

Information till dig som ska fylla i blanketten

Läkarutlåtande för assistansersättning (7805)

Här finns en mer utförlig förklaring till de punkter i blanketten som inte är självinstruerande.

Om utrymmet i någon ruta inte räcker till använder du länken på sista sidan i blanketten för att öppna ett fortsättningsblad.

Använd ett enkelt och begripligt språk. Förklara gärna komplicerade medicinska termer så att både patienten och Försäkringskassans handläggare kan förstå.

Så här fyller du i blanketten

2. Utlåtandet är baserat på

Här skriver du vad du baserat läkarutlåtandet på. Fyll i ett eller flera alternativ.

Om utlåtandet är baserat på din undersökning av patienten skriver du datum för det senaste undersökningstillfället.

Motivera under punkt 9 "Övriga upplysningar" om det inte varit aktuellt med någon undersökning av patienten.

2a. Finns det andra medicinska utredningar och underlag som är relevanta för fastställd diagnos?

Om det finns andra utredningar eller underlag som är relevanta för de fastställda diagnoserna kan du skriva det här. Det kan till exempel vara ett neuropsykiatriskt utlåtande, ett underlag från habiliteringen, en utredning från en annan specialistenhet eller underlag från andra yrkesprofessioner inom hälso- och sjukvården. Ange även utredningar som du vet har gjorts men som du inte själv har tagit del av. Bifoga gärna andras utredningar eller underlag som du har tillgång till. Om du inte har tillgång till dem, så skriv gärna från vilken vårdgivare Försäkringskassan kan begära dem.

3. Diagnos

Ange samtliga diagnoser som påverkar funktionsförmågan. Skriv den diagnos som har störst betydelse först. Skriv även diagnoskod, så att inte Försäkringskassan behöver begära den uppgiften senare.

3a Beskriv kortfattat historiken för diagnoserna ovan

Här skriver du kortfattat när och hur sjukdomen eller sjukdomarna debuterat och utvecklats fram till i dag. Beskriv också eventuell övrig medicinsk historik som du bedömer är av betydelse. Försäkringskassan behöver uppgifterna för att förstå patientens nuvarande svårigheter. Du behöver däremot inte redovisa patientens fullständiga medicinska historik.

4. Funktionsnedsättning

Här beskriver du patientens funktionsnedsättningar och redovisar fysiska och psykiska undersökningsfynd samt observationer som kommit fram vid din undersökning.

Frågan om funktionsnedsättning är indelad i funktionsområden enligt ICF Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Beskriv patientens funktionsnedsättning under respektive funktionsområde. Skriv även graden av funktionsnedsättning om det är möjligt.

Om patienten inte har någon funktionsnedsättning, eller om du bedömer att den inte är relevant, lämnas rutan tom.

Även undersökningar genomförda av en annan legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården kan anges.

5. Aktivitetsbegränsningar

Aktivitetsbegränsningar är svårigheter att genomföra aktiviteter, en uppgift eller en handling – det som patienten *inte kan göra* på grund av sitt sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättning.

Ange de aktivitetsbegränsningar som är en konsekvens av eller kan härledas till patientens funktionsnedsättningar. Aktivitetsbegränsningarna ska vara beskrivna på individnivå, det vill säga hur sjukdomen eller funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att klara aktiviteter i det dagliga livet. Lägg särskild vikt vid kroppsnära aktiviteter som personlig hygien, påklädning, matintag och förflyttningar.

Du ska *inte* ange patientens behov av personlig assistans. Försäkringskassan gör själv en utredning av vilket behov av hjälp och stöd patienten behöver i form av assistansersättning.

Med risker avses här situationer som kan innebära risker för patienten eller patientens omgivning, till exempel risk för kvävning vid matintag eller att patienten på grund av sin funktionsnedsättning kan medföra en risk för sig själv eller andra.

6. Pågående och planerade medicinska behandlingar

Ange behandlingar och rehabiliterande insatser, till exempel träning, läkemedel eller hjälpmedel som har påverkat eller kan komma att påverka patientens aktivitetsnivå.

Skriv om patienten har hjälpmedel eller om hjälpmedel skulle kunna minska patientens aktivitetsbegränsningar.

Skriv även vem som är ansvarig vårdgivare och tidsplan för behandlingen eller insatsen.

7. Hur förväntas patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar utvecklas över tid?

Här skriver du hur du bedömer att patientens funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar förväntas utvecklas över tid. Du behöver däremot inte ange prognosen för respektive diagnos.

För assistansersättning behöver Försäkringskassan veta om funktionsnedsättningen och dess konsekvenser är livslånga, mycket långvariga eller om de är av övergående natur.

8. Sjukvårdande insatser i hemmet

Om patienten behöver hjälp med hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet skriver du vilken åtgärd det är, hur ofta det sker och tidsåtgång per tillfälle. Skriv också vem som utför åtgärden. Om det är planerat att personliga assistenter ska utföra hälso- och sjukvårdsuppgifterna på delegation ska det framgå. Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Om du eller någon annan legitimerad yrkesutövare har bedömt att en hälso-sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård ska det framgå. Se Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- sjukvårdsinsats sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Försäkringskassan kan begära att få ta del av egenvårdsplaneringen.