk. Psykologförbundet skriver i ett remissvar till Försäkringskassan att de ser det som positivt att man skapat en enhetlig och standardiserad undersökning, och att en bedömning av arbetsförmåga och rätt till ersättning inte får variera beroende på vem som gör utredningen. Samtidigt skriver de att det är viktigt att vara medveten om att en utredning som denna kan upplevas som integritetskränkande, och att det därför är viktigt att den försäkrade får tydlig information om varför man har en standardiserad utredningsmetod samt om vad resultaten av utredningen kan komma att visa.

Såväl utredande läkare som psykologer har fått utbildning av Försäkringskassan i hur utredningarna ska genomföras. Användande av AFU introducerades på försök i åtta landsting/regioner under hösten 2013.

Syfte

Det övergripande syftet med denna studie var att identifiera svårigheter och utmaningar i psykologernas och läkarnas arbete med psykologutredningen inom AFU, för att skapa ett underlag för fortsatt utvecklingsarbete.

Metod

I syfte att identifiera svårigheter och oklarheter i arbetet med den utvidgade psykologutredningen inom AFU har vi använt två informationskällor. Den ena källan är individuella intervjuer med läkare och psykologer som har erfarenhet av utvidgade psykologutredningar vid AFU. Den andra är aidentifierade psykologutlåtanden vid AFU, med tillhörande läkarbedömning av medicinska förutsättningar för arbete.

Intervjuer

Urval och inbjudan

Försäkringskassan tillhandahöll kontaktuppgifter till psykologer och läkare med erfarenhet av psykologutredning inom AFU. Läkare och psykologer verksamma i Västra Götaland, Skåne och Stockholm rangordnades utifrån hur många AFU med psykologutredning de genomfört enligt tillgänglig dokumentation. Därefter kontaktades de som genomfört flest inom respektive region. De kontaktades via e-post med information om studien och inbjudan att delta. Därefter kontaktades de via telefon. Datainsamlingen pågick tills minst sex psykologer och sex läkare intervjuats, varav minst en av vardera yrkeskategori från var och en av de tre regionerna.

Sammanlagt 18 personer (åtta psykologer och tio läkare) kontaktades. Av dessa intervjuades 12 (sex psykologer och sex läkare). De övriga sex kunde antingen inte nås per telefon, eller hann inte intervjuas inom projektets tidsram. Ingen avböjde deltagande. Fem av de intervjuade var kvinnor och sju var män. De intervjuade psykologerna hade genomfört mellan fem och 15 utredningar inom AFU och de intervjuade läkarna hade erfarenhet av mellan två och 20 utvidgade psykologutredningar. Det relativt begränsade antalet psykologutredningar förklaras av att AFU inte hade använts så länge och antalet AFU-remisser under studieperioden hade varit lägre än förväntat.

Genomförande

Intervjuerna genomfördes via telefon och följde en på förhand definierad intervjuguide. Intervjuguiden var i stora drag gemensam för läkarna och psykologerna, men vissa frågor anpassades för respektive yrkeskategori (se bilaga 1-2). De övergripande områden som täcktes var kommunikationen mellan psykologen och läkaren respektive med den försäkrade, testbatteriets utformning samt arbetet med att tolka testresultaten i termer av medicinska förutsättningar för arbete. Intervjuguiden var utformad i ett semistrukturerat format, med utrymme för följdfrågor. Intervjuerna varade mellan 21-54 minuter, med ett genomsnitt på 38 minuter. Intervjuerna genomfördes av en intervjuare (UJ) mellan 2014-02-10 och 2014-03-13.

Utlåtanden

Under sommaren och hösten 2013 tillhandahöll Försäkringskassan 19 avidentifierade psykologutlåtanden med tillhörande läkarbedömning av den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete. Dessa utlåtanden granskades avseende följande aspekter:

1. Frågeställningens utformning
2. Vilka tester som använts
3. Hur resultaten av psykologutredningen redovisats
4. Hur sammanfattningen beskrev prognosen av de eventuella funktionsnedsättningar som uppmätts
5. Hur läkaren specificerat och motiverat sin bedömning av förmågor relaterade till psykiska funktioner

Databearbetning och analys

Intervjuerna spelades in och en skrivbyrå anlätades för att transkribera intervjuerna ordagrant. I samband med transkriberingen avidentifierades utlåtanden. En av rapportförfattarna (UJ) använde tematisk innehållsanalys [10] för att identifiera övergripande teman avseende svårigheter och utmaningar i arbetet. Först lästes de transkriberade intervjuerna upprepade gånger. Därefter identifierades meningsbärande enheter relaterade till svårigheter och otydligheter i arbetsprocessen. Dessa enheter kategoriserades utifrån innehåll. Slutligen definierades övergripande teman. Ytterligare en rapportförfattare (MW) läste samtliga intervjuer och utlåtanden, i syfte att kvalitetssäkra analyserna. Samtliga författare diskuterade och modifierade gemensamt de teman och kategorier som framkom.

Även informationen som framkom vid granskningen av utlåtanden har vägts in i analyserna. Detta är redovisat som antalet utlåtanden som innehöll eller saknade en viss typ av information. Denna information användes för att verifiera uppgifterna från intervjuerna.

Etik

Projektet har granskats och godkänts av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

Resultat

I analyserna identifierades sammanlagt sju teman rörande oklarheter eller svårigheter i arbetet med den utvidgade psykologutredningen inom AFU och inom varje tema identifierades en eller flera kategorier (Tabell 1).

Tabell 1. De teman och kategorier som identifierats i analysen av intervjuer med utredande läkare och psykologer

Teman	Kategorier
Oklara frågeställningar	-Frågeställningens utformning
Flexibilitet kontra standardisering	-Testbatteriets utformning -Aspekter som saknas -Olika behov -Klinisk bedömning
Information och delaktighet	-Information till den försäkrade inför utredningen -Återkoppling
Samarbete mellan läkare och psykolog	-Formulering av frågeställningen -Arbetsätt vid nivåbestämning -Informell kommunikation
Heterogen dokumentation	-Psykologens utlåtande -Läkarens sammanställning
Komplicerade bedömningar	-Skalan vid nivåbestämning -Prognosbedömning
Etiska aspekter	-Etik vid begåvningsstestning -Beaktande av målgruppen

Nedan återges varje tema som en underrubrik, medan de ingående kategorierna anges i fet kursiverad stil. Kategorierna illustreras med direkt återgivna citat från intervjuerna. Varje deltagare har tilldelats ett godtyckligt nummer. Detta nummer anges inom parentes efter respektive citat, där psykologerna har nummer 1-6 och läkarna har nummer 7-12. För att ge en bild av hur vanligt förekommande olika uppfattningar var bland de intervjuade har uttrycken en, några och flera använts.

Informationen från granskningen av de 19 utlåtandena är invävd i resultattexten under respektive kategori.

Oklara frågeställningar

Ett av de sju tematan handlade om hur läkaren formulerat frågeställningarna till psykologen. Detta tema innehöll en kategori av uttalanden om hur frågeställningen utformats.

Frågeställningens utformning: Bland de nitton granskade utlåtanden saknades specifik frågeställning helt och hållet i två. Ytterligare sju utlåtanden hade frågeställningar som helt eller delvis rörde aspekter som inte explicit täcks av psykologutredningen, som psykiatriska diagnoser eller personlighetsaspekter. Exempelvis förekom frågeställningar om i vilken mån den försäkrades symtom kan förklaras av posttraumatiskt stressyndrom och om det finns risk för fortsatta psykiatriska problem till följd av sårbarhet i personligheten.

Flertalet utlåtanden hade frågeställningar kring flera specifika kognitiva funktioner, som minne (9 utlåtanden), koncentration (7 utlåtanden), exekutiva funktioner (6 utlåtanden), psykisk uthållighet (5 utlåtanden) och allmän begåvning (2 utlåtanden). En mer allmän frågeställning om kognitiv svikt förekom i 5 utlåtanden.

I intervjuerna beskrev flera psykologer att frågeställningarna ofta är bristfälliga.

Generellt så är det väldigt sällsynt med frågeställningar. (2)

Jag uppfattar att för det mesta så har det inte funnits en frågeställning, förrän jag har frågat efter det. (3)

En del läkare har glömt att skriva någon frågeställning. De är vana att arbeta med sådana här TMU med oss då, och då har de ingen frågeställning så jag tror det är därför det faller bort. Nu var det en läkare som skriver, kognitiv förmåga eller minnesfunktion eller lite mer så här lite allmänt. Sedan har det varit också läkare som har skrivit mer specifikt och förklarat sin egen fråga utifrån sina egna observationer då eller funderingar efter deras besök. Och det är naturligtvis det bästa, tycker jag, då kan man verkligen besvara och få en dialog med läkaren om just de svårigheter som de funderar på. (1)

Några psykologer beskrev att läkarna ibland vill ha svar på andra frågor än de som psykologutredningen inom AFU är avsedd för och att läkarna ibland kan vara osäkra på när det är befogat med en psykologutredning.

De undrar egentligen inte så mycket kring kognitiv funktion eller så utan de undrar egentligen mest, vad är det med den här patienten, är hon deprimerad eller har hon ångest. (3)

Läkarna är också ovana vid att skriva riktade frågeställningar och jag tror inte heller att de förstår vad de kan få svar på. I ett fall, där jag faktiskt fick en riktad frågeställning, då handlade det om de bakomliggande personlighetsfaktorerna. Och det har jag ju ingen möjlighet att besvara, inte utifrån testresultat osv. (6)

Jag tror att ett av problemen med AFU det är väl att, kan jag tänka mig, att läkarna känner sig ensamma i sina bedömningar och ska göra den här ganska omfattande utredningen helt själva. Jag tror det kan vara ett skäl till att man faktiskt drar in andra, även när det kanske inte alltid är rätt indikationer. Det förstår jag verkligen att man gör. (2)

Flexibilitet kontra standardisering

Inom temat *flexibilitet kontra standardisering* identifierades fyra kategorier med uttalanden om utmaningar relaterade till det standardiserade förfarandet vid AFU.

Testbatteriets utformning: Hela WAIS-IV hade genomförts i 11 av de 19 psykologutredningar som granskades, medan valda delar av WAIS-IV hade använts i de övriga. WMS-III hade använts 11 utredningar och RCFT i 9 utredningar.

Flera av de intervjuade psykologerna och läkarna ställde sig tveksamma till om det är befogat att göra hela WAIS-IV på samtliga de försäkrade som genomgår psykologutredningen. De hänvisade bland annat till tidsåtgången, bristande relevans samt onödigt belastningen för den försäkrade. Några betonade även att en uppskattning av begåvningsnivån kan åstadkommas utan att hela WAIS-IV genomförs.

Naturligtvis vill man ha någon slags grov uppskattning av vilken begåvningsnivå en patient har, men det skulle man ju kunna åstadkomma lättare än att göra en hel WAIS-testning. Så det relevanta vore egentligen att titta på de intellektuella funktioner som kan vara påverkade av den sjukdom de har. ... Och då hamnar det i att man borde göra betydligt mer vad gäller minne, koncentrationsförmåga, psykomotoriskt tempo, exekutiv förmåga, däremot inte lägga ner något jättekrut på verbalt och spatiala förmågor. (6)

Jag tycker att har man t.ex. en normalbegåvad person, där det handlar mer om ångest och depression så behöver man inte göra 3-4 deltest som handlar om ens verbala förmåga t.ex. Där räcker det kanske att man gör ett, för det är inte det, det handlar om. (5)

En psykolog resonerade kring att det kan vara relevant att testa begåvning, men att det då kan göras i samråd med den försäkrade.

Det är klart att det kan finnas tillfällen när det är indikerat också, men att man kanske också kan göra det i samråd med patienten då. Så att det ska vara så transparent som möjligt det som testerna faktiskt visar. (3)

Några av de intervjuade argumenterade för att det var värdefullt att göra hela WAIS-IV på samtliga som genomgick psykologutredningen.

Jag tycker att det mycket väl kan ingå som en del i den här standardscreeningen, att man i alla fall får en viss uppfattning om var begåvningsnivån ligger och om det finns anledning att fördjupa den delen av utredningen i så fall. ... Det går faktiskt att missa. (11)

Jag tycker nog det är ganska bra att man har en del som är obligatorisk, att det här ska alla göra, därför att annars hamnar man för mycket i det här att man själv ska välja olika delar. Och då blir det ju lite mindre lika för alla, och det kanske är bra att det finns en grund eller så som alla gör. (1)

Andra menade att testbatteriet som helhet är för omfattande.

Jag tycker väl generellt att det är alldeles för stort batteri över huvud taget. (2)

Man bör se över det här testbatteriet kanske och fundera ett steg till, alltså vilka kognitiva funktioner som är relevanta att titta närmare på när det gäller personer som är sjukskrivna. (6)

Aspekter som saknas: Det framkom några exempel på aspekter som inte fångas av testbatteriet. Några psykologer nämnde att det med tanke på en försäkringsmedicinsk kontext, vore befogat att inkludera test för att kontrollera i vilken utsträckning den försäkrade anstränger sig i testsituationen. En psykolog inkluderade ofta Continuous Performance Test för att mäta uppmärksamhet. Några psykologer nämnde att det vore bättre att testa exekutiva funktioner med neuropsykologiska tester, i stället för att förlita sig på de självrapporterade uppgifterna i BRIEF.

Flera läkare och psykologer påpekade att det kan finnas behov av att psykologutredningen även täcker affektiva funktioner.

Jag har ju förstått det som att fokus ska vara på intellektuella funktioner, och det som man inte får ut, det är naturligtvis affektiva funktioner, som jag ofta uppfattar att läkaren ändå vill ha någon slags alltså bedömning utav hur patienten fungerar rent känslomässigt, stresstolerans osv. Det är ju endast indirekt möjligtvis man kan få reda på det via testbatteriet.(6)

Jag kan tycka att det är ett lite missutnyttjande av psykologens kompetens då, att man kanske missar, ja jag menar krissituationer, tvångssyndrom eller andra sådana där liknande saker, som kan vara jättehandikappande, som en läkare kan missa.(2)

Olika behov: Några läkare nämnde att behoven kan vara olika beroende på om beställaren av psykologutredningen är psykiatriker än exempelvis allmänläkare eller ortoped.

Ja, jag tänker mig att en psykiatriker behöver kanske bara ta reda på hur är den här personen testad, hur är minnesfunktionen till exempel, och fråga om det. Där kan nog ren testning räcka kanske. (8)

Jag tycker att psykiatern ska egentligen vara bättre rustad att bedöma grad av depression och typ av depression och sådana saker och även ångestsyndromen alltså, det ska psykiatern ta hand om. (11)

Klinisk bedömning: Några psykologer och läkare menade att det är viktigt att psykologen är erfaren och gör en samlad klinisk bedömning. Några betonade även att det kan vara svårt att bedöma kognitiva funktioner, utan att samtidigt ta hänsyn till exempelvis affektiva funktioner, anamnestiska uppgifter och kontexten.

Det handlar ju väldigt mycket om klinisk blick, även om jag vet att det inte är standardiserat, men det handlar väldigt mycket om den sammantagna bilden och liksom bedömningen. (10)

Ja, jag tycker att de blir lite lösryckta. Vi har väldigt lite information från början och i psykologdelen så ingår det en kort intervju, men inte anamnes och att sätta det i samband och bedömning av affektiv funktion eller vad det nu kan vara som påverkar. Jag tycker det blir väldigt svårtolkat. (3)

Om en person säger, jag är stresskänslig, och har mycket affektiva svårigheter så är det klart att det påverkar kognitionen och då måste jag ju intervjua om det innan och ta reda på hur det ser ut... Så det blir ju alltid att man intervjuar något om det affektiva och att man ser ju också hur det spelar ut efter någon timme eller två så kan man ju se, om de blir tröttare eller hur de håller ihop. Så det känns ju som att jag oftast ger sådan information också till läkarna. (4)

På en övergripande nivå återkom flera av de intervjuade till att de upplever att formatet för psykologutredningen är oflexibelt.

Det som jag hela tiden hör från psykologerna och det är ju det här att det är för smalt, för stramt och de här metoderna är väldigt långa, stora och dessutom har jag förstått att har man gjort några av de här, så kan man inte göra om dem. (10)

Det hade varit bättre om det hade varit lite mer flexibelt, att man kunde plocka lite mer som man ville ha då, t.ex. då ur WAIS. Och att man får vara väldigt smidig annars kan det lätt bli kränkande för patienten. (5)

Samtidigt betonade några av de intervjuade att det är positivt att arbetssättet är strukturerat och att den försäkrade får chansen att genomgå en ordentlig utredning.

Jag tror på en strukturerad arbetsmetodik och jag hoppas att AFU kan få ett genomslag för det är mycket, mycket bättre än det som tidigare funnits. Det är väldigt viktigt för vårt arbete, precis som du var inne på detta med att det ska kunna vara jämförbart med olika regioner och mellan olika läkare och sådant de här intygen. Så att jag ser det här som ett mycket stort steg framåt. Jag tror att det här behöver utvecklas vidare och jag tror att det är väldigt viktigt att även koppla in detta ur ett kliniskt perspektiv. Jag har uppfattat att liksom historien är att det har bara varit klinik tidigare. Nu är det en tilltro till testbatterier och sådant som överväger och där nästa steg behöver vara större integrering. (12)

Information och delaktighet

Temat *information och delaktighet* innehöll två kategorier relaterade till den information till den försäkrade inför och efter psykologutredningen, och vad informationen kan ha för betydelse för den försäkrades delaktighet i utredningen.

Information inför utredningen: Att döma av intervjuerna är den information som lämnas till den försäkrade inför psykologutredningen inte enhetlig. Läkarnas beskrivningar av vilken information de ger inför utredningen ger en något splittrad bild.

Jag säger att jag nu remitterar för en utvidgad utredning hos psykolog och det är för att jag ska få en bättre uppfattning om din förmåga att klara dagliga aktiviteter i de här avseendena. Och att det sker både i form av tester och i form av samtal. (11)

Jo, jag brukar nog informera ganska noga... Det är att de gör olika typer av tester då, och att det är väldigt mycket betoning på tester, minnestest osv. (9)

Ja, jag nämner ju för patienten att jag tycker att man behöver gå vidare eftersom det då framkommer en hel del kognitiva besvär och att man behöver testa detta så att vi får lite mer objektiv bild av det och lättare kan se var problemen ligger och om man kan göra någonting åt det osv. Det är ju det enda jag berättar. (8)

Ja, att det är liksom att hon får komma dit och det kommer att ta en timme eller ett par timmar eller vad det nu är – för det tar ju ganska lång tid – och sedan riktigt vad hon säger när hon kommer – men jag har ju förklarat att det här är ingen behandling och det får de veta väldigt tydligt. Det här är en ren mätning av vad som är lätt för dig och vad som är svårt för dig. (10)

Några psykologer upplevde att de försäkrade inte alltid tycks ha förstått vad psykologutredningen innebär när de kommer till utredningen.

Ibland tror jag att de får ganska dålig information om vad det handlar om, att det kan vara ibland att de vet att de ska träffa en psykolog men egentligen inte har förstått att det handlar om tester då. Det är lite svårt att veta om det beror på vad de

har hört eller om det beror på att läkaren inte har förmedlat riktigt eller om det beror på att de inte har uppfattat den informationen. Men man märker att det glappar. (2)

Ja, en sak är ju var de får för information, en annan är vad de tar till sig. Och jag har uppfattat att de flesta är relativt oförberedda på att de ska göra väldigt mycket tester hos psykologen. (6)

Flera läkare angav att de inte explicit informerar den försäkrade om att psykologutredningen innehåller ett testbatteri som mäter allmän begåvning.

Inte av mig, jag har inte gjort det. (8)

Jag nämner inte IQ eller begåvningsnivå eller någonting sådant där. Det gör jag inte. Inte i förväg. (11)

Nja, det har jag nog aldrig i sig uttryckt på det sättet. Det har jag nog faktiskt aldrig gjort. Utan vi pratar om vad du har svårt för och vad du har lätt för och vad det är som är dina problem och sådant, och man kan ju härleda det till vad de har sagt innan då och vad det finns för diagnoser tidigare. (10)

Även flera psykologer beskrev att den försäkrade inte informeras tydligt om att allmän begåvning testas. Några betonade dock att syftet oftast inte är att mäta begåvning, utan funktioner.

Ja, jag tror inte de informeras om det alls faktiskt. Jag har svårt att tro det. (6)

Jag brukar nog inte så mycket trycka på det här att det är ett begåvningsstest, för det är ju inte intressant här utan det är mer om det finns några nedsättningar eller någonting som kan vara ett resultat av någon skada eller sjukdom eller så. (1)

Ja, det där är ju diskutabelt, tycker jag, för det där framgår inte ur instruktionen att det är allmän begåvning. Det uttrycks faktiskt som funktionsnivåer... Jag uppfattar det som en liten klivenhet i instruktionerna där faktiskt. Jag själv har nog valt att försöka i de flesta fall tänka det som funktionsnivåer. (2)

Några psykologer berättade att de hade sammanställt en skriftlig information om psykologutredningen, som de skickade ut i samband med kallelsen. Några psykologer och läkare var dock tveksamma till om tydligare skriftlig information om psykologutredningen skulle gynna utredningen.

Det är liksom det som gäller, att de känner sig värdigt behandlade. Sedan om ett papper till, jag är inte säker på att det tillför så mycket. (10)

Man behöver inte specificera att just de frågorna handlar om din begåvningsnivå, det tycker jag inte att man behöver ha med. Inte förrän om det visar sig att det finns indikationer för lågbegåvning och begåvningshandikapp. (11)

Problemet är att det inte är frivilligt för patienten i vilket fall. Så att det kanske kan orsaka ännu mer oro, om man inte får tillfälle att resonera kring vad det är vi testar, vad det kan visa för någonting, om de är relevanta, hur man kan ta till sig resultatet. För att kunna göra det på plats med patienten är ju ganska värdefullt och kanske, i så fall, hellre boka in en senare tid för testning, om patienten blir väldigt upprörd eller orolig eller vad det nu kan vara, att man ger tid tillsammans istället. (3)

Återkoppling: Flera läkare och psykologer menade att det är viktigt att psykologen återkopplar psykologutredningen till den försäkrade.

Det ska psykologen göra. Det ligger i våra rutiner att man ska sammanfatta och gå igenom resultatet för att man ska ha möjlighet, som patient, att få en chans att kommentera och resonera kring detta, hur det här uppdraget ska slutföras och så. (12)

Jag tänker att det är viktigt att ha den där återkopplingen, som jag har lagt till, där man har en bra återkoppling individuellt och pratar om vad det är man har sett och vad det är man ska skriva i utlåtandet och varför, så man får möjlighet att lägga fram det på ett bra sätt. (4)

Men generellt så saknar man väl det, att kunna återkoppla resultat till patienten i både TMU och AFU, tycker jag. (1)

I vissa fall var det dock huvudsakligen läkaren som återkopplade resultaten av psykologutredningen.

Psykologen har ju inte några utsamtal som jag har så att säga, så att psykologen får ju lämna direkt då efter testningen så att säga, en sammanfattande bedömning. Då vet jag inte riktigt hur mycket de gör, men jag brukar ju läsa upp åt den försäkrade även psykologutlåtandet, valda delar, och försöka tolka och berätta så mycket som möjligt därifrån också. (9)

Samarbete mellan läkare och psykolog

Temat *samarbete* inkluderar uttalanden om samarbetet mellan läkaren och psykologen. De tre kategorierna inom detta tema rörde samarbete kring specifika delar av utredningen och värdet av möjligheter till informell kontakt.

Formulering av frågeställningen: De intervjuade läkarna gav något olika beskrivningar av hur de arbetade med att formulera frågeställningen.

Ja, vi sitter ju i samma team eller bredvid varandra här så vi talar med varandra innan och diskuterar vad problemet är och vad jag misstänker och vad jag vill ha svar på. (8)

Jag skriver ju mer skriftliga frågeställningar då vad jag vill ha svar på, och sedan är det mer att teamet självt, när psykologen har gjort sin utredning, som diskuterar att kunde hon eller han svara på de frågorna eller inte. (9)

Arbetsätt vid nivåbestämningen: Flera läkare och psykologer gav en tydlig bild av att direktkontakt och dialog mellan läkaren och psykologen var viktig vid bedömningen av patientens aktivitetsbegränsningar relaterade till psykisk funktion, och beskrev att de utvecklat rutiner och former för sådant samarbete.

Vi brukar diskutera ganska mycket de här ICF-koderna och nivåerna så man vet var vi ska landa, att vi är någorlunda eniga där. (9)

Då beställer jag en utredning, ja och psykologens uppgift då är att beskriva, kunna motivera de begränsningar som kommer fram. Och det ska då psykologen kunna göra, inte utifrån sina testresultat utan utifrån, ja psykologen kommer fram till sina testresultat naturligtvis och det här hamnar på en nivå, men han måste kunna motivera den här nivån utifrån ett språkbruk som är förenligt med ICF-beskrivningarna, så alltså måttliga, eller total, eller lätta då begränsningar. (12)

Det är inte så lätt att förstå en skriven text alla gånger heller och vad det skulle innebära för läkaren. Så vi har väl försökt att diskutera och jag brukar ju fråga läkaren om det är någonting jag undrar över innan. Och så brukar vi se till att ha

någon form av möte efter att allt är rättat och klart och återkopplat till patienten och så där, bara för att kolla av innan läkaren gör sin slutgiltiga bedömning. (4)

Informell kommunikation: Flera av de intervjuade beskrev fördelar med att befinna sig på samma arbetsplats som den kollega de samarbetade med i utredningarna.

Vi träffas, ... vi jobbar på samma arbetsplats. Och jag går förbi deras kontor helt enkelt, så fort jag har en fråga. Det är en stor fördel att vi jobbar på samma arbetsplats. Det innebär att man kan prata om ärendena, när man har några frågor eller när det dyker upp någonting, så att man kan lösa det på olika sätt. (4)

Jag brukar ju alltid gå till de som jag beställer, då säger jag alltid till dem att nu beställer jag detta, jag ger oftast någon form av vink om vad det är jag vill veta men lite grann runt omkring, beroende på vad det är. För att jag vill ju inte göra dem alltför biased från början. Och sedan så diskuterar vi ju jättemycket efteråt också, vad var det egentligen som framkom. (10)

Heterogen dokumentation

Ett tema handlade om dokumentation, där kategorier för psykologens och läkarens dokumentation inkluderades.

Psykologens utlåtande: Psykologernas utlåtanden uppvisade en tydlig heterogenitet avseende utformning, omfång och de begrepp som användes för att beskriva resultaten (exempelvis percentiler, T-poäng och skalpoäng). De intervjuade psykologerna gav inte en helt entydig bild av hur de skrev sina utlåtanden och vilka instruktioner de fått om hur detta ska göras.

Det som förvånade mig var i alla fall att man inte skulle rapportera poängen, sade de på kursen i alla fall. ... Däremot så skriver jag oftast det jag tror är mest lätt att förstå för andra, nämligen att jag använder percentiler eller beskriver i grova termer om det är genomsnittliga resultat osv. (6)

Det jag har gjort, det är ju att sammanställa vilka tester som är med så att säga förkortningar och fullständig benämning på testet. ... om det är över genomsnittet, betydligt, klart över eller klart under, betydligt under och så där. Då brukar jag lägga till T-poäng och IK-värden och sådant när det känns relevant. (4)

Och sedan så har vi ju varit på den här kursen och ja, det var inte så konkret då kanske. Nu måste jag tänka efter här, hur det har gått till egentligen. Det var lite så här stöta och blöta och liksom förstå hur man skulle fylla i den här blanketten. (1)

Några psykologer nämnde att det var begränsat med utrymme i de blanketter som är avsedda för psykologens utlåtande.

Man kan förstås skriva en utökad, tilläggsblad och så där, men det är ganska lite plats så det blir svårt att ge förklaringar, som man kan tänkas i längre utredningar att man skriver, när man gör större psykologutredningar så brukar man också förklara det lite grann, det här innebär osv. Men det finns ju inte riktigt plats för det här. (3)

Flera läkare beskrev att resultatdelen i psykologutlåtandet kunde vara svår att tolka, och att den sammanfattande bedömningen därmed var viktig.

Ja, de där siffrorna är väl kanske inte så, eller jag vet inte riktigt hur man ska läsa dem, utan det blir ofta den sammanfattande bedömningen, vad de drar för slutsatser ur de här testerna då. (9)

Jag får ju de här, och bitar av det förstår jag ju, och ibland känner jag bara att jag inte behöver förstå allt, huvudsaken är att jag får något sammanhang i det. För du

måste ju vara ganska insatt i hur det funkar för att man ska förstå alla de där koderna, och det är inte mitt jobb! (10)

Men jag förlitar mig på den sammanfattningen han gör, den sammanfattande bedömningen efter testerna. (7)

Några av psykologerna nämnde att de inte alltid skriver ut begåvningsnivån i de fall där detta inte är relevant.

Jag skriver ut deltest för sig, där kan jag skriva resultat. Men jag skriver det som är av vikt kan man säga. Jag är ganska försiktig med vad jag skriver in. (5)

Psykologernas skriftliga sammanfattningar skiftade kraftigt i tydlighet och detaljrikedom. I 3 av de 19 granskade sammanfattningarna nämns den försäkrades prognos explicit. Prognosen syftade i dessa fall på återgång i arbete och inte på de specifika funktionsnedsättningar som noterats. Några få sammanfattningar innehöll angivelser om hur beständiga vissa funktionsnedsättningar varit, som exempelvis att exekutiva svårigheter uppgavs ha funnit sedan barndomen. Trots att information om prognos ofta saknades i utlåtanden, antydde flera av de intervjuade psykologerna att utredningen kan ge viktig information om detta.

Jag tror inte jag har skrivit någonting om någon prognos hittills. Däremot så kan jag ju diskutera mera med läkaren när han ska skriva sin bedömning då. Då beror det ju inte på vad det är för tillstånd alltså, är det en utmattning och att de har svårt med arbetsminnet eller något sådant så kan man ju tänka att det finns en god prognos, fast det kommer att ta lång tid att rehabilitera det. Sedan kan det ju finnas andra då, som mer generellt faller lågt på olika deltester. (4)

Om det är något som är mer ett personlighetsdrag eller neurologi eller om det är något tillfälligt. Om personen har varit utsatt för mycket stress till exempel eller trauma och så, då är det ju mer något tillfälligt. (5)

Läkarens sammanställning: De granskade formulären för medicinska förutsättningar för arbete visade att även utformningen av läkarnas redovisningar varierade vad avser aktivitetsbegränsningar i psykiska funktioner. I läkarnas bedömningar saknades ofta specificering av vilka förmågor som var begränsade eller motivering av vilka fynd läkaren baserade sin bedömning på. I 15 av de 19 granskade utlåtanden hade läkaren bedömt att det fanns aktivitetsbegränsning inom minst en av förmågorna relaterade till psykiska funktioner, och i 8 av dessa 15 hade läkaren tydligt specificerat vilka förmågor det handlade om och motiverat vilka fynd som låg till grund för bedömningen. I sex av dessa bedömningar fanns de exakta ICF-koderna angivna.

Komplicerade bedömningar

Inom temat *komplicerade bedömningar* inkluderades kategorier som handlade om svårigheter vid användandet av skalan för nivåbestämning och bedömning av prognos.

Skalan vid nivåbestämning: Flera psykologer och läkare gav uttryck för att det kan vara svårt att använda skalan på ett tillförlitligt sätt vid nivåbestämning av förmågor, och att bedömningarna kan variera mellan olika läkare.

När vi har haft sådana här läkarsammankomster i Försäkringskassans regi, så har vi ju utgått från tänkta patienter eller ovanliga definierade patienter och så har vi

satt oss in i dem allihop och sedan har vi gjort våra bedömningar utifrån de här och det har visat sig vara en väldig spridning. (11)

Och det finns ju en massa saker som man funderar kring, så det är klart att ett sådant här skattningsinstrument, ska det här bli valid på riktigt så ska man ju göra samskattningar och sådant och sitta i grupper och jämföra hur man skattar så att man förstår nomenklaturen. (12)

Det där att man kommunicerar liksom känslan om patienten. och är man då två eller tre som har träffat samma individ och när samtliga får en känsla, ja men här är det på det sättet, då är det mycket lättare att skriva "så tror vi att det är". (10)

En psykolog lyfte upp att det finns en diskrepans mellan testresultaten och nivåbeskrivningarna, vilket kan försvåra tolkningen av testresultaten.

Nivåformuleringarna som de har utgår mycket från frekvens, ofta men inte regelmässigt och ibland eller något sådant. Och när jag formulerar det utifrån testningen så är det snarare utifrån hur väl de presterar gentemot sin normgrupp. Så det säger ju egentligen inte, det kan jag inte avgöra utifrån testningen hur ofta de tappar koncentrationen i vardagen, så då får man ju diskutera med läkarna om vilken nivå som känns adekvat. Men det finns ju en viss diskrepans där mellan nivåbeskrivningarna och vad man faktiskt kan uttala sig om utav testerna och det är ett problem, tycker jag. (4)

Prognosbedömning: Flera läkare betonade att psykologens utredning kan ge viktig information för att bedöma prognos, men att testresultaten då måste sättas in i ett större sammanhang.

Hela diskussionen med psykologen blir ju naturligtvis ett fundament för mig att förstå prognosen. Men jag tycker ju inte att testresultaten som sådana är det som är avgörande, så den har en mindre betydelse. (12)

Ja, det beror ju på vad det är för något. Och är det exempelvis en minnesfunktion då och personen har en historik med ett slags utmattningssyndrom eller depression, då är det klart att det finns stora förutsättningar för att det blir bättre alltså. (8)

Då måste man ju sätta det i relation till de diagnoser man överväger, och man måste sätta det ihop med en massa andra personlighetsvariabler och sociala variabler också, om man ska säga någonting om prognos. (11)

Etiska aspekter

Inom temat etiska aspekter inkluderades kategorier av uttalanden som rörde etik vid begåvningsstestning och beaktande av målgruppen vid val av mätinstrument.

Etik vid begåvningsstestning: De etiska aspekter som berördes av psykologerna och läkarna var huvudsakligen relaterade till mätning av allmän begåvning.

Det är dels tre timmar som de ska sitta, och sitter man och är deprimerad kan en del bli så att de frågar sig, vad fan sitter jag här för? Vad är detta? Jag har liksom andra bekymmer. (2)

Frågeställningen från läkaren kan ju vara angående ångest och depression, och sedan är det klart att det påverkar exekutiva funktioner, koncentration och så, men då kan det kännas väldigt oetiskt att sitta och titta på en persons ordförråd eller förståelse, när det inte alls är det som det handlar om. Jag kan ju tänka att det är väldigt kränkande för en normalbegåvad person. (5)

Det är klart att i och med att jag alltid skriver ut IK så funderar jag på hur den siffran, om den lever vidare sedan efteråt på något sätt. I och för sig så har ju de flesta varit normalbegåvade så det har ju inte sagt så mycket, eller det kanske inte har uppfattats som direkt kränkande att vara normalbegåvad. Men jag kan tänka mig de fallen där du hittar någon som har varit svagbegåvad eller har en ovanlig begåvningsprofil. (6)

Beaktande av målgruppen: Några betonade att det är viktigt att ta målgruppen i beaktande när man motiverar val av test.

Här träffar vi patienter som har ett arbete, fungerar liksom i sitt vanliga liv och det här blir en integritetskränkning om inte detta hanteras på ett professionellt sätt... Då krävs det en ökad, måste vi kunna motivera det i en större utsträckning varför vi väljer en psykologbedömning. Och vi har märkt hos en grupp att de reagerar och frågar: Vad i helvete sysslar ni med? Jag är ju bara sjuk, det är inte fel på mitt huvud. Det är så en grupp reagerar, som man kan ha full förståelse för. Så där ligger ju ett stort ansvar på oss alla som jobbar med pedagogiskt ansvar att försöka beskriva det här, hur vi jobbar med det och vad vi kommunicerar sedan. (12)

Jag tycker att det är tveksamt etiskt att tvinga patienter testa sin begåvning faktiskt. Jag kan förstå att en del tester är vettiga att göra förstås, det kan de också vara. Men det är betydligt mindre laddat när det är minnestester eller koncentration eller exekutiva funktioner, alltså det är mindre laddat än just begåvning. Jag vet inte riktigt om man egentligen behöver ett sammanfattande begåvningsmått på en patient, som man tidigare har en arbetshistoria på. (3)

De kan vara sjukskrivna för en viss sak och så hittar man personer som kanske är svagbegåvade osv, faktorer som liksom ligger före deras insjuknande. Det där kan jag fundera på hur man ska förhålla sig till. Är det rimligt att man får veta att man är svagbegåvad för att man har varit sjuk och kommit till en AFU-utredning till exempel. Jag vet inte. (6)

Diskussion

I denna studie har vi strävat efter att identifiera svårigheter och utmaningar i det praktiska arbetet med den utvidgade psykologutredningen vid AFU. Genomgående framkommer ett behov av utbildning och kontinuerligt stöd till de psykologer och läkare som arbetar med AFU. Nedan diskuterar vi tänkbara målsättningar för fortsatt utvecklingsarbete, med utgångspunkt i de teman vi identifierat.

Ett övergripande tema var spänningen mellan å ena sidan flexibilitet och å den andra ett standardiserat förfarande. Fördelar och nackdelar med båda alternativen framfördes av de intervjuade. Såväl praktiska som etiska invändningar anfördes mot att genomföra hela WAIS-IV i samtliga fall då utvidgad psykologutredning är befogad. Det fanns också önskemål om att vid behov kunna utvidga utredningen till att omfatta affektiva aspekter. Inom detta tema fanns även en diskussion om behovet av att göra en samlad klinisk bedömning för att kunna tolka testresultaten, och att testresultaten är svårtolkade utan tillgång till annan information. I ett fortsatt arbete med att utveckla testbatteriet kan det vara viktigt att ta ställning till om en ökad flexibilitet skulle kunna uppnås samtidigt som ett standardiserat format behålls. En relaterad aspekt är hur det mätbara ska balanseras mot den kliniska erfarenheten i psykologutredningen.

Ett annat övergripande tema rör spänningen mellan å ena sidan samarbete och å andra sidan renodlade uppgifter för respektive yrkeskategori. De frågeställningar som specificerats

skriftligt till psykologen var ofta knapphändiga. Det framkom dock att det var vanligt med diskussioner mellan läkaren och psykologen inför psykologutredningen, där det muntligt specificerades mer tydligt vad läkaren behövde. Även nivåbestämningarna tycks i praktiken genomföras i samarbete mellan psykologen och läkaren, trots att dessa uppgifter enligt Försäkringskassans instruktioner åligger läkaren. Med tanke på att mycket av arbetet med psykologutredningen tycks ske i nära samarbete mellan läkaren och psykologen kan detta behöva återspeglas i Försäkringskassans utbildning för de båda yrkeskategorierna.

Ett antal mer specifika teman identifierades. Frågeställningen ska enligt Försäkringskassans direktiv vara explicit. Läkaren måste ha en klar bild av vilken information som kan tillföras genom en psykologutredning samt vilken tydligt formulerad fråga som kräver svar. Trots detta visar både intervjuerna och utlåtanden att frågeställningarna ofta är diffusa eller saknas helt. För att åstadkomma tydliga frågeställningar kan det behövas tydligare information till läkarna om vilka frågor psykologutredningen kan bidra till att besvara.

Försäkringskassan anger i sin slutrapport om utvecklingen av AFU att ökad delaktighet bland de försäkrade varit en ambition vid utvecklingen av AFU [1]. Vår studie ger en tydlig bild av att den information de försäkrade får inför psykologutredningen ofta är knapphändig. Det är tänkbart att den försäkrades delaktighet skulle gynnas av tydligare information om vad psykologutredningen innebär, vad utredningen kan komma att visa, hur resultaten dokumenteras och används i handläggningen, och vilka konsekvenser det kan få om den försäkrade väljer att avstå från hela eller delar av utredningen. Vidare förefaller det viktigt att kunna motivera för den försäkrade varför de olika momenten i utredningen behövs. Adekvat information till den försäkrade framstår därför som en viktig målsättning. Detta omfattar även en professionell återkoppling av resultaten av psykologutredningen, vilket flera psykologer löst på egen hand genom att avsätta ett extra tillfälle för återkoppling till den försäkrade.

Försäkringskassan betonar att ambitionen med AFU även varit att öka rätts säkerheten och enhetligheten. Läkarens bedömning av den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete är central i detta avseende. De granskade utlåtandena visar att det ofta inte är tydligt vilka specifika funktioner läkarnas nivåbestämningar avser och vad de bygger på. Det kan därför vara befogat med åtgärder för att säkerställa att de nivåbestämningar som bygger på utvidgade psykologutredningar görs på ett likartat sätt landet över och dokumenteras på ett transparent sätt.

Flera läkare och psykologer uttryckte att det kan vara svårt att avgöra vad resultaten av psykologens utlåtanden betyder i termer av psykisk funktionsnedsättning. För att åstadkomma reliabla bedömningar kan det vara relevant att föra en diskussion kring hur resultaten av psykologutredningen ska tolkas i termer av deskriptorer och nivåer, och om deskriptorerna kan behöva anpassas för att underlätta bedömningarna. En uppenbar svårighet är att psykologens mätinstrument ofta anger graden av funktionsnedsättning jämfört med normalbefolkningen, medan deskriptorerna ofta är angivna i termer av hur ofta den försäkrade har svårigheter. Det är också viktigt att ta ställning till i vilken utsträckning de aspekter som täcks av psykologutredningen är relaterade till sjukdom och skada, och i vilken utsträckning de representerar fenomen som har en naturlig variation i populationen. Det kan även vara befogat att klargöra hur allmän begåvning ska tolkas i termer av medicinska förutsättningar för arbete, då begåvningsnivån inte uppenbart är relaterad till sjukdom eller skada.

Etiska överväganden aktualiseras av flera moment i utredningen. Informationens utformning, testbatteriets utformning, och bedömningens reliabilitet har diskuterats ovan. Det är viktigt att säkerställa att utredningen inte upplevs som integritetskränkande eller innebär onödiga påfrestningar för den försäkrade. Det är även viktigt att ta ställning till hur uppgifter om allmän begåvning ska redovisas i utlåtandet och hur dessa resultat ska återkopplas till den försäkrade.

Denna studie bygger på ett begränsat antal psykologers och läkares erfarenheter. Det bör också beaktas att studien är genomförd i ett relativt tidigt skede av införandet av AFU, där endast ett fåtal av de intervjuade hade erfarenhet av detta arbetssätt i mer än några få utredningar. Även de granskade utlåtandena daterar sig från ett tidigt skede i arbetet med AFU. Detta bör dock ställas mot behovet av att i ett tidigt skede kunna identifiera svårighet i detta arbetssätt, för att kunna korrigera eventuella brister. Begränsningarna till trots framkom ett brett spektra av, ofta samstämmiga, uppgifter som vi bedömer kan vara av stort värde i det fortsatta utvecklingsarbetet.

I denna studie har vi huvudsakligen fokuserat på områden med förbättringspotential. Samtidigt är det viktigt att betona att även positiva aspekter lyftes fram. En övergripande fördel med psykologutredningen vid AFU, som flera av de intervjuade betonade, är möjligheten att göra en gedigen utredning av kognitiva funktionsnedsättningar i ett tidigare skede av sjukskrivningen än vad som varit brukligt.

Det kan även understrykas att psykologer och läkare har visat på ett starkt engagemang i intervjuerna och varit frikostiga med sin tid. Detta engagemang bland de kliniskt verksamma bör vara en stor tillgång i den fortsatta utvecklingen av AFU.

Referenser

1. Försäkringskassan. Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport. 2013.
2. Försäkringskassan. Manual för genomförande av Aktivitetsförmågeutredningar (AFU). 2013.
3. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. 2001. Geneva: World Health Organization.
4. Försäkringskassan. Manual för genomförande av utvidgad undersökning inom ramen för Aktivitetsförmågeutredning (AFU): arbetsterapeutisk, psykologisk och sjukgymnastisk undersökning.
5. Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale IV, Fourth edition (WAIS-IV). På svenska 2010. Pearson Assessment.
6. Meyers JE, Meyers KR. Rey Complex Figure Test and Recognition Trial. Andra svenska upplagan 2012. Hogrefe Psykologiförlaget.
7. Wechsler D. Wechsler Memory Scale – third edition. På svenska 2010. Pearson Assessment.
8. Roth RM, Isquith PK, Gioia GA. Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult version. På svenska 2011. Hogrefe Psykologiförlaget.
9. Nyman H. Testbatteri för psykologisk utredning.
10. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. 2004. Thousand oaks: Sage.

Bilaga 1

Intervjuguide för individuella intervjuer med psykologer

Hur många psykologutredningar inom AFU har du genomfört?

Område 1. Kommunikation

1. Hur uppfattar du läkarnas frågeställningar? Tillräckligt konkreta? Adekvata?
2. I vilken utsträckning har du en dialog med läkarna kring frågeställning och resultat? Finns det behov av utvidgad dialog? Vilka former skulle den i så fall kunna ta?
3. Vilka direktiv har du fått om hur utlåtandet ska utformas avseende statistiska begrepp, information om de specifika testen etc? Skulle detta behöva förtydligas? Hur?
4. Vilken information får den försäkrade av läkaren respektive psykologen om den utvidgade psykologutredningen? Saknas något?
5. Hur informeras den försäkrade om att allmän begåvning testas? Hur informeras denne om resultaten? Hur journalför du resultaten?

Område 2. Testbatteriets sammansättning

1. Vilka frågor blir obesvarade med detta testbatteri? Vilka konsekvenser får det?
2. Skulle psykologutredningen kunna bidra med viktig information om den försäkrades affektiva funktion? Hur?
3. Finns det delar av testbatteriet som är överflödiga? Vilka?
4. I vilken utsträckning aktualiseras etiska frågor av testbatteriet? Hur hanterar du dessa?

Område 3. Steget från testresultaten till bedömning av medicinska förutsättningar för arbete

1. Hur använder du testresultaten för att bedöma den försäkrades funktionsförmåga?
2. I vilken utsträckning använder du testresultaten för att bedöma hur beständiga eventuella funktionsnedsättningar är? På vilket sätt gör du detta?

Område 4. Allmänt omdöme

1. Vilka är styrkorna och svagheter med den utvidgade psykologutredningen inom AFU?

Bilaga 2

Intervjuguide för individuella intervjuer med läkare

Hur många utvidgade psykologutredningar har du erfarenhet av vid AFU?

Område 1. Kommunikation

1. Hur tydligt är det vilka frågeställningar som bör föranleda en utvidgad psykologutredning?
2. I vilken utsträckning besvarar psykologernas utredning dina frågor? Hur gör du om du inte får svar på dina frågor?
3. I vilken utsträckning har du en dialog med psykologen kring frågeställning och resultat?
4. Hur enhetliga och lätt att tolka är psykologernas utlåtanden avseende statistiska begrepp, information om de specifika testen etc?
5. Vilken information får den försäkrade av dig om den utvidgade psykologutredningen och vilken information psykologen ska lämna? Är den information som lämnas tillräcklig?
6. Hur informeras den försäkrade om att allmän begåvning testas? Hur informeras denne om resultaten? Hur journalförs resultaten?

Område 2. Testbatteriets sammansättning

1. I vilken utsträckning täcker testbatteriet de frågor du behöva psykologisk expertis för?
2. Vilka frågor blir obesvarade med detta testbatteri? Vilka konsekvenser får detta?
3. Skulle psykologutredningen kunna bidra med viktig information om den försäkrades affektiva funktion? Hur?
4. Finns det delar av testbatteriet som är överflödiga?
5. I vilken utsträckning aktualiserar psykologutredningen etiska frågor? Hur hanterar du i så fall dessa?

Område 3. Steget från testresultaten till bedömning av medicinska förutsättningar för arbete

1. Hur använder du testresultaten för att bedöma den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete?
2. Har du tillräcklig vägledning i hur du ska använda skalan? Hur tydligt är det vad olika testresultat kan betyda i form av aktivitetsbegränsning?
3. I vilken utsträckning säger psykologutredningen något om hur beständiga eventuella aktivitetsbegränsningar är? På vilket sätt? Hur beskriver du detta i ditt utlåtande?

Område 4. Allmänt omdöme

1. Vilka är styrkorna och svagheter med den utvidgade psykologutredningen inom AFU?



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-7549-349-7