



Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Om du inte känner den försäkrade
ska hon eller han styrka sin identitet
genom legitimation med foto
(SOSFS 2005:29)

1. Medicinsk bakgrund

1a Dokumentation som jag tagit del av inför utredningen

1b Sjukdomsförlopp för aktuella sjukdomar och övrig medicinsk historik av betydelse

72681103

2 Uppgifter från den försäkrade

2a Den försäkrades beskrivning av hur vardagliga aktiviteter fungerar. Se *Samtalsguiden* (FK7271).

| | |
|---|--------------------------------|
| 2b Substansintag, ordinerade läkemedel | 2c Övrigt substansintag |
| <hr/> | Tobak: <hr/> |
| <hr/> | Alkohol, AUDIT-poäng: <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | Annat: <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |

3. Medicinsk utredning

3a Undersökningsfynd och observationer vid undersökningen den

3b Övriga utrednings- och testresultat av läkare den

3c Utrednings- och testresultat av sjukgymnast den

72681203

3d Utrednings- och testresultat av psykolog den

3e Utrednings- och testresultat av arbetsterapeut den

72681303

4. Medicinsk bedömning

4a Diagnoser - sjukdomar som medför aktivitetsbegränsningar

Diagnoskod enligt ICD-10
(Huvuddiagnos först)

Minst tre positioner

| | |
|----------|--|
| 1. _____ | |
| 2. _____ | |
| 3. _____ | |

Kommentar:

4b Medicinska förutsättningar för arbete

Bedömningen av nivå ska göras med stöd av *Nivåbeskrivningar* (FK7270).

För de aktiviteter där du bedömer att det finns en nedsättning över nivå noll ska du i fältet för kommentarer ange vad du stödjer din bedömning av nivån på.

| Kod | Aktivitet | Samband med diagnoser | Nivå | | | | | Nivå grundas på undersökningsfynd |
|------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| d110 | Att se | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d115 | Att lyssna | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d155 | Att förvärva färdigheter | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d160 | Att fokusera uppmärksamhet | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d210 | Att företa en enstaka uppgift | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d220 | Att företa mångfaldiga uppgifter | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d230 | Att genomföra daglig rutin | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d240 | Att hantera stress och andra psykologiska krav | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d398 | Att förstå och uttrycka sig i tal och skrift | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d410 | Att ändra grundläggande kroppsställning | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d415 | Att bibehålla en kroppsställning | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d430 | Att lyfta och bära föremål | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d440 | Handens finmotoriska användning | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d445 | Användning av hand och arm | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d450 | Att gå | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d498 | Att förflytta sig till och från en plats utanför hemmet med eller utan färdmedel | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d598 | Att sköta personlig vård | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d798 | Att hantera mellanmännsliga interaktioner och relationer | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| d | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

Kommentar:

72681403

4c Instämmer den försäkrade i bedömningen av förmågan till aktivitet? Ja Nej. Om nej, ange i vilka avseenden den försäkrades uppfattning skiljer sig från din bedömning.**4d Prognos för aktivitetsbegränsningarna****4e Finns det medicinska risker vid utförande av någon typ av aktivitet?****5. Uppgifter om utredningen****5a Ansvarig läkare (namn, tjänsteställe, telefon, förskrivarkod och arbetsplatskod)****5b Övriga personer som medverkat i utredningen (namn och profession)****6. Underskrift****Om du behöver komplettera informationen i något fält så fortsätter du på nästa sida som är ett fortsättningsblad.** Fortsättningsblad bifogas**Underskrift av ansvarig läkare**

Datum _____

Namnteckning _____



Personnummer

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Förnamn och efternamn | |
| Läkarens namn | Datum för utfärdandet |

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

72681603

Personnummer

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Förnamn och efternamn | |
| Läkarens namn | Datum för utfärdandet |

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

72681703

Information om teamutredning

En teamutredning som Försäkringskassan beställer, ska inriktas på hur den försäkrades sjukdom eller sjukdomar påverkar förmågan att utföra aktiviteter som är relevanta i arbeten på arbetsmarknaden. I första hand ska de aktiviteter som finns specificerade i blanketten utredas. Utredningen ska omfatta undersökning och intervju enligt *Samtalsguiden* (FK7271) av läkare, samt funktionsutredning av sjukgymnast, psykolog och arbetsterapeut. De undersökningsmetoder som används ska vara reliabla och valida och bygga på observation.

Den läkare som leder utredningen ansvarar för att samtliga aspekter som är relevanta för utlåtandet blir tillräckligt belysta. Läkaren ansvarar för utlåtandet och de försäkringsmedicinska bedömningar som redovisas där. Innan läkaren gör sin bedömning och utfärdar utlåtandet ska han eller hon sammanfatta och stämma av utredningsresultaten med de andra teammedlemmarna.

Fokus i bedömningen är hur sjukdomen påverkar de medicinska förutsättningarna för arbete, dvs. förmågan att utföra aktiviteter som är relevanta i arbeten på arbetsmarknaden. I sin bedömning väger läkaren samman alla utredande professioners observationer och testresultat, utifrån sin medicinska kunskap om hur den försäkrades sjukdomar normalt yttrar sig och utifrån den försäkrades uppgifter om hur vardagliga aktiviteter fungerar.

Bedömningen av förmågan till aktivitet ska göras med stöd av *Nivåbeskrivningar* (FK7270). Om den försäkrade bedöms ha nedsatt förmåga i en aktivitet ska det framgå vilka undersökningsfynd och testresultat som stödjer bedömningen.

Ifyllnadsanvisningar till blanketten *Läkarutlåtande efter teamutredning för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete* (FK7268)

Om utrymmet i någon ruta inte räcker till använder du fortsättningsbladet längst bak i blanketten. Skicka alltid in hela utlåtandet (inklusive fortsättningsbladet även om du inte använt dem). På www.forsakringskassan.se/sjukvarden finns dokumenten *Nivåbeskrivningar* (FK7270) och *Samtalsguiden* (FK7271).

1. Medicinsk bakgrund

1a Dokumentation som jag tagit del av inför utredningen

Ange vilken dokumentation du tagit del av, både de underlag som du har fått från Försäkringskassan och eventuella övriga underlag som du tagit del av och som ligger till grund för ditt utlåtande. Ange datum och vårdenhet eller läkare för respektive dokument så att det vid behov går att ta fram dem senare.

1b Sjukdomsförlopp för aktuella sjukdomar och övrig medicinsk historik av betydelse

Här anger du

- vilken eller vilka diagnoser som finns angivna i den dokumentation som du tagit del av inför utredningen
- när och hur sjukdom eller sjukdomarna debuterat, utvecklats och visar sig för närvarande
- vilka utredningar som genomförts och vad dessa visat samt vilken vård och behandling som getts och resultatet av denna.

Beskriv också eventuell övrig medicinsk historik som du bedömer är av betydelse.

2. Uppgifter från den försäkrade

2a Den försäkrades beskrivning av hur vardagliga aktiviteter fungerar

Redovisa den försäkrades egen beskrivning av hur sjukdomen påverkar vardagliga aktiviteter utifrån din genomförda intervju med stöd av *Samtalsguiden* (FK7271). I första hand ska redovisningen avse hur den försäkrade upplever sin förmåga i vardagen när det gäller de 18 aktiviteter som är listade i avsnitt 4b i blanketten.

2b och 2c Substansintag

Redovisa om den försäkrade använder ordinerade läkemedel och i så fall vilka (preparat och dos). Redovisa också om den försäkrade använder tobak och i så fall typ och mängd. Den försäkrades konsumtion av alkohol redovisar du alltid genom att ange AUDIT-poäng.

Under rubriken *Annat* redovisar du om den försäkrade använder icke ordinerade läkemedel eller droger och i så fall typ och mängd.

3. Medicinsk utredning

3a Undersökningsfynd och observationer vid undersökningen den

Redovisa de fysiska och psykiska undersökningsfynd samt observationer som kommit fram vid din undersökning. Fokus bör vara på de undersökningsfynd och observationer som har betydelse för bedömningen av diagnos och aktivitetsbegränsningar. Du ska alltid ange basalt kroppsligt och psykiskt status samt datum för undersökningen.

3b Övriga utrednings- och testresultat av läkare den

Redovisa eventuella övriga utrednings- och testresultat som kommit fram vid din utredning, till exempel BMI, blodvärden, EKG, funktionstester och självskattningsskalor. Ange även datum för respektive undersökning.

3c Utrednings- och testresultat av sjukgymnast den

Sjukgymnastens utredning syftar till att bidra med underlag för läkarens bedömning av de aktiviteter som anges i 4b. Redovisa inledningsvis vilka instrument/tester eller delar av en testmetod som har använts vid sjukgymnastens utredning samt hur lång tid sjukgymnastens utredning tagit. Redovisa sedan konkret hur den försäkrade utför de olika testmomenten, till exempel hur långt den försäkrade kan gå eller hur mycket den försäkrade kan lyfta. I detta fält anges ingen bedömning av förmågan till aktivitet. Förmågan till aktivitet bedöms i avsnitt 4b i blanketten. Ange alltid datum för tester.

3d Utrednings- och testresultat av psykolog den

Psykologens utredning syftar till att bidra med underlag för läkarens bedömning av de aktiviteter som anges i 4b. Redovisa inledningsvis vilka instrument/tester eller delar av en testmetod som har använts vid psykologens utredning samt hur lång tid psykologens utredning har tagit. Redovisa sedan psykiskt status och resultatet av testningen. Testresultat redovisar du genom att ange testvärdet och dess förhållande till medelvärdet samt vilken normgrupp testet har. I detta fält anges ingen sammanfattande bedömning av förmågan till aktivitet. Förmågan till aktivitet bedöms i avsnitt 4b i blanketten. Ange alltid datum för tester.

3e Utrednings- och testresultat av arbetsterapeut den

Arbetsterapeutens utredning syftar till att bidra med underlag för läkarens bedömning av de aktiviteter som anges i 4b. Redovisa inledningsvis vilka instrument/tester eller delar av en testmetod som har använts vid arbetsterapeutens utredning samt hur lång tid arbetsterapeutens utredning har tagit. Redovisa sedan konkret hur den försäkrade utför de olika aktiviteterna som prövats, till exempel hur länge den försäkrade kan sitta utan att behöva resa sig. I detta fält anges ingen bedömning av förmågan till aktivitet. Förmågan till aktivitet bedöms i avsnitt 4b i blanketten. Ange alltid datum för tester.

4. Medicinsk bedömning

4a Diagnoser - sjukdomar som medför aktivitetsbegränsningar

Redovisa de diagnoser som du anser är klarlagda och som du bedömer påverkar de aktiviteter som anges i 4b. Diagnosen som medför de mest betydande aktivitetsbegränsningarna anges först. Om det finns fler än tre diagnoser som påverkar de aktiviteter som listas i 4b anger du dem i rangordning i fältet för kommentarer.

Diagnoser som du anser är klarlagda men som inte påverkar de listade aktiviteterna anges i fältet för kommentarer. I detta fält motiverar du också eventuella förändringar i bedömningen av diagnoser jämfört med tidigare, till exempel i de fall sjukdomen inte längre bedöms vara aktuell eller inte bedöms ge någon betydande påverkan på aktiviteterna. Om du har angett en symtomdiagnos därför att någon mer specifik diagnos inte kan anses klarlagd bör du ange om du anser att tillståndet är tillräckligt medicinskt utrett eller inte.

4b Medicinska förutsättningar för arbete

I det här avsnittet ska du bedöma den försäkrades förmåga att utföra de aktiviteter som är listade. Om det i det enskilda fallet finns ytterligare aktiviteter som påverkas av sjukdom och som är av betydelse för de medicinska förutsättningarna för arbete, ska även dessa anges med ICF d-kod och klartext. Använd i så fall de tomma raderna i slutet av listan.

För varje aktivitet i listan tar du först ställning till om de aktuella sjukdomsdiagnoserna utifrån medicinsk kunskap kan påverka aktiviteten ifråga. Bedömningen gäller alltså om det finns ett generellt samband mellan diagnoserna och aktiviteten. Markera din bedömning i kolumnen *Samband med diagnoser*.

För de aktiviteter där du har bedömt att det finns ett samband ska du sedan med stöd av *Nivåbeskrivningar* (FK7270) ta ställning till den försäkrades aktuella nivå på förmåga i aktiviteten. I de fall där du bedömer att nivån är över noll, ska du alltid motivera din nivåbedömning i fältet för kommentarer. Som grund för din bedömning ligger dokumentationen om sjukdomsförloppet, den försäkrades beskrivning av hur vardagliga aktiviteter fungerar samt observationer, undersökningsfynd och testresultat som framkommit i din utredning. Bedömningen innefattar en värdering av det som har framkommit i utredningen utifrån etablerad medicinsk kunskap.

Ifall du har lagt till ytterligare aktiviteter, utöver de som finns i blanketten, ska även dessa nivåbedömas. Nivåbedömningen får då göras utan standardiserad nivåbeskrivning. I stället används ICF:s nivåindelning, dvs. 0 = *ingen begränsning*, 1 = *lätt begränsning*, 2 = *måttlig begränsning*, 3 = *stor begränsning* och 4 = *total begränsning*.

Vid behov kan du i fältet för kommentarer specificera vilken aspekt av en viss aktivitet som är begränsad, exempelvis höger men inte vänster arm eller stående men inte sittande. Om det, utifrån medicinsk kunskap och den försäkrades uppgifter, finns en nedsatt uthållighet i en aktivitet eller en betydande variation av förmågan i någon aktivitet anger du också det i fältet för kommentarer. Om den försäkrade har begränsningar i de listade aktiviteterna som inte beror på sjukdom kan du också ange det i kommentarfältet.

För de aktiviteter som har ett samband med den försäkrades sjukdomsdiagnoser ska du i kolumnen *Nivå grundas på undersökningsfynd* ange om din nivåbedömning stöds av sådana. Med undersökningsfynd menas i detta sammanhang undersökningsfynd och observationer vid den utredning som du har genomfört.

4c Instämmer den försäkrade i bedömningen av förmågan till aktivitet?

Du ska gå igenom din bedömning av förmågan till aktivitet med den försäkrade på ett tydligt och för honom eller henne begripligt sätt. Om den försäkrade inte instämmer i din bedömning ska du här ange på vilket sätt den försäkrades uppfattning skiljer sig från din bedömning.

4d Prognos för aktivitetsbegränsningarna

Ange den förväntade utvecklingen för de mer betydande aktivitetsbegränsningarna med hänsyn till sjukdomens eller sjukdomarnas patofysiologi och naturalförlopp. Ange om det finns medicinsk behandling som kan påverka förloppet, utan att föreslå några specifika behandlingar eller rehabiliteringsinsatser. Ange så långt som möjligt även i vilket tidsperspektiv en eventuell förbättring eller försämring av förmågan till aktivitet kan förväntas ske.

Om det finns flera betydande aktivitetsbegränsningar och de förväntade förloppen skiljer sig åt för dessa, så anger du det förväntade förloppet för respektive aktivitetsbegränsning.

4e Finns det medicinska risker vid utförande av någon typ av aktivitet?

Ange om det utifrån etablerad medicinsk kunskap om de aktuella sjukdomarna finns någon typ av aktivitet som den försäkrade ska undvika därför att aktiviteten medför en betydande medicinsk risk eller en allvarlig olycksrisk.

5. Uppgifter om utredningen

5a Utredande läkare (namn, tjänsteställe telefon, förskrivarkod och arbetsplatskod)

Ange alltid namn telefonnummer, tjänsteställe, förskrivarkod och arbetsplatskod. Om du har flera tjänsteställen, ange alltid det tjänsteställe vid vilket du har utrett den försäkrade som du utfärdat utlåtandet för.

5b Övriga personer som medverkat i utredningen (namn och profession)

Ange alltid namn och profession på de andra som har medverkat i utredningen.