Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder
– en studie av neuropsykologers metoder

Wibeke Aasmundsen
Hjördis Flodman
ARBETSRAPPORT 2012

TRYCKT VID: Högskolan i Borås
TRYCKORT: Borås
REDIGERING: Anna Nilsson, FoU Sjuhärad Vålfård
Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder
– en studie av neuropsykologers metoder

FoU Sjuhärad Välfärd | Arbetsrapport

Författare
Wibeke Aasmundsen
Hjördis Flodman
INNEHÅLLSFÖRTECKNING

TACK ........................................................................................................................................... 7
SAMMANFATTNING .......................................................................................................................... 8
   Nyckelord ........................................................................................................................................ 8
BAKGRUND ........................................................................................................................................... 9
   Förvärvad hjärnskada och dess bakomliggande faktorer .................................................. 9
     Traumatisk hjärnskada .............................................................................................................. 9
     Stroke ........................................................................................................................................ 10
     Infektion, neurologiska sjukdomar, cerebrovaskulär sjukdom ................................................ 10
   Lag (1992:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade ............................................ 11
     Historik ....................................................................................................................................... 11
     LSS idag ....................................................................................................................................... 11
     LSS – en rättighetslag och en pluslag ...................................................................................... 11
     Personkretsarna .......................................................................................................................... 12
     Definitioner .................................................................................................................................. 12
     Funktionshinder .......................................................................................................................... 13
   Synen på begävning och intelligens ......................................................................................... 14
     Intelligenskvot IK ......................................................................................................................... 14
   Bedömning av skadans omfattning ......................................................................................... 15
     Nedsättning i förhållande till en normalgrupp ....................................................................... 15
     Nedsättning i förhållande till premorbid förmåga ................................................................. 16
   Bedömning av prognos .............................................................................................................. 17
     Neuropsykiatriska testresultat och prognos ........................................................................ 17
     Tolkning av testresultat .............................................................................................................. 18
SYFTE ............................................................................................................................................... 20
METOD .............................................................................................................................................. 21
   Deltagare ....................................................................................................................................... 21
   Instrument ..................................................................................................................................... 22
   Procedur ....................................................................................................................................... 23
   Analys .......................................................................................................................................... 23
   Design .......................................................................................................................................... 23
TACK


Studien blev praktiskt möjlig att genomföra med tillgång till SNPF´s medlemsregister vilket vi är tacksamma för. Ett stort och varmt tack vill vi också ge våra kolleger Angelica Spaak och Hanna Ohlsson samt vår chef Marie Kristiansen på Rehabiliteringskliniken SÄS Borås för synpunkter och hjälp i det praktiska arbetet under året som gickt. Tack också till våra psykologkolleger i pilotgruppen och runt om i landet som bidragit med värdefulla synpunkter både inför studien och med kommentarer i svaren.

Tack alla ni, som anonymt eller med namn, har hjälpt oss på vägen med uppmuntrande kommentarer, klargörande frågor och som med intresse följt vårt arbete och engagemang för de personer som studien verkligen rör. Tack Jörn, för mat, tid och uppmuntran.
SAMMANFATTNING

Neuropsykologiska utredningar efter förvärvad hjärnskada i vuxen ålder kan utgöra ett underlag för bedömning av ansökan om insatser via Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Studien syftar till att undersöka hur psykologer gör dessa utredningar och vilka faktorer som påverkar säkerhet i bedömnings-

En enkät arbetades fram för att kartlägga detta och skickades till medlemmar i Sveriges neuropsychologers förening. Studien visar att svenska neuropsychologer undersöker en mängd funktioner och använder ett stort antal test och för att göra bedömningen av om det föreligger ett begävningsmässigt funktionshindre.

Av de utredningsinstrument som anges är Wechsler skalorna de som används mest frekvent. Att beräkna intelligenskvot varierar stort i gruppen där drygt hälften anger att de alltid gör en beräkning av detta. Förutom neuropsychologiska testresultat använder utredande psykologer information från patientintervju samt medicinsk information i hög utsträckning som underlag för bedömningen. Även andra faktorer påverkar som exempelvis tillgång till eget nätverk vid utredning av betydandeaspekten och tid efter skada vid utredning av beståendeaspekten.

Det framkommer en större säkerhet i bedömningen av om det begävningsmässiga funktionshindret är betydande än om det är bestående. Säkerhet i helhetsbedömningen påverkas av hur lämpliga man anser att de utredningsinstrument man använder är för att besvara frågeställningen.

Nyckelord:

Förvärvad hjärnskada, funktionshinder, LSS-lagen, neuropsychologiska utredningsmetoder, begävning, intelligens.
BAKGRUND

Efter en hjärnskada i vuxen ålder kan personer som bedöms ha ett betydande och bestående begävningsmässigt funktionshinder ha rätt till stöd från samhället via Lagen om särskilt stöd för vissa funktionshindrade (LSS 1993:387). Hjärnskadan ska då vara en följd av kroppslig sjukdom eller yttre våld och som vuxen räknas en individ efter det att den så kallade utvecklingsåldern avslutats, vanligen efter 16 års ålder (Regeringsproposition 1992:93/159 s. 54).

För att ansöka om insatser via LSS och personkrets 2, som rör vuxna med förvärvad hjärnskada, krävs ibland en neuropsychologisk utredning för bedömning av skadans omfattning och prognos. Det finns idag inte någon samlad bild av var dessa utredningar görs, hur de genomförs och vad bedömningen om skadans omfattning och prognos baseras på. Denna studie syftar till att kartlägga dessa aspekter.

I följande avsnitt beskrivs vanliga orsaker till förvärvad hjärnskada i vuxen ålder, bakgrund till och en kort beskrivning av LSS-lagen samt viktiga begrepp som relaterar till ett betydande och bestående begävningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder.

Förvärvad hjärnskada och dess bakomliggande faktorer

Traumatisk hjärnskada


Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder

**Stroke**

Stroke är ett samlingsnamn för när en propp eller blödning drabbar hjärnan och en annan av de vanligaste orsakerna till påverkan på hjärnan i vuxen ålder. Medelåldern bland dem som drabbas i Sverige är 75 år och risken ökar markant med stigande ålder. Av dem som drabbas av stroke får ca 85 procent en propp i något av hjärnans kärl och ca 15 procent drabbas av en blödning.

Förekomsten av icke traumatisk subarachnoidalblödning varierar mellan olika länder och kontinenter. I Sverige varierar förekomsten mellan 9-21/100 000 per år och är vanligast förekommande i åldrarna 40-60 år (Ingall, Asplund, Möhönen & Bonita, 2000). Trots ökad kunskap om tillståndet och större rehabiliteringsinsatser är antalet svårt funktionshindrade efter subarachnoidalblödningar fortsatt högt (Lambert et al, 2002).

Incidenst för insjuknande i stroke i Sverige är 300/100.000 (Socialstyrelsen, 2004) vilket betyder att cirka 30 000 personer insjuknar i Sverige varje år. Av dessa insjuknar cirka 20 000 för första gången. Av alla som drabbas är 20 procent yngre än 65 år vilket betyder att upp mot 6000 personer är i arbetsför ålder och skulle vid mer omfattande och varaktiga konsekvenser kunna ha rätt till stöd via LSS.

**Infektion, neurologiska sjukdomar, cerebrovaskulär sjukdom**

Infektioner som påverkar centrala nervsystemet, neurologiska sjukdomar, cerebrovaskulär sjukdom samt syrebristrelaterade skador är andra orsaker till hjärnskada i vuxen ålder.


Hjärtsjukdom är generellt starkt associerat med cerebral vaskulär sjukdom vilket kan resultera i kognitiva nedsättningar.

Dåligt justerad diabetes och metaboliska sjukdomar är andra tillstånd som kan ge diffusa effekter på cerebral funktion och medför en ökad risk att drabbas av stroke. Andra orsaker till nedsatt hjärnfunktion är neurologiska sjukdomar som MS, Parkinsons sjukdom, Huntington samt tidigt debuterande demens (före 65 års ålder).
Lag (1992:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Historik
Samhällets omhändertagande och omsorger om personer med handikapp och funktionshindrer har utvecklats under 1900-talet. Före 1944 byggde samhällets omsorger om dessa personer till stor del på frivilliga åtaganden. Av de som inte togs om hand av anhöriga flesta vistades på särskildaanstalter.

1955 kom "Lagen om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna". Den ersattes 1968 av "Lagen om omsorg om vissa psykiskt utvecklingsstörda". Man lade där stor vikt vid i samhället integrerade omsorger (Bakk & Grunevald, 2004).

I mitten av 80-talet kom en ny omsorgslag. De gamla anstalterna och specialsjukhusen började avvecklas. Endast i undantagsfall fick någon skrivas in och då enbart om det fanns synnerliga skäl. Man statuerade att "de med autism" och de som efter sin barndom förvärvar en hjärnskada som ger ett begävningshandikapp fick rätt till särskilda omsorger (Bakk & Grunevald, 2004).


LSS idag

Målsättningen med den verksamhet som regleras enligt LSS är att de personer som omfattas av lagen skall få insatser som underlättar den dagliga livsföringen och främjar delaktighet i samhällslivet.

En statlig utredning, den så kallade LSS-kommittén, har nyligen gjort en översyn av LSS (SOU 2008:77) vilken utmynnade i förslag till ändringar i lagtexten som dock ej berör vuxna med förvärvad hjärnskada i någon större omfattning (Bergstrand, 2011).

LSS – en rättighetslag och en pluslag
Det som kännetecknar rättighetslagen är att det skall finnas:

- En definierad personkrets som omfattas av nämnda lag.
- En beskrivning av de rättigheter (insatser) som personkretsen kan utkräva.
- Överklagningssätt som avser de i lagen angivna rättigheterna enligt den ordning som gäller för förvaltningsbesvär (Bergstrand, 2011).

LSS är också en så kallad pluslag och skall inte ersätta hälso- och sjukvårdslagen, skollagen eller socialtjänstlagen utan istället utgöra ett komplement till dessa lagar. En begäran om stöd och service från en person som omfattas av lagen bör i första hand prövas enligt LSS om det är en insats som regleras i lagen. Motivet till detta är att det i allmänhet får antas vara till fördel för den enskilde.


**Personkretsarna**

För att få stöd eller service enligt LSS krävs att kommunen bedömer att individen tillhör en av de tre så kallade personkretsarna. Lagen innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskilt service åt personer med:

- Personkrets 1. Utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd
- Personkrets 2. Betydande och bestående begävningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder förorlledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom
- Personkrets 3. Andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service

**Definitioner**

I lagtexten är det inte närmare definierat vad som är att anse som "betydande” och "bestående" men väl i de inledande bestämmelserna till LSS (Bergstrand, 2011). Där definieras inte begreppet bestående men däremot begreppet varaktigt enligt följande:

"Funktionshindret skall vara varaktigt, det vill säga inte vara av tillfällig eller mer övergående natur. En bedömning av varaktigheten görs då man avgör om personen tillhör personkretsen eller ej.” (Bergstrand, 2010, s. 16)

Ordet betydande definieras, enligt samma källa som:

"funktionshindret skall alltså vara varaktigt och stort och dessutom förorsaka personen betydande svårigheter i den dagliga livsföringen. Med detta menas att den enskilde inte på egen hand kan klara vardagsrutiner som toalettbesök, hygien, påklädning, matåtgång, förflyttning och sysselsättning eller utföra nödvändig träning eller behan-
Begreppet *begåvningsmässigt* är inte närmare definierat i lagen eller dess förarbeten. För personkrets 2 hänvisas till att den medicinska diagnosen i huvudsak är avgörande för om personen tillhör personkretsen. Om man bedöms tillhöra personkrets 2 ger LSS rätt till tio insatser för särskilt stöd och särskild service utöver det som kan fås genom annan lagstiftning. Det kan till exempel handla om kvalificerat expertstöd, personlig assistans, ledsagarservice, korttidsvistelse utanför egna hemmet och/eller daglig verksamhet.

Daglig verksamhet är kommunens ansvar och individen ska vara i yrkesverksam ålder. Man får inte ha ett annat arbete eller studera samtidigt.

För många vuxna med förvärvad hjärnskada kan bristen på sysselsättning vara svår att hantera. Möjlighet till sysselsättning via någon form av daglig verksamhet är ibland det enda återstående alternativet då man inte anses kunna stå till den öppna arbetsmarknadens förfogande (Socialstyrelsen, 2010). Insatsen daglig verksamhet är förbehållen personkrets 1 och 2.


**Funktionshinder**


Syftet med en entydigt utformad terminologi är att alla som skall uttala sig och fatta beslut är eniga om ett begrepp innebör och att man talar om samma sak. Det rådde tidigare begreppsförvirring kring funktionshinder och funktionsnedsättning då de båda begreppen ofta användes synonymt och ibland med olika betydelser.

Begreppet funktionshinder utgör sedan oktober 2007 en egen termpost och definieras som: ”Begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen”. I kommentarfältet anges exempel på begränsningar:

”...svårigheter att klara sig själv i det dagliga livet och bristande delaktighet i arbetsslivet, i sociala relationer, i fritids- och kulturaktiviteter, i utbildning och i demokratiska processer. Det handlar framförallt om bristande tillgänglighet i omgivningen.” (http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio#anchor_3, hämtat 2011-12-13).

Vidare sägs att ”en person har således inte ett funktionshinder utan funktionshindret uppstår i förhållande till omgivningen”. Den nya beskrivningen av begreppet funktionshinder gör det lättare att beskriva miljöns betydelse för de svårigheter som en person med funktionsnedsättning kan möta i sin vardag. Det är nu möjligt att använda uttryckten funktionshindrande miljöer eller funktionshindrande processer för att beskriva de svårigheter personen möter.
Synen på begåvning och intelligens

Definitionen av begreppet begåvning skiljer sig åt i olika delar av världen. Det är i västvärlden som begåvningstestning, i syfte att mäta en enskild individs intelligens, har utvecklats. Där värderas av tradition intellektuella förmågor högst, framför praktiska och sociala förmågor. I Kina t ex, uppfattas begåvning som omnjukhet och förmåga att agera utifrån rättviseprinципer och i andra asiatiska länder är intelligens mer baserat på sociala färdigheter. På den afrikanska kontinenten har begreppet intelligens främst innefattat förmågor och färdigheter som bidrar till att upprätthålla harmoniska relationer inom och mellan grupper (Mabon, 2004).


Professor Howard Gardner (Gardner, 1994; 1999) definierar i sin teori sju olika skilda intelligenser: intrapersonell (självkännedom), interpersonell (social), kroppslig-kinestetisk, logisk-matematisk, musikalisk-rytmisk, verbal-lingvistisk samt visuell-spatial. Han menar att en individ, för att kunna lösa reella problem och möta svårigheter i livet, måste ha tillgång till en uppsättning ”problemloöningsverktyg”. Denna intellektuella kapacitet innebär även att individen skall kunna fungera och möta krav i sin kulturella miljö.


Kognitiv neurovetenskap betonar uppmärksamhet som en viktig grund för kognitiva processer och inom affektiv neurovetenskap betonas hur emotionella kognitiva processer påverkar hur individen fungerar inom t ex socialt samspel (Nyberg, 2009). I den svenska manualen för WAIS IV definierar Wechsler intelligens som ”The capacity of the individual to act purposefully, to think rationally, and to deal effectively with his environment” (2011 s. 7).

Sammanfattningsvis är begåvningss och intelligensbegreppet svår definierat, sammanhang och kulturbundet. Sett både ur ett historiskt och ett nutida perspektiv bör begreppet begåvning betraktas utifrån sin kulturella kontext.

Intelligenskvot IK

Intelligenskvot är en standardiserad index för generell kognitiv begåvning. IK-skalan är ett mått att via tester bedöma en persons intelligens. Den genom testningen fastställda intelligensåldern (IÅ) divideras med levnadsåldern (LÅ), vilket sedan multipliceras med 100. Då intelligensålder och levnadsålder sammanfaller blir IK=100. Testanden har då löst alla uppgifter som faststälts för dennes åldersnivå på ett korrekt sätt.

Genomsnittlig intelligens är 100 IK poäng med ett span/variantionsbredd på 85 till 115.

Att utläsa intelligenskvot utifrån en enskild siffra blir således missvisande om man inte samtidigt uppger den skala som använts. Det är även av vikt att testet är normerat samt att den normgrupp man jämför med är relevant för personen vars resultat man analyserar. De poäng som räknas fram efter en IQ-skala måste sättas in i det sammanhang i vilken testningen sker samt individens sociala och kulturella preferenser, premorbid förmåga och funktion i vardagen.

**Bedömning av skadans omfattning**

*Nedsättning i förhållande till en normalgrupp*


<table>
<thead>
<tr>
<th>Classification</th>
<th>z-score</th>
<th>Percent included</th>
<th>Lower limit of percentile range</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Very superior</td>
<td>+2.0 and above</td>
<td>2.2</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>+1.3 to 2.0</td>
<td>6.7</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>High average</td>
<td>+0.6 to 1.3</td>
<td>16.1</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>Average</td>
<td>+0.6</td>
<td>50.0</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Low average</td>
<td>-0.6 to –1.3</td>
<td>16.1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Borderline</td>
<td>-1.3 to –2.0</td>
<td>6.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Retarded**</td>
<td>-2.0 and below</td>
<td>2.2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Neuropsychological Assessment. p 146.

**I engelska manualen för WAIS-IV (Wechsler, D. 2008) används begreppet “extremely low”.

I den svenska manualen för WAIS-IV (2010) ses följande uppdelning och kvalitativa beskrivningar:

Tabell 2. Kvalitativa beskrivningar av IK- och indexpoäng WAIS-IV*.

<table>
<thead>
<tr>
<th>SD</th>
<th>IK/Index</th>
<th>Percentil</th>
<th>Skalpoäng</th>
<th>Siffror i ord</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+3 SD</td>
<td>145</td>
<td>99,9</td>
<td>19</td>
<td>Betydligt över genomsnittet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>140</td>
<td>99,6</td>
<td>18</td>
<td>IK 131-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>135</td>
<td>99</td>
<td>17</td>
<td>Skalpoäng 17-19</td>
</tr>
<tr>
<td>+ 2 SD</td>
<td>130</td>
<td>98</td>
<td>16</td>
<td>Klart över genomsnittet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>125</td>
<td>95</td>
<td>15</td>
<td>IK 116-130</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>120</td>
<td>91</td>
<td>14</td>
<td>Skalpoäng 14-16</td>
</tr>
<tr>
<td>+1 SD</td>
<td>115</td>
<td>84</td>
<td>13</td>
<td>Genomsnittets över del</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>110</td>
<td>75</td>
<td>12</td>
<td>IK 108-115</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Skalpoäng 12-13</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>105</td>
<td>63</td>
<td>11</td>
<td>Genomsnittligt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100</td>
<td>50</td>
<td>10</td>
<td>IK 93-107</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>95</td>
<td>37</td>
<td>9</td>
<td>Skalpoäng 9-11</td>
</tr>
<tr>
<td>-1 SD</td>
<td>90</td>
<td>25</td>
<td>8</td>
<td>Genomsnittets nedre del</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>85</td>
<td>16</td>
<td>7</td>
<td>IK 85-92</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Skalpoäng 7-8</td>
</tr>
<tr>
<td>-2 SD</td>
<td>80</td>
<td>9</td>
<td>6</td>
<td>Klart under genomsnittet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>75</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>IK 74-80</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>70</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>Skalpoäng 4-6</td>
</tr>
<tr>
<td>-3 SD</td>
<td>65</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>Betydligt under genomsnittet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>60</td>
<td>0,4</td>
<td>2</td>
<td>IK-69</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>55</td>
<td>0,1</td>
<td>1</td>
<td>Skalpoäng 1-3</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Nedsättning i förhållande till premorbid funktionsnivå

Att bedöma en individs premorbid funktionsnivå (funktionsnivå före ett insjuknande eller en skada) är centralt för att avgöra om nedsatt kognitiv funktion är medfödd/tidigt förvärvad eller en följd av hjärnskada i vuxen ålder. Detta är viktig information inför bedömning av personkretsstillhörighet.
Bedömning av prognos

För att omfattas av LSS ska en bedömning av hjärnskadans prognos och de effekter man ser som bestående göras. I en översikt över studier där man har tittat på vilka faktorer som påverkar prognosen efter traumatisk hjärnskada konstateras att konsekvenserna i hög grad kan variera, särskilt vid måttliga till svåra hjärnskador (Lingsma, Roozenbeek, Steyerberg, Murray & Maas, 2010).


I flera studier förknippas effekterna av anoxisk hjärnskada med svårare konsekvenser och sämre prognos än traumatisk hjärnskada (Cullen & Weisz, 2011; Fitzgerald, Aditya, Prior, McNeill & Pentland, 2010).


Vid degenerativa sjukdomar som t ex tidig demensutveckling och vid kognitiv påverkan av vissa neurologiska sjukdomar som t ex MS försämras prognosen på lång sikt då sjukdomarna är av kronisk och progredierande natur (Lezak, 2004).

Neuropsychologiska testresultat och prognos

Ett sätt att finna stöd för att förutsäga möjlig återhämtning och prognos efter förvärvad hjärnskada har varit att undersöka relationen mellan neuropsychologiska utredningsresultat och funktion efter hjärnskada.

Christensen et al (2008) gjorde uppföljningar två, fem och tolv månader efter skada och såg en återhämtning inom alla kognitiva domäner mätt med neuropsychologiska test. Den största återhämtningen skedde inom de första fem månaderna efter skadan men man såg olika mönster av förbättring beroende på kognitiv funktion. Psykomotorisk snabbhet och visuospatial funktion visade en signifikant återhämtning även efter det första halvåret medan mental processhastighet och minnesfunktioner framstod som de funktioner som hade åter-
hämtat sig minst vid upprepad mätning ett år efter skada.


Tolkning av testresultat
Merparten av de testbatterier och enskilda test som används av svenska neuropsykioler avser att ge en bild av olika kognitiva funktioner. Vissa testbatterier ger möjligheten att beräkna generell begåvningsmässig funktionsnivå, det vill säga kan ge ett mått på intelligens som till exempel Wechsler Adult Intelligence Scale IV (WAIS-IV) (Wechsler 2008). En testsituation, med relativt små krav på förmågan att planera, organiser, kontrollera impulser och känslor, kan emellertid ge goda testresultat med liten koppling till hur det fungerar för personen i
Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder

vardagen utanför testsituationen. En annan svårighet i tolkningen av de siffermässiga resul-
taten är att de normer som finns ofta är framtagna för andra grupper, i andra sammanhang
och under andra förutsättningar än de som utredningen gäller. Tillförlitligheten riskerar att
vara sämre när vi undersöker olika patientgrupper och testets validitet och reliabilitet kan
variera. Testresultaten för vuxna med förvårdad hjärnskada kan variera mellan olika test och
beroende på vilka förmågor som det ställs relativt sett högre krav på. Signifikanta skillnader
mellan olika delskalar i WAIS kan leda till att ett sammanslaget IK-värde inte blir representa-
tivt för personens funktion.

Få neuropsykologiska test är, som Crosson (2000) påpekar, designade för att till exempel
beskriva personlighetsförändringar efter hjärnskada eller att fånga upp bekymmer efter hjärn-
skada på grund av det som sammanfattande brukar benämnas nedsatta frontala funktioner.
Förändringar i dessa funktioner och i personligheten kan dock ha förödande konsekvenser för
möjligheten att fungera i t ex arbete. Svårigheten för neuropsykologer att bedöma förmågor
som har betydelse för det vardagliga fungerandet efter hjärnskada illustreras bland annat i Ra-
bin, Borgos och Saykins (2008) studie där man med hjälp av en enkät med en kombination
av öppna och slutna svarsalternativ, undersökte amerikanska neuropsykologers praktik och
perspektiv på bedömning av omdöme efter hjärnskada. Av dem som deltog i studien upp-
levde 87 procent ett behov av förbättrade metoder för att göra en sådan bedömning.

Sammanfattningsvis kan olika skador och sjukdomar ge hjärnskador i vuxen ålder. Bedömning
av omfattning respektive varaktighet efter hjärnskada görs ibland av psykologer
för att ge underlag för bedömning av personkritetstillhörighet i LSS. LSS är utformad i syfte
att ge de som drabbas av ett betydande och bestående funktionshinder insatser som underlätt-
tar i vardagen och främjar delaktighet i samhällslivet. Innebördens i begrepp som betydande,
bestående och funktionshinder är till viss del definierade i lagtexten och dess förarbeten men
inte begreppet begävning. I den forskning vi refererar till illustreras att begävning inte är ett
entydigt begrepp. Av tradition mäts i västvärlden begävning med hjälp av IK-skalor som ex-
empelvis WAIS. Beskrivning av ett nedsatt resultat på test som avser mäta kognitiv funktion
bygger idag på konventioner och uttrycks ofta i hur långt från normalgruppens medelvärde
resultatet är. Återhämtning och prognos efter hjärnskada i vuxen ålder varierar stort mel-
lan olika individer och till exempel ålder vid skadetillfället, diagnos och omfattningen av
den initiala skadan påverkar prognosen. Neuropsykologiska testresultat inom olika kognitiva
domäner har vissa samband med prognos på kortare och längre sikt. En svårighet i tolknin-
gen av siffermässiga resultat är att det sällan finns normer framtagna för olika patientgrupper.

Det finns idag inte någon samlad bild av var psykologutredningar för bedömning av bety-
dande och bestående begävningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder görs,
hur de görs och vad bedömningen om skadans omfattning och prognos baseras på.
SYFTE

Syftet med studien är att:

- beskriva gruppen psykologer som gör LSS-2 utredningar med avseende på demografska variabler som ålder, kön och eventuell specialistkompetens.
- inventera bakgrundsfakta inför utredning så som inom vilka verksamheter dessa görs, möjliga remissvägar och aktuella diagnoser.
- undersöka psykologers utredningsförfarandet i LSS-2 utredningar med avseende på informationskällor, funktioner som vanligen bedöms, vanligt förekommande utredningsinstrument samt övriga faktorer som eventuellt har betydelse för bedömningen.
- undersöka faktorer som påverkar psykologens säkerhet i bedömningen.
METOD

Deltagare

Möjliga deltagare i studien bestod av medlemmar i Sveriges neuropsykologers förening (SNPF). Föreningen är den största yrkesföreningen sett till antalet medlemmar inom Sveriges Psychologförbund och dess medlemmar är i första hand psykologer som arbetar med eller har ett särskilt intresse för neuropsychologi. Inklusionskriterierna bestämdes till medlemsskap i SNPF, legitimerad psykolog alternativt PTP-psykolog1 i yrkesverksam ålder (upp till och med 65 år) samt verksam i Sverige.

SNPF: s medlemsregister innehöll vid tiden för studien 807 poster. Av dessa sorterades 16 poster bort i första granskningen på grund av ofullständig adress, adress i utlandet och dubblettposter. Det första utskicket gick till 791 personer. Av dessa returnerades 23 med hänvisning till okänd adressat och uteslöts ur urvalsgruppen som bestod av 768 poster. Det sammanlagda antalet inkomna svar var 525 vilket motsvarar en svarsfrekvens på 68 %. Av dessa angav 71 personer att de inte var psykologer alternativt inte var yrkesverksamma och de uppfyllde därmed inte inklusionskriterierna.

Det totala antalet inkomna svar där inklusionskriterierna var uppfyllda var 454. Av dessa angav 91 personer att de gjorde LSS 2-utredningar.

Figur 1. Flödesschema

---

1 Psykolog som gör legitimationsgrundande praktisk tjänstgöring för psykologer under 12 månader.
Instrument


De övriga frågeområdena var inriktade på LSS 2-utredningar och frågeområde två inleddes med att inventera hur ofta och i vilka verksamheter LSS 2-utredningar gjordes samt vilka diagnoser som orsakat hjärnskadan. Frågeområde tre rörde utredningsförfarandet som varifrån man hämtade information, vilka funktioner som utredades, hur ofta olika funktioner utreddes, vilka utredningsinstrument man använde samt vilka faktorer man ansåg vara viktiga för sin bedömning. Frågorna där man ombads att ange sina mest frekvent använda utredningsinstrument bestod av öppna svarsalternativ med möjlighet att ange upp till tio olika testbatterier respektive enskilda deltest. Det fjärde frågeområdet rörde psykologens uppfattning om lämpligheten i utredningsinstrumenten i relation till LSS 2-utredningars frågeställning samt den egna säkerheten i bedömning av hjärnskadans omfattning och prognos. För att undersöka hur säkra neuropsychologer kände sig i sin bedömning av en persons omdöme utifrån de testinstrument som de i tidigare fråga angett att de använde angavs svarsalternativet på en sjagradska med verbal förankring vid 0 (helt olämpliga), 2 (ganska olämpliga), 4 (ganska lämpliga) och 6 (mycket lämpliga). I en vidgning av frågan ombads testpersonen att skatta av hur säker denne vanligen kände sig i sin bedömning vid färdigställd LSS 2-utredning med verbal förankring vid 0 (osäker), 2 (gansa osäker), 4 (ganska säker) och 6 (helt säker).

Följebrev och två bilagor bifogades enkäten (bilaga 2-4). Den första bilagan beskrev kortfattat LSS-lagstiftningen och personkretsarnas omfattning och innehöll länkar till Socialstyrelsens och Riksdagens hemsida för möjlighet för deltagaren att söka ytterligare information om LSS. Den andra bilagan innehöll exempel på 50 utredningsinstrument för vuxna som förekommer i neuropsychologiska utredningar. Exempelen valdes utifrån de utredningsinstrument som är frekvent använda bland psykologer i Sverige (Berg och Billman, 2009), om-

2 Pilotgrupp om sju psykologer var av två verksamma inom psykiatri, två på privat psykologmottagning, två inom rehabilitering och en verksam på vårdcentral.
nämnda test i Neuropsychological Assessment (Lezak, 2004) samt uppgifter från Hogrefe förlag och Pearson Assessment om nya respektive mest sålda instrument på marknaden.

**Procedur**


För att garantera att deltagarnas svar avidentifierades togs de numrerade svarkuverten emot av en och samma författare (HF) för registrering av att svaret kommit in gentemot adresslistan. Kuverten lämnades sedan oöppnade vidare till den andra författaren (WA) utan tillgång till adresslistan för registrering av svar i statistikprogram.

**Analys**

Statistisk bearbetning i form av beskrivande analyser av medelvärden och frekvensfördelningar genomfördes med hjälp SPSS version 19. Multipel regression utfördes på data för gruppen som gjorde LSS 2-utredningar för variblerna antal yrkesverksamma år, specialist, hur lämpliga man ansåg att utredningsinstrumenten var för bedömning av betydande- respektive beståendeaspekten samt hur säker man kände sig i sin bedömning av betydande- respektive beståendeaspekten.

Oberoende t-test utfördes för att jämföra om ålder respektive antal yrkesverksamma år skilde sig åt mellan den grupp som gjorde LSS 2-utredningar och den grupp som inte gjorde det.

Beroende t-test gjordes för att jämföra medelvärden på variblerna om hur lämpliga man ansåg utredningsinstrumenten var för att bedöma om det förelåg ett betydande respektive bestående begävningsmässigt funktionshinder. Detta redovisas i resultatavsnittet. En del enkäter innehöll uteblivna svar och antalet deltagare varierar därför något mellan frågorna.

**Design**

Studien är en deskriptiv kvantitativ studie av psykologers metoder vid bedömning av om det föreligger ett betydande och bestående begävningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder. Data samlades in med hjälp av en för studien framtagen enkät.
RESULTAT

Gruppen svenska neuropsykologer

Av de 454 som uppfyllde inklusionskriterierna var 76,1 procent kvinnor och 23,9 procent män. Medelåldern på deltagarna var 48,7 år. I genomsnitt hade man varit yrkesverksam som legitimerad psykolog i 14,8 år och 98 personer (21,6 %) hade specialistkompetens. 10 personer (2,3 %) uppgav att de gjorde PTP. 91 personer av 454, det vill säga 20 procent, svarade att de i sin nuvarande yrkesutövning gjorde LSS 2-utredningar. 27 stycken av dessa (29,7 %) var specialist. Könsfördelningen i den utredande gruppen var något annorlunda jämfört med hela gruppen och bestod av 65 procent kvinnor och 34 procent män. Medelåldern var 50 år och gruppen hade i genomsnitt arbetat 16,3 år. Skillnaderna i medelvärde avseende ålder och antal yrkesverksamma år mellan grupperna var inte signifikanta.

LSS 2-utredningar, bakgrundsfakta

Dessa fakta omfattade frågor som inriktades på att inventera hur ofta och inom vilka verksamheter psykologer gjorde LSS 2-utredningar. Över 90 procent av utredningarna gjordes inom landstinget och närmare 10 procent gjordes i privat regi vilket framgår av tabell 3.


Beroendeenhet, minnesmottagning, vuxenpsykiatrisk öppenvård, geriatrik samt neuropsykiatrisk utredningsenhet angavs vid specificering inom psykiatrin. Inom habiliteringsverksamhet gjordes 15,9 procent av utredningarna. Behandlingshem, primärvård, socialtjänst och skola var de verksamhetsområden där, enligt föreliggande enkät, få eller inga LSS 2-utredningar gjordes (se tabell 4). Det vanligaste var att man gjorde mellan 2-5 utredningar per år (se tabell 5).

Tabell 3. Procentuell fördelning per område där LSS 2-utredningar görs

<table>
<thead>
<tr>
<th>Område</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Landsting</td>
<td>90,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Privat</td>
<td>9,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Kommun</td>
<td>3,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Stat</td>
<td>1,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabell 4. Procentuell fördelning av verksamhetsområden för LSS 2-utredningar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Verksamhetsområde</th>
<th>Antal</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rehabilitering</td>
<td>28</td>
<td>31,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Psykiatri</td>
<td>21</td>
<td>23,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Habilitering</td>
<td>14</td>
<td>15,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurologi</td>
<td>10</td>
<td>11,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Strokeenhet</td>
<td>3</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Privat mottagning</td>
<td>2</td>
<td>2,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Primavård</td>
<td>1</td>
<td>1,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Socialtjänst</td>
<td>1</td>
<td>1,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Skola</td>
<td>1</td>
<td>1,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Behandlingshem</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Annat*</td>
<td>7</td>
<td>8,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Här angavs tex minnesmottagning och geriatrik, verksamheter som i andra fall har angivits som specifikation under psykiatri

Tabell 5. Procentuell fördelning av antal utredningar per år

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antal utredningar/år</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0-1</td>
<td>24,2</td>
</tr>
<tr>
<td>2-5</td>
<td>53,8</td>
</tr>
<tr>
<td>6-10</td>
<td>8,8</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;10</td>
<td>13,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabell 6. Procentuell fördelning av angivna remissvägar

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Antal</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Via teamkonferens/rond inom egen verksamhet</td>
<td>50</td>
<td>54,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Via internremiss från behandlande läkare inom egen verksamheten</td>
<td>44</td>
<td>48,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Via remiss från annan verksamhet inom hälso- och sjukvården</td>
<td>35</td>
<td>38,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Via biståndsbedömare</td>
<td>12</td>
<td>13,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Via egenremiss</td>
<td>8</td>
<td>8,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Via försäkringskassa</td>
<td>6</td>
<td>6,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Annat*</td>
<td>8</td>
<td>8,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Här angavs till exempel kontakt via socialtjänsten samt via privat aktör.

Tabell 7. Procentuell fördelning av diagnoser aktuella vid LSS 2-utredningar

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Antal</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Skalltrauma</td>
<td>74</td>
<td>81,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Stroke</td>
<td>60</td>
<td>65,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Hjärnskada pga infektion</td>
<td>59</td>
<td>64,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Anoxisk hjärnskada</td>
<td>55</td>
<td>60,4</td>
</tr>
<tr>
<td>CNS-tumör</td>
<td>48</td>
<td>52,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Demens</td>
<td>33</td>
<td>36,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurologisk sjukdom*</td>
<td>32</td>
<td>35,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Skada pga drogmissbruk</td>
<td>31</td>
<td>34,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Annan**</td>
<td>11</td>
<td>12,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Främst angavs MS, epilepsi, Parkinsons sjukdom och Huntingtons sjukdom
** Här angavs diagnoser som till exempel AIDS, psykossjukdom samt metabol sjukdom.
Utredningsförfarandet

Det tredje frågeområdet fokuserade på varifrån psykologer fick information om de personer som utreddes. Frågorna rörde vilka funktioner som bedömdes, vilka utredningsinstrument man använde samt vilka faktorer man ansåg vara viktiga för sin bedömning för om det förelåg ett betydande och bestående begävningsmässigt funktionshinder. Egen informationssökning (böcker, artiklar, internet, etc) visade sig vara den främsta kunskapskällan (71,4%) följt av handledning/diskussion med kollega (68,1%)(se tabell 8).

Tabell 8. Angivna kunskapskällor (svarsfördelning angiven i antal och procent)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kunskapskälla</th>
<th>Antal</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Egen informationssökning</td>
<td>65</td>
<td>71,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Handledning/diskussion med kollega</td>
<td>62</td>
<td>68,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Specialistutbildning</td>
<td>35</td>
<td>38,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Riktlinjer på arbetsplatsen</td>
<td>24</td>
<td>26,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Grundutbildning</td>
<td>23</td>
<td>25,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Extern handledning</td>
<td>22</td>
<td>24,2</td>
</tr>
<tr>
<td>PTP</td>
<td>18</td>
<td>19,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Via yrkesförening/förbund</td>
<td>17</td>
<td>18,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Arrangerad utbildning på arbetsplatsen</td>
<td>11</td>
<td>12,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Annat*</td>
<td>18</td>
<td>19,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Till exempel kontakter med Socialstyrelsen och biståndsbedömare samt egen samlad erfarenhet.


En del i frågeområdet var även att få svar på vilka informationskällor som användes vid LSS 2-utredningar. Utifrån elva givna svarsalternativ och två öppna, ombads man att gradera svaren på en stigande femgradig skala med stegen aldrig, sällan, ibland, ofta, alltid.

I tabell 9 nedan framkommer att neuropsyologiska testdata, patientintervju samt medicinsk information användes mest frekvent. Användandet av personlighetstest och självskattningsskalor varierade stort i gruppen. Videofilmning användes i princip aldrig som informationskälla.
Tabell 9. Frekvens för använda informationskällor vid LSS 2-utredning (svarsfördelningen angiven i procent)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informationskälla</th>
<th>Aldrig (0)</th>
<th>Sällan (1)</th>
<th>Ibland (2)</th>
<th>Ofta (3)</th>
<th>Alltid (4)</th>
<th>Medel</th>
<th>SD</th>
<th>n</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neuropsykosologiska testdata</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>1,1</td>
<td>4,5</td>
<td>94,4</td>
<td>3,9</td>
<td>0,3</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>Patientintervju</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>2,2</td>
<td>7,7</td>
<td>90,1</td>
<td>3,9</td>
<td>0,4</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Medicinsk information</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>3,4</td>
<td>11,4</td>
<td>85,2</td>
<td>3,8</td>
<td>0,5</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Beteendeobservation</td>
<td>0,0</td>
<td>2,4</td>
<td>12,9</td>
<td>10,6</td>
<td>74,1</td>
<td>3,6</td>
<td>0,8</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>Information från andra yrkeskategorier</td>
<td>0,0</td>
<td>5,6</td>
<td>7,8</td>
<td>27,8</td>
<td>58,9</td>
<td>3,4</td>
<td>0,8</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Information från närstående</td>
<td>0,0</td>
<td>1,1</td>
<td>13,1</td>
<td>38,9</td>
<td>46,7</td>
<td>3,3</td>
<td>0,7</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Information om skol-/arbetsprestationer</td>
<td>2,3</td>
<td>6,8</td>
<td>14,8</td>
<td>30,7</td>
<td>45,5</td>
<td>3,1</td>
<td>1,0</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Tidigare psykologutredning</td>
<td>0,0</td>
<td>11,2</td>
<td>31,5</td>
<td>27,0</td>
<td>30,3</td>
<td>2,8</td>
<td>1,0</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>Självskattningssskalor</td>
<td>6,8</td>
<td>18,2</td>
<td>22,7</td>
<td>33,0</td>
<td>19,3</td>
<td>2,4</td>
<td>1,2</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Personlighetstest</td>
<td>28,7</td>
<td>28,7</td>
<td>21,8</td>
<td>11,5</td>
<td>9,2</td>
<td>1,4</td>
<td>1,3</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>Videofilmning</td>
<td>78,7</td>
<td>12,0</td>
<td>8,0</td>
<td>1,3</td>
<td>0,0</td>
<td>0,3</td>
<td>0,7</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>Annat*</td>
<td>1,1</td>
<td>1,1</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Två personer (2,2%) angav användande av värnpliktshandlingar.

På frågan om huvudsakligt tillvägagångssätt vid val av testinstrument ombads svarspersonerna att ta ställning till tre alternativ. Vanligaste tillvägagångssättet visade sig vara flexibelt (utgår från den enskilde patienten i varje utredning) som 46,1 procent angav. Detta svar följes av flexibelt batteri (ett antal test med given uppsättning beroende på patientgrupp) vilket 43,8 procent uppgav. Minst förekommande tillvägagångssätt var standardiserat batteri (en vald uppsättning av instrument som tillämpas vid alla typer av patientgrupper). 10,1 procent uppgav detta alternativ (tabell 10).

Tabell 10. Tillvägagångssätt vid instrumentval

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tillvägagångssätt</th>
<th>Antal</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Flexibelt</td>
<td>41</td>
<td>46,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Flexibelt batteri</td>
<td>39</td>
<td>43,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Standardiserat batteri</td>
<td>9</td>
<td>10,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Summa</td>
<td>89</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Beträffande frågan om vilka funktioner man bedömde i en LSS 2-utredning specificerades 14 givna svarsalternativ och två öppna som man ombads att gradera på en stigande skala med stegen: aldrig, sällan, ibland, ofta, alltid. Arbetsminne, uppmärksamhet, samt visuospatial funktion bedöms alltid av över 90 procent av de tillfrågade. Som framgår av tabell 11.
varierade frekvens för bedömning av intelligenskvot samt taktil respektive auditiv perception stort i gruppen.

### Tabell 11. Frekvens för bedömning av specifika funktioner (svarsfördelning angiven i procent)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Funktion</th>
<th>Aldrig (0)</th>
<th>Sällan (1)</th>
<th>Ibland (2)</th>
<th>Ofta (3)</th>
<th>Alltid (4)</th>
<th>Medel</th>
<th>SD</th>
<th>n</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arbetsminne</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>5,5</td>
<td>94,5</td>
<td>3,9</td>
<td>0,2</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Uppmärksamhetskompensation</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>3,3</td>
<td>5,5</td>
<td>91,2</td>
<td>3,9</td>
<td>0,4</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Visuospatial funktion</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>8,8</td>
<td>91,2</td>
<td>3,9</td>
<td>0,3</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Mental processhastighet</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>2,2</td>
<td>7,9</td>
<td>89,9</td>
<td>3,9</td>
<td>0,4</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>Inlärningsfunktion</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>4,4</td>
<td>6,6</td>
<td>89,0</td>
<td>3,8</td>
<td>0,5</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Verbal funktion</td>
<td>0,0</td>
<td>1,1</td>
<td>0,0</td>
<td>12,4</td>
<td>86,5</td>
<td>3,8</td>
<td>0,4</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>Exekutiva funktioner</td>
<td>0,0</td>
<td>1,1</td>
<td>0,0</td>
<td>11,0</td>
<td>87,9</td>
<td>3,7</td>
<td>0,4</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Episodiskt minne</td>
<td>0,0</td>
<td>2,3</td>
<td>8,0</td>
<td>14,8</td>
<td>75,0</td>
<td>3,6</td>
<td>0,7</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Semantiskt minne</td>
<td>1,1</td>
<td>2,3</td>
<td>11,4</td>
<td>12,5</td>
<td>72,7</td>
<td>3,5</td>
<td>0,9</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Psykomotorisk funktion</td>
<td>3,4</td>
<td>3,4</td>
<td>12,5</td>
<td>15,9</td>
<td>64,8</td>
<td>3,4</td>
<td>1,0</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Psykisk/emotionell funktion</td>
<td>0,0</td>
<td>3,4</td>
<td>10,2</td>
<td>30,7</td>
<td>55,7</td>
<td>3,4</td>
<td>0,8</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Intelligenskvot</td>
<td>11,1</td>
<td>6,7</td>
<td>7,8</td>
<td>11,1</td>
<td>63,3</td>
<td>3,1</td>
<td>1,4</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Auditiv perception</td>
<td>17,9</td>
<td>14,3</td>
<td>16,7</td>
<td>15,5</td>
<td>35,7</td>
<td>2,4</td>
<td>1,5</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>Taktil perception</td>
<td>42,7</td>
<td>19,5</td>
<td>23,2</td>
<td>8,5</td>
<td>6,1</td>
<td>1,2</td>
<td>1,2</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>Annat*</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Här nämns till exempel adaptiva funktioner och medvetenhet om nedsättning.

En del i utredningen av vilka metoder psykologer använde sig av som underlag vid bedömning om LSS-2 tillhörighet var kartläggningen av vilka testbatterier som användes. Svarsrespondenterna ombads att ange sina mest frekvent använda batterier – upp till tio stycken. Svarsalternativen var öppna men som hjälp bifogades en lista med exempel på 50 utredningsinstrument för vuxna som kan förekomma i neuropsychologiska utredningar.

Tabell 12. Mest frekvent använda testbatterier*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Testbatteri</th>
<th>Antal</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>WAIS-III Wechsler Adult Intelligence Scale III</td>
<td>49</td>
<td>53,8</td>
</tr>
<tr>
<td>WAIS-IV Wechsler Adult Intelligence Scale IV</td>
<td>32</td>
<td>35,2</td>
</tr>
<tr>
<td>WAIS-III NI WAIS III Som Neuropsykokologiskt Instrument</td>
<td>26</td>
<td>28,6</td>
</tr>
<tr>
<td>WAIS-R Wechsler Adult Intelligence Scale Revised</td>
<td>2</td>
<td>2,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Summa WAIS</td>
<td>109</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DKEFS Delis Kaplan Executive Function System</td>
<td>68</td>
<td>74,7</td>
</tr>
<tr>
<td>WMS Wechsler Memory System</td>
<td>46</td>
<td>50,5</td>
</tr>
<tr>
<td>BADS Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome</td>
<td>13</td>
<td>14,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Luria Lurias Neuropsykologiska undersökning</td>
<td>13</td>
<td>14,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

I de fall där man svarat WAIS men inte angett vilken version, eller "flera olika WAIS" utan att precisera vilka, så har detta statistikförts som WAIS-III då detta får anses vara den mest spridda versionen vid tidpunktens studien. I de fall där man på fråga 16 även uppgift enskilda test/deltest så har dessa statistikförts under fråga 17, se tabell 13.

* Redovisning av tabellen i sin helhet se bilaga 5.

Utöver testbatterier så efterfrågades vilka enskilda test man mest frekvent använde sig av i utredningarna. Man ombads även uppgö de enskilda deltest man använde sig av oavsett om man tidigare uppgitt testbatteriet i vilket det enskilda deltestet ingick.

Totalt angavs 125 olika test/deltest varav ett flertal endast en person uppgav att de använde. Mest frekvent användes Rey-Osterreith Complex Figure test (RCFT). Därefter kom Sifferrepetition och Blockmönster ur WAIS samt Claeson-Dahl test för inlärning och minne (se tabell 13).
Tabell 13. Mest frekvent använda enskilda test/deltest*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Enskilda test/deltest</th>
<th>Test/testbatteri</th>
<th>Antal</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RCFT</td>
<td>Rey-Osterreith Complex Figure test</td>
<td>81</td>
<td>89,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Sifferrepetition</td>
<td>WAIS</td>
<td>63</td>
<td>69,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Blockmönster</td>
<td>WAIS</td>
<td>59</td>
<td>64,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Claeson-Dahl</td>
<td>Test för inlärning o minne</td>
<td>51</td>
<td>56,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Likheter</td>
<td>WAIS</td>
<td>48</td>
<td>52,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Kodning</td>
<td>WAIS</td>
<td>46</td>
<td>50,5</td>
</tr>
<tr>
<td>WCST</td>
<td>Wisconsin Card Sorting test</td>
<td>46</td>
<td>50,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Matriser</td>
<td>WAIS</td>
<td>44</td>
<td>48,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Information</td>
<td>WAIS</td>
<td>40</td>
<td>44,0</td>
</tr>
<tr>
<td>TMT A+B</td>
<td>Trail making test</td>
<td>38</td>
<td>41,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Ordförråd</td>
<td>WAIS</td>
<td>36</td>
<td>39,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Aritmetik</td>
<td>WAIS</td>
<td>35</td>
<td>38,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Symbolletning</td>
<td>WAIS</td>
<td>33</td>
<td>36,3</td>
</tr>
<tr>
<td>FAS</td>
<td>Svensk version av COWAT</td>
<td>29</td>
<td>31,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Bildkomplettering</td>
<td>WAIS</td>
<td>28</td>
<td>30,8</td>
</tr>
<tr>
<td>RAVLT</td>
<td>Rey Auditory Verbal Learning test</td>
<td>25</td>
<td>27,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Bildarrangemang</td>
<td>WAIS</td>
<td>23</td>
<td>25,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Bokstavs-sifferserie</td>
<td>WAIS</td>
<td>23</td>
<td>25,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Förråelse</td>
<td>WAIS</td>
<td>22</td>
<td>24,2</td>
</tr>
<tr>
<td>TMT</td>
<td>DKEFS</td>
<td>20</td>
<td>22,0</td>
</tr>
<tr>
<td>CPT-II</td>
<td>Conners Continuous Performance test</td>
<td>17</td>
<td>18,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Verbalt flöde</td>
<td>DKEFS</td>
<td>17</td>
<td>18,7</td>
</tr>
<tr>
<td>BDI</td>
<td>Beck Depression Inventory</td>
<td>17</td>
<td>18,7</td>
</tr>
<tr>
<td>D2</td>
<td>Test of Attention</td>
<td>16</td>
<td>17,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Raven</td>
<td>Ravens matriser</td>
<td>16</td>
<td>17,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Logiskt minne I</td>
<td>WMS</td>
<td>14</td>
<td>15,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Blockrepetition</td>
<td>WAIS</td>
<td>12</td>
<td>13,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ordlista</td>
<td>WMS</td>
<td>10</td>
<td>11,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tjugo frågor</td>
<td>DKEFS</td>
<td>10</td>
<td>11,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tornet</td>
<td>DKEFS</td>
<td>10</td>
<td>11,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

I de fall då man som svar på fråga 16 angående testbatterier uppgett ett enskilt test eller deltest så har det statistikförts här i tabell 13.

*Redovisning av tabellen i sin helhet se bilaga 6.
Efter att deltagarna svarat på vilka utredningsinstrument man använde så ombads de att svara på de tre främsta anledningarna till detta. Nio givna och två öppna svarsalternativ gavs. Som framgår av tabell 14 var den vanligaste anledningen ”Min kunskap om och vana vid testet” (73,3 %), följt av ”Bästa tillgängliga instrument för utredningens frågeställning” (67,4 %). ”Rekommendation från utbildning” var det få som angav (5,8 %).

**Tabell 14. Angivna anledningar för val av testinstrument**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antal</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Min kunskap om och vana vid testet</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Bästa tillgängliga instrument för utredningens frågeställning</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>Testets psykometriska egenskaper</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Tillgång till test på arbetsplatsen</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Rekommendation från kollegor</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>God ekologisk validitet</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Tidseffektivt</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Praxis på arbetsplatsen</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Rekommendation från utbildning</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Annan*</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Till exempel angavs patientens förutsättningar, t ex nedsatt motorik, som anledning till valet.

**Bidragande faktorer till, samt grad av säkerhet i helhetsbedömningen**

Det fjärde frågeområdet syftade till att belysa vilka faktorer som påverkade helhetsbedömnin-
gen av om det förelåg ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder, hur lämpliga man ansåg att de utredningsinstrument man hade att tillgå var samt hur säker man kände sig i sin bedömning beträffande hjärnskadans omfattning och prognos.

När vi efterfrågade vilka faktorer man ansåg vara viktiga vid bedömningen om det förelåg ett betydande begåvningsmässigt funktionshinder användes en fyrgradig skala: oviktigt, ganska oviktigt, ganska viktigt, mycket viktigt.

Det framkom att ”funktion i vardagen” samt ”behov av stöd i vardagen” tillsammans med ”neuropsykoklogiska utredningsresultat” ansågs vara mycket viktiga faktorer. Vad det gällde faktorerna ”tillgång till eget nätverk/familj” och ”samsjuklighet” så var spridningen i svären större vilket framgår av tabell 15.

Över 90 procent ansåg att samsjuklighet var en ganska/mycket viktig påverkansfaktor för bedömning av om det förelåg ett betydande begåvningsmässigt funktionshinder. Drygt 60 procent ansåg att tillgång till eget nätverk/familj var en ganska/mycket viktig faktor som påverkade bedömningen.
Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder

Tabell 15. Faktorer som påverkade bedömningen av om det förelåg ett betydande begåvningsmässigt funktionshinder

<table>
<thead>
<tr>
<th>Faktor</th>
<th>Oviktigt (0)</th>
<th>Ganska oviktigt (1)</th>
<th>Ganska viktigt (2)</th>
<th>Mycket viktigt (3)</th>
<th>Medel</th>
<th>SD</th>
<th>n</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Funktion i vardagen</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>19,1</td>
<td>80,9</td>
<td>2,8</td>
<td>0,4</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>Neuropsykokologiska utredningsresultat</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>21,1</td>
<td>78,9</td>
<td>2,8</td>
<td>0,4</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Behov av stöd i vardagen</td>
<td>1,1</td>
<td>1,1</td>
<td>25,3</td>
<td>72,4</td>
<td>2,7</td>
<td>0,5</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>Medicinsk utredning/Objektiva fynd</td>
<td>0,0</td>
<td>11,4</td>
<td>31,8</td>
<td>56,8</td>
<td>2,4</td>
<td>0,7</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Samsjuklighet</td>
<td>4,8</td>
<td>13,1</td>
<td>41,7</td>
<td>40,5</td>
<td>2,2</td>
<td>0,8</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>Tillgång till eget nätverk/familj</td>
<td>10,8</td>
<td>27,7</td>
<td>37,3</td>
<td>24,1</td>
<td>1,8</td>
<td>0,9</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>Annan*</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Till exempel angavs tidigare försök till rehabilitering och premorbid förmåga

Beträffande vilka faktorer man ansåg vara viktiga vid bedömningen om det förelåg ett bestående begåvningsmässigt funktionshinder användes samma fyrgradiga skala men delvis andra faktorer. Här framkom att "tid efter skadan", "neuropsykokologiska utredningsresultat" tillsammans med "medicinsk utredning/objektiva fynd (MR, CT)" var viktiga faktorer vid denna bedömning (tabell 16).

Tabell 16. Faktorer som påverkade bedömningen av om det förelåg ett bestående begåvningsmässigt funktionshinder

<table>
<thead>
<tr>
<th>Faktor</th>
<th>Oviktigt (0)</th>
<th>Ganska oviktigt (1)</th>
<th>Ganska viktigt (2)</th>
<th>Mycket viktigt (3)</th>
<th>Medel</th>
<th>SD</th>
<th>n</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tid efter skadan</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>11,8</td>
<td>88,2</td>
<td>2,9</td>
<td>0,3</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>Neuropsykokologiska utredningsresultat</td>
<td>0,0</td>
<td>2,2</td>
<td>16,9</td>
<td>80,9</td>
<td>2,8</td>
<td>0,5</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>Medicinsk utredning/Objektiva fynd</td>
<td>0,0</td>
<td>3,4</td>
<td>25,0</td>
<td>71,6</td>
<td>2,7</td>
<td>0,5</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Samsjuklighet</td>
<td>1,2</td>
<td>12,2</td>
<td>43,9</td>
<td>42,7</td>
<td>2,3</td>
<td>0,7</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnos</td>
<td>1,2</td>
<td>13,3</td>
<td>49,4</td>
<td>36,1</td>
<td>2,2</td>
<td>0,7</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>Annan*</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Till exempel angavs adaptiv förmåga

För att skatta hur lämpliga man ansåg de utredningsinstrument man använde sig av var, användes en sjugradig skala med fyra verbala förankringspunkter. Utredningsinstrumenten ansågs mer lämpade för att bedöma om funktionshindret var betydande ($M=4,9, s=0,9$) än om det var bestående ($M=4,1, s=1,4$), $t(87)=5,64$, $p<0,001$. 35 procent ansåg att utredningsinstrumenten var mycket lämpliga för att bedöma betydandeaspekten. Motsvarande
siffra för beståendeaspekten var 19 procent.

Avslutningsvis efterfrågades hur säkra svarspersonerna vanligtvis kände sig i sina bedömningar i LSS 2-utredningar på om det förelåg ett betydande respektive bestående begävningsmässigt funktionshinder. Svaren graderades på en sjugradig skala med fyra verbala förankringspunkter. 25,3 procent uppgav att de kände sig helt säkra i sin bedömning av att funktionshindret var betydande ($M=4,9$, $s=0,8$) medan endast 5,6 procent uppgav att de var helt säkra på att funktionshindret var bestående ($M=4,3$, $s=0,9$), $t(89)=6,38$, $p<0,001$.

Det fanns en signifikant korrelation mellan hur lämpliga man ansåg att instrumenten var för att bedöma om det förelåg ett betydande begävningsmässigt funktionshinder och säker man kände sig i sin helhetsbedömning uppdelat på de två aspekterna vilket redovisas i tabell 17 och 18. Det fanns också en korrelation mellan om man var specialist och hur lämpliga man ansåg att instrumenten var för bedömning av beståendeaspekten respektive grad av säkerhet i bedömningen av detta (tabell 18).

**Tabell 17. Bivariata Pearsons`s korrelationskoefficienter (N = 89)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antal yrkesverksamma år</th>
<th>Specialist</th>
<th>Instrumentens lämplighet/betydande</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Specialist</td>
<td>0,56**</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Instrumentens lämplighet/betydande</td>
<td>0,06</td>
<td>0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Säkerhet i bedömningen/betydande</td>
<td>0,06</td>
<td>0,12</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**p<0,001.

**Tabell 18. Bivariata Pearson`s korrelationskoefficienter (N = 87)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antal yrkesverksamma år</th>
<th>Specialist</th>
<th>Instrumentens lämplighet/bestående</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Specialist</td>
<td>0,56**</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Instrumentens lämplighet/bestående</td>
<td>0,20</td>
<td>0,25*</td>
</tr>
<tr>
<td>Säkerhet i bedömningen/bestående</td>
<td>0,14</td>
<td>0,27*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p<0,01. **p<0,001.

Regressionsanalyser som var och en inkluderade variablerna specialist, antal yrkesverksamma år, hur lämpliga man ansåg att testinstrumenten var för bedömning av betydande respektive bestående begävningsmässigt funktionshinder, samt hur säker man sammanlagt kände sig i sin bedömning av om det förelåg ett betydande (tabell 19) respektive bestående (tabell 20) funktionshinder utfördes med den s.k. enter-metoden.

Modellen förklarade 14,3 procent av variansen för säkerhet i bedömningen av skadans omfattning (betydande), $F(3, 85)=5,89$, $p<.001$, och 14,9 procent av variansen för säkerhet i bedömningen av skadans prognos (bestående), $F(3, 83)=6,02$, $p<.001$. Den variabel som
måtte hur lämpliga man ansåg att instrumenten var för att bedöma beståendeaspekten skilde sig från normalfordelningen.

**Tabell 19.** Multipel linjär regressionsanalys för test av betydandeaspekten (N=89)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>B</th>
<th>Std.Error</th>
<th>Beta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Specialist</td>
<td>0,217</td>
<td>0,21</td>
<td>0,12</td>
</tr>
<tr>
<td>Antal yrkesverksamma år</td>
<td>-0,002</td>
<td>0,01</td>
<td>-0,03</td>
</tr>
<tr>
<td>Skattning av instrumentens lämplighet att bedöma betydandeaspekten</td>
<td>0,34</td>
<td>0,009</td>
<td>0,40***</td>
</tr>
</tbody>
</table>

***p<0,001

Beroende variabel: Säkerhet i bedömningen av om det föreligger ett *betydande* begåvningsmässigt funktionshinder.

**Tabell 20.** Multipel linjär regressionsanalys för test av beståendeaspekten (N=87)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>B</th>
<th>Std.Error</th>
<th>Beta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Specialist</td>
<td>0,41</td>
<td>0,24</td>
<td>0,21</td>
</tr>
<tr>
<td>Antal yrkesverksamma år</td>
<td>-0,004</td>
<td>0,01</td>
<td>-0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Skattning av instrumentens lämplighet att bedöma beståendeaspekten</td>
<td>0,21</td>
<td>0,06</td>
<td>0,34**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**p<0,01

Beroende variabel: Säkerhet i bedömningen av om det föreligger ett bestående begåvningsmässigt funktionshinder.
Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder

DISKUSSION

Det finns fram till idag ingen samlad kunskap om de utredningar psykologer gör för att bedöma om det föreligger ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder. Studien syftade till att beskriva gruppen som gör dessa utredningar, bakgrunds faktorer inför utredning, utredningsförfarande samt faktorer som påverkar psykologens säkerhet i bedömningen.

Vi har valt att vända oss till medlemmarna i Sveriges Neuropsychologers Förening med syftet att nå de som gör så kallade LSS 2-utredningar. 76 procent av de som svarade på enkäten var kvinnor och medelåldern var 49 år. 20 procent svarade att de i sin nuvarande yrkesutövning gjorde LSS 2-utredningar. Andelen specialister var något högre i den utredande gruppen (30 %) än gruppen som svarade att de inte gjorde LSS 2-utredningar (22 %). Könsfördelningen i den utredande gruppen bestod av 65 procent kvinnor och 34 procent män.

Resultatet visade att de flesta utredningar gjordes inom landstingets verksamhetsområde rehabilitering men en stor del av utredningarna gjordes även inom psykiatri samt inom rehabilitering och neurologi. Inom strokevården gjordes endast 3,4 procent av utredningarna vilket framstår som låg i relation till hur många som insjuknar i stroke varje år (Socialstyrelsen, 2004). Det kan förklaras av att många av de som vårds på strokeenheter är personer över 65 år och inte aktuella för insatser enligt LSS. Andelen psykologer som arbetar på strokeenhet är dessutom enligt studien låg.


Utredande psykologer bedömde en mängd funktioner i LSS 2-utredningar. Det framkom enbart hur frekvent man bedömde specifika funktioner och inte vilken vikt man lade vid de resultater man fick. Testprofilen var ojämn. I analysen framkom att arbetsminne, uppmärksamhetsfunktion, mental processhastighet och visuospatial funktion oftast utreddes för att ta ställning till om det förelåg ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder. Senare års forskning har visat att det som exempel mental processhastighet, uppmärksamhetsfunktion och verbal funktion är tydliga prediktorer för utgången av hur individen
återhämtar sig efter en hjärnskada (Millis et al, 2001; Ponsford et al, 2008; Sigurdardottir et al, 2009). Den slutsats man kan dra av studien är att de funktioner som svenska neuropsychologer utreder ligger väl i linje med vad forskning visat är viktiga funktioner att bedöma.

Vid utredning av om det föreligger ett betydande begävningsmässigt funktionshinder framkom att tillgång till eget nätverk påverkade bedömningen. En fjärdedel ansåg att detta var en mycket viktig faktor. En tolkning är att utredande psykolog kan se att en individ med ett mycket begränsat socialt nätverk har större behov av insatser från samhället och därmed bli mer benägen att göra en bedömning som i förlängningen kan ge rätt till insatser enligt LSS. Å andra sidan kan personer med ett begränsat socialt nätverk ha svårare att själva driva frågan om rätt till stöd jämfört med personer med ett starkt socialt nätverk som kan hjälpa till. För den utredande psykologen kan följeten bli både ett etiska och professionellt dilemma då det samlade underlaget för bedömning av skadans omfattning relateras till tillgång till hjälp och stöd i vardagen. Utifrån senare tids diskussion om ojämlikheter i vården (Socialstyrelsen, 2010) blir detta en viktig fråga. Ur juridisk synpunkt har den enskilde individen rätt till stöd oavsett tillgång till socialt nätverk och ansvaret för att enskilda drabbade ska få en rättvis och jämlig bedömning är stort för den utredande psykologen.

En svårighet vid bedömning av personkretsstillhörighet är lagtextens bristande definition av ordet begävningsmässigt när det gäller vuxna med förvärvad hjärnskada. Lagtexten ger inte någon tydlig anvisning vilken kan utgöra rättesnöre för när en persons funktion är så nedsatt att den är betydande. Lagtexten nämner inte intelligenskvot men drygt hälften av psykologerna i studien uppgav att de alltid beräknade individens intelligenskvot medan drygt tio procent angav att de aldrig beräknade detta i LSS 2-utredningar. Intelligenskvot är som tidigare nämnts ett standardiserat index för generell kognitiv begävning och skiljer sig därför från övriga specifika funktioner som bedöms. Frågan är om intelligenskvot är ett relevant mått för att beskriva begävningsmässigt funktionshinder efter förvärvad hjärnskada i vuxen ålder. Det enligt studien klart mest använda testbatteri var olika versioner av WAIS som ger möjlighet att bedöma generell begävning. Gruppen vuxna med förvärvad hjärnskada har ofta nedsatt funktion språkligt, sensoriskt såväl som fysiskt (t.ex afasi och hemipares) vilket kan bidra till ett lägre testresultat på test som avser att mäta kognitiv funktion. Med tanke på det är det anmärkningsvärt att NI-versionen av WAIS-III används i begränsad utsträckning jämfört med WAIS-III och WAIS-IV. I de fall där individen har en markant nedsättning inom vissa kognitiva funktioner, vilket kan visa sig i en ojämn testprofil, komplicerar dessutom beräkningen av generell begävningsnivå.

I studien framkom att utredande psykolog ofta var hänvisad till egen informationsökning och handledning/diskussion med kollega i utredningsförfarandet. Den enskilde psykologen framträdde därmed som ganska ensam med sina frågor rörande LSS 2-utredningar och beroende av att ha kollegor att diskutera med.

Gruppen utredande psykologer kände sig säkrare i sin bedömning av om funktionshindret var *betydande* än om det var *bestående*. Nyare forskning ger belägg för att återhämtning kan ske långt efter att skadan skett (Estraneo et al, 2010; Lingsma et al, 2010) vilket skulle kunna påverka bedömningen i ett tidigt skede av de individer där det finns en tveksamhet om omfattningen av funktionshindret.

De som kände sig mer säkra på att instrumenten de använde var lämpliga kände sig också mer säkra i sin helhetsbedömning både av betydandeaspekten och beståendeaspekten efter skada. Hur lämpliga man ansåg att utredningsinstrumenten var för att bedöma beståendeaspekten varierade i gruppen i högre grad än svaren gällande betydandeaspekten. Det fanns ett visst samband mellan om man var specialist och hur lämpliga man ansåg att instrumenten var för att bedöma beståendeaspekten samt säkerhet i helhetsbedömningen av detta.

En möjlig förklaring är att de formaliserade specialistutbildningen ger en större kunskap om hur resultaten på de utredningsinstrument man använder kan tolkas och därmed bidrar till en större säkerhet i bedömningen. Att predica hur pass återställd en individ blir är svårt. Psykologens bedömning av beståendeaspekten påverkas sannolikt av när i tid efter skadan som utredningen görs. Att tid var en viktig faktor vid bedömningen uppgav en stor majoritet av psykologerna.

I studien har vi vänt oss till medlemmarna i Sveriges Neuropsychologers Förening (SNPF). Vi är medvetna om att detta är ett begränsat urval och att det ute i landet finns fler psykologer som gör LSS 2-utredningar. Detta kan begränsa studiens tillförlitlighet något.


Då det fanns en större osäkerhet att urta sig om funktionshindret var *bestående*, än om det var *betydande* kunde frågan om tidsaspekten i studien ha utvidgats till att gälla om man kände sig mer säker i sin bedömning efter att det gått en viss tid efter skadan, exempelvis efter ett, tre eller fem år. Detta för att ytterligare inventera om tidsaspekten påverkar säkerheten i bedömningen av om en skada är bestående. Den variabel som måtte hur lämpliga man ansåg att instrumenten var för att bedöma beståendeaspekten skilde sig från normalfördelningen och därför bör resultat från analyser där denna variabel ingår tolkas med viss försiktighet.

Det finns idag inga formaliserade riktlinjer för hur en LSS 2-utredning skall gå till eller vilka bedömningsgrunder som skall användas. Det finns inte heller finns någon formell utbildning.
i utredningsarbete beträffande betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder. Det ställer höga krav på den utredande psykologens kompetens vad gäller neuropsykologiska utredningar såväl som goda kunskaper om förvärvade hjärnskador. Ett förtydligande av begreppet ”betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder” i anslutning till lagtexten skulle underlätta i utredningsförfarandet och sannolikt öka förutsättningarna att göra en rättvis och jämlig bedömning. Ytterligare ett steg för att hålla en jämn kvalitet i underlagen som bedömningen av LSS-tillhörighet baseras på är utformning av nationella riktlinjer där specifik utredningspraktik för denna patientgrupp formuleras.

Studien visade att cirka 20 procent av psykologerna gör sk LSS 2-utredningar vilket betyder att många psykologer i sitt vardagliga arbete ställs inför dessa frågor. En sammanställning av kunskaperna inom området vuxna med förvärvad hjärnskada som utmynnar i en rekommendation i utredningsförfarandet skulle vara ett stöd. I en rekommendation är det motiverat att se över vilka testmetoder som visar en hög validitet och reliabilitet för aktuell patientgrupp. Dessa rekommendationer kan förslagsvis arbetas fram i yrkesföreningen Sveriges Neuropsychologers Förening.

För att öka kunskaperna om bedömning av betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder samt möjliggöra kunskapsutbyte mellan utredande psykologer kan workshops i samband med yrkeskonferenser också vara ett alternativ.
REFERENSLER


Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder


Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder
Enkät om psykologers utredningsmetoder vid bedömning av betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshindr efter hjärnskada i vuxen ålder.


<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Kön</td>
<td>Man</td>
<td>Kvinna</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Ålder:________år</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Antal yrkesverksamma år som legitimerad psykolog: ______år</td>
<td>Gör PTP</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Är du specialist enligt Psykologförbundets specialistordning?</td>
<td>Ja</td>
<td>Nej</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Gör du i din nuvarande yrkesverksamhet neuropsykologiska utredningar där du bedömer om det föreligger ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshindr efter hjärnskada i vuxen ålder (LSS 2-utredningar)?</td>
<td>Ja</td>
<td>Nej</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Om ja, fortsätt till fråga 6.*

*Om nej, tack för din medverkan! Vänligen sänd tillbaka enkäten i det bifogade svarkuvertet.*
6. Hur många LSS 2-utredningar genomför du per år?

☐ 0-1
☐ 2-5
☐ 6-10
☐ >10

7. Inom vilket/vilka områden arbetar du där det kan bli aktuellt med LSS 2-utredning?

☐Privat
☐Kommun
☐Landsting
☐Stat

8. Vilket av följande alternativ motsvarar bäst den verksamhet inom vilken du gör LSS 2-utredningar?

☐Behandlingshem
☐Habilitering
☐Neurologi
☐Primärvård
☐Privat mottagning
☐Rehabilitering
☐Socialtjänst
☐Skola
☐Strokeenhet
☐Psikiatri: specificera_________________________
☐Annan: specificera_________________________

9. Hur aktualiseras patienten oftast hos dig för en LSS 2-utredning? 
Markera alla som stämmer.

☐Via interremiss från behandlande läkare inom egna verksamheten
☐Via remiss från annan verksamhet inom hälso-och sjukvården
☐Via teamkonferens/rond inom egen verksamhet
☐Via egenremiss
☐Via biståndsbedömare
☐Via försäkringskassa
☐Annan: specificera_________________________

2

- Hjärnskada pga infektion
- Anoxisk hjärnskada
- Skalltrauma
- Stroke
- CNS-tumör
- Demens
- Skada pga. drogmissbruk
- Neurologisk sjukdom: specificera________________________
- Annan: specificera________________________
- Annan: specificera________________________


- Grundutbildningen
- PTP
- Specialistutbildning
- Via yrkesförening/förbund
- Arrangerad utbildning på arbetsplatsen
- Riktlinjer på arbetsplatsen
- Handledning/diskussion med kollega
- Extern handledning
- Egen informationssökning (böcker, artiklar, internet, etc.)
- Annan: specificera________________________
- Annan: specificera________________________

12. Använder du någon litteratur som stöd för tillvägagångssättet i utredningen?

- Ja
- Nej

Om Ja, vilken: __________________________________________________
13. Hur ofta använder du följande **informationskällor** vid LSS 2-utredning?

*Kryssa en ruta i varje rad.*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informationskällor</th>
<th>Aldrig</th>
<th>Sällan</th>
<th>Ibland</th>
<th>Ofta</th>
<th>Alltid</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beteendeobservation</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Videofilmning</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Patientintervju</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Information från närstående</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Medicinsk dokumentation</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Information från andra yrkeskategorier</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Neuropsychologiska testdata</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Personlighets test</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Tidigare psykologutredning</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Information om skol-/arbetsprestationer</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Självskattningskalor</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Annan: specificera</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Annan: specificera</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

14. Hur ofta bedömer du följande vid LSS 2-utredning?

*Kryssa en ruta i varje rad.*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Funktionen</th>
<th>Aldrig</th>
<th>Sällan</th>
<th>Ibland</th>
<th>Ofta</th>
<th>Alltid</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arbetsminne</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Episodiskt minne</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Semantiskt minne</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Inlärmingsfunktion</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Uppmärksamhetsfunktion</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Mental processhastighet</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Taktilet perception</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Auditory perception</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Verbal funktion</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Psykomotorisk funktion</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Visuospatial funktion</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Psykisk/emotionell funktion</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Exekutiva funktion</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Intelligenskvot</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Annan: specificera</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Annan: specificera</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>
15. Ange ditt huvudsakliga tillvägagångssätt vid val av utredningsinstrument i en LSS 2-utredning:

- Flexibelt (utgår från den enskilde patienten i varje utredning)
- Flexibelt batteri (ett antal test med given uppsättning beroende på patientgrupp)
- Standardiserat batteri (en vald uppsättning av instrument som tillämpas vid alla typer av patientgrupper)

Fråga 16-17 rör de utredningsinstrument du använder vid LSS 2-utredningar. I bilaga 2 ges exempel på olika utredningsinstrument som kan underlätta vid ifyllandet av svaren.

16. Ange dina mest frekvent använda testbatterier vid LSS 2-utredning. 

Anger upp till tio olika testbatterier.

1. ___________________________
2. ___________________________
3. ___________________________
4. ___________________________
5. ___________________________
6. ___________________________
7. ___________________________
8. ___________________________
9. ___________________________
10. ___________________________

17. Ange dina mest frekvent använda enkilda test/deltest (även om dessa ingår i ett testbatteri du tidigare angett) vid LSS 2-utredning.

Anger upp till tio olika test.

1. ___________________________
2. ___________________________
3. ___________________________
4. ___________________________
5. ___________________________
6. ___________________________
7. ___________________________
8. ___________________________
9. ___________________________
10. ___________________________
18. Ange de tre främsta anledningarna till att du använder de utredningsinstrument du angivit i svar på från 16 och 17 vid en LSS 2-utredning.

Rangordna dina svar 1, 2, 3.

☐ Tillgång till test på arbetsplatsen
☐ Testets psykometriska egenskaper
☐ Tidseffektivt
☐ God ekologisk validitet
☐ Rekommendation från utbildning
☐ Min kunskap om och vana vid testet.
☐ Rekommendation från kollegor
☐ Bästa tillgängliga instrument för utredningens frågeställning
☐ Praxis på arbetsplatsen
 ☐ Annan:________________________________
☐ Annan:________________________________

19. Hur lämpliga anser du att de utredningsinstrument du har angett i fråga 16 och 17 är för att bedöma om det föreligger ett betydande begåvningsmässigt funktionshinder?

☐ Mycket lämpliga ☐ Ganska lämpliga ☐ Ganska olämpliga ☐ Helt olämpliga

20. Hur lämpliga anser du att de utredningsinstrument du har angett i fråga 16 och 17 är för att bedöma om det föreligger ett bestående begåvningsmässigt funktionshinder?

☐ Mycket lämpliga ☐ Ganska lämpliga ☐ Ganska olämpliga ☐ Helt olämpliga
21. Markera de faktorer som du anser vara viktiga för din bedömning av om det föreligger ett **betydande** begåvningsmässigt funktionshinder.

*Kryssa en ruta i varje rad.*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Oviktigt</th>
<th>Gansa oviktigt</th>
<th>Gansa viktigt</th>
<th>Mycket viktigt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medicinsk utredning</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>/Objektiva fynd (MR, CT)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Funktion i vardagen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Neuropsykolologiska utredningsresultat</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Behov av stöd i vardagen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tillgång till eget nätverk/familj</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Samsjuklighet</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Annan: specificera___________________</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

22. Markera de faktorer som du anser vara viktiga för din bedömning av om det föreligger ett **bestående** begåvningsmässigt funktionshinder.

*Kryssa en ruta i varje rad.*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Oviktigt</th>
<th>Gansa oviktigt</th>
<th>Gansa viktigt</th>
<th>Mycket viktigt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medicinsk utredning</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Objektiva fynd (MR, CT)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tid efter skadan</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Neuropsykolologiska utredningsresultat</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Samsjuklighet</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Annan: specificera___________________</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
23. Tänk dig att du färdigställt en LSS 2-utredning. Hur säker känner du dig vanligen i din bedömning om det föreligger ett **betydande** begåvningsmässigt funktionshinder?

☐ Osäker   ☐ Ganska osäker   ☐ Ganska säker   ☐ Helt säker

24. Tänk dig att du färdigställt en LSS 2-utredning. Hur säker känner du dig vanligen i din bedömning om det föreligger ett **bestående** begåvningsmässigt funktionshinder?

☐ Osäker   ☐ Ganska osäker   ☐ Ganska säker   ☐ Helt säker

_Tack för din medverkan!

Kommentarer:
Bästa kollega

Vi vänder oss till dig för att vi vill nå psykologer som gör neuropsykologiska utredningar och har intresse av neuropsykologi och forskning kring detta.

I egenskap av psykologer och blivande specialister i neuropsykologi gör vi ett vetenskapligt arbete som rör neuropsychologiska utredningar. Studien syftar till att kartlägga hur psykologer utreder och bedömer omfattning respektive prognos efter hjärnskada i vuxen ålder, se bilaga 1 (LSS 1993:387, personkreter 2). Enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade kan "betydande och bestående begävningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder…" ge rätt till särskilt stöd och service.

Idag finns ingen samlad bild av vilka metoder psykologer använder vid bedömning av betydande och bestående begävningsmässigt funktionshinder. Vi skulle uppskatta mycket om du vill bidra med din kunskap och erfarenhet genom att fylla i bifogad enkät. Målet är att publicera utredningsresultaten och vår förhoppning är att arbetet i förlängningen skall bidra till ökad kunskap och kompetens i dessa utredningar.

Vi ber dig svara inom två veckor dock senast 20 maj 2011.

Använd bifogat svarskuvert. Svaren behandlas konfidentiellt och kommer att i avidentifierad form sammanställas i statistiska tabeller. Din adress har vi fått via Sveriges Neuropsychologers Förening.


Välkommen att ta kontakt med oss vid frågor om studien!

**Tack på förhand!**

Med vänliga hälsningar

Hjördis Flodman
leg.psykolog
033-616 15 36
hjordis.flodman@vgregion.se

Wibeke Aasmundsen
leg.psykolog
033-616 14 18
wibeke.aasmundsen@vgregion.se

Bilaga 1 Sammanfattning av lagtext
Bilaga 2 Exempel på utredningsinstrument
Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade – LSS

LSS är en rättighetslag som ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor. Det innebär att de ska få den hjälp de behöver i det dagliga livet och ges möjlighet att påverka vilket stöd och vilken service som ges.

LSS ger rätt till tio insatser för särskilt stöd och särskild service som kan behövas utöver det som kan fås genom annan lagstiftning. LSS är ett komplement till andra lagar och innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som andra lagar ger. En begäran om stöd och service från en person som ingår i lagens personkrets bör i första hand prövas enligt LSS om det är en insats som regleras i lagen. Motivet till detta är att det i allmänhet får antas vara till fördel för den enskilde.

Vem gäller lagen för?
LSS gäller för personer som omfattas av nedanstående personkretsar:

1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
2. personer med betydande och bestående funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranled av yttre våld eller kroppslig sjukdom,
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Mer information hittar du på Socialstyrelsens och Riksdagens hemsida.
http://www.sos.se/
### Exempel på utredningsinstrument

- Beck Anxiety Inventory (BAI)
- Beck Depression Inventory (BDI/BDI-II)
- Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)
- Bender Visual-Motor Gestalt Test
- BNI Screening for higher cerebral functions – BNIS
- Claeson-Dahl test för inlärning och minne – CD-testet
- Clock Drawing Test (CDT)
- Color Trails Test (CTT)
- Color Word Test (CWT)
- Conners Continuous Performance Test II for Windows
- Consonant Trigrams
- Coping Resources Inventory - CRI
- Corsi Block Tapping
- Cronholm-Molander testbatteri
- d2 Test of Attention
- Delis-Kaplan Executive Function System (DKEFS)
- Deltabatteriet
- Dureman-Säldebatteriet DS-batteriet
- FAS Word fluency test (FAS)
- Finger tapping Test
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)
- Inventory of Interpersonal Problems – IIP
- Lurias neuropsychologiska undersökning
- Milchert Kognitiv NeuroScreening – MKNDS
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
- Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)
- Myers-Briggs Type Indicator (MBTI)
- Neo Personality Inventory (NEO-PI-R)
- Neuropsychological Assessment Battery – NAB
- Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT)
- Ravens matriser
- Rey auditory verbal lerning (RAVLT)
- Rey-Osterrieth Complex Figure Test (RCFT)
- Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT)
- Rorschach
- Serialt färgordtest - CWT
- Symbol Digits Modalities Test – SDMT
- Test battery for investigating functional disorders – The TUFF battery
- Test of Memory Malingering - TOMM
- The Balloons Test
- The Benton Visual Retention Test (BVRT)
- Trail Making Test (TMT)
- Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS/WAIS-III/WAIS-IV/WAIS-NI)
- Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC/WISC-III/WISC-IV)
- Wechsler Memory Scale (WMS)
- Westrins Intelligens Test WIT III
- Wiener Test System (WTS)
- Wisconsin card sorting test (WCST)
### Bilaga 5. Förtäckning över mest frekvent använda utredningsinstrument/batterier

<table>
<thead>
<tr>
<th>Testbatteri</th>
<th>Beskrivning</th>
<th>n</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>WAIS-III</td>
<td>Wechsler Adult Intelligence Scale III</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>WAIS-IV</td>
<td>Wechsler Adult Intelligence Scale IV</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>WAIS-III NI</td>
<td>WAIS III Som Neuropsykologiskt Instrument</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>WAIS-R</td>
<td>Wechsler Adult Intelligence Scale Revised</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>DKEFS</td>
<td>Delis Kaplan Executive Function System</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>WMS</td>
<td>Wechsler Memory System</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>BADS</td>
<td>Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Luria</td>
<td>Lurias Neuropsykologiska undersökning</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Leiter-R</td>
<td>Leiter International Permance Scale Revised</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Cronholm-Molander</td>
<td>Cronholm-Molander Test Battery</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Dureman-Sälde</td>
<td>Dureman-Sälde Test Battery</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>WNV</td>
<td>Wechsler Non Verbal Scale of Ability</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>ABAS</td>
<td>Adaptive Behavioral Assessment System</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Delta</td>
<td>Delta batteriet</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>NKSU</td>
<td>Neurokognitiv Status Untersökning</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>TAP-II</td>
<td>Test of Attentional Performance</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>WASI</td>
<td>Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Wiener Test System</td>
<td></td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Bilaga 6: Förteckning över mest frekvent använda utredningsinstrument/enskilda test/deltest

<table>
<thead>
<tr>
<th>Enskilda test/deltest</th>
<th>Test/testbatteri</th>
<th>n</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RCFT</td>
<td>Rey-Osterreith Complex Figure test</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>Sifferrepetition</td>
<td>WAIS</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Blockmönster</td>
<td>WAIS</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>Claeson-Dahl</td>
<td>Test för inlära o minne</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>Likheten</td>
<td>WAIS</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Kodning</td>
<td>WAIS</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>WCST</td>
<td>Wisconsin Card Sorting test</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>Matriser</td>
<td>WAIS</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Information</td>
<td>WAIS</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>TMT A+B</td>
<td>Trail making test</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Ordförråd</td>
<td>WAIS</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Aritmetik</td>
<td>WAIS</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Symbiotetning</td>
<td>WAIS</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>FAS</td>
<td>Svensk version av COWAT</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Bildkomplettering</td>
<td>WAIS</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>RAVLT</td>
<td>Rey Auditory Verbal Learning test</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Bildarrangemang</td>
<td>WAIS</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Bokstavs-sifferserie</td>
<td>WAIS</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Förståelse</td>
<td>WAIS</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>TMT</td>
<td>DKEFS</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>CPT-II</td>
<td>Conners Continuous Performance test</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Verhalt flöde</td>
<td>DKEFS</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>BDI</td>
<td>Beck Depression Inventory</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>D2</td>
<td>Test of Attention</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Raven</td>
<td>Ravens matriser</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Logiskt minne I</td>
<td>WMS</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Blockrepetition</td>
<td>WAIS</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Ordslista</td>
<td>WMS</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Tjugo frågor</td>
<td>DKEFS</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Tornet</td>
<td>DKEFS</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>BAI</td>
<td>Beck Anxiety Inventory</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>CWT</td>
<td>Color-Word test</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Benton</td>
<td></td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>BNIS</td>
<td>Barrow Neurological Institute Screen</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Color word interferece test</td>
<td>DKEFS</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Visuella pussel</td>
<td>WAIS</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>HAD</td>
<td>Hospital and Anxiety Scale</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>CDT</td>
<td>Clock Drawing test</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Ordpår</td>
<td>WMS</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Familjebilder</td>
<td>WMS</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Blockrepetition</td>
<td>WMS</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Logiskt minne II</td>
<td>WMS</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>MMPI-II</td>
<td>Minnesota Multiphasic Performance test</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Ordspråk</td>
<td>DKEFS</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Djurparkskartor</td>
<td>BADS</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Consonant Trigram</td>
<td></td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Begreppsförståelse</td>
<td>DKEFS</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Test / Instrument</td>
<td>Beskrivning</td>
<td>Tillval</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td>-------------------------------------------------</td>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>BVRT</td>
<td>Benton Visual Retention test</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Pasat</td>
<td>Paced Auditory Serial Addition Task</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Mönsterflöde</td>
<td>DKEFS</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Sifferrepetition</td>
<td>WMS</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Ansikten</td>
<td>WMS</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Stroop</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MADRS</td>
<td>Montgomery-Asberg Depression Scale</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>SSP</td>
<td>Swedish Universities Scales of Personality</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>SCID-II</td>
<td>Structural Clinical Interview for DSM Disorders</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>RUFF 2 &amp; 7</td>
<td>Selective Attention test</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>SDMT</td>
<td>Symbod Digits Modalities test</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>CTT</td>
<td>Color Trails test</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>IVA +</td>
<td>Integrated Visual and Auditory Continuous test</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>BNT</td>
<td>Boston Naming test</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Brown ADD</td>
<td>Attention Deficit Disorder test</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Sortering</td>
<td>DKEFS</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Information</td>
<td>WMS</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Visuell reproduktion</td>
<td>WMS</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Bokstav/sifferserie</td>
<td>WMS</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Mental kontroll</td>
<td>WMS</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Bender</td>
<td>Visual Motor Gestalt test</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Corsi</td>
<td>Block Tapping test</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Neo PI-R</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nyckelletning</td>
<td>BADS</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>APT</td>
<td>Attention Process Training test</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Dex</td>
<td>BADS</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sex uppgifter</td>
<td>BADS</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Föremål</td>
<td>Cornholm-Molander</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ordspräktest</td>
<td>Dureman-Sälde</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Figuridentifikation</td>
<td>Dureman-Sälde</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Figurrätning</td>
<td>Dureman-Sälde</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Street</td>
<td>Dureman-Sälde</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>SRB-provet</td>
<td>Dureman-Sälde</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Conitrone</td>
<td>Wiener Test System</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>12-tal</td>
<td>Luria</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Utavlor</td>
<td>Luria</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Motorisk dynamik</td>
<td>Luria</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>10-ord</td>
<td>Luria</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>IIP</td>
<td>Inventory of Interpersonal Problems</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>ROCH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ögonpartest</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kalland</td>
<td>Vardagsberättelser</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>WRMT</td>
<td>Warrington Reception Memory test</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>RVMT</td>
<td>Repeated Visual Memory test</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>TOVA</td>
<td>Test of Variables of Attention</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>DMT</td>
<td>Defense Mechanism test</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>MKNS</td>
<td>Milchert Cognitive Neuroscreening</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>The Road Map test</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
De mest frekvent använda utredningsinstrumenten/Enskilda test/deltest

<table>
<thead>
<tr>
<th>Instrument</th>
<th>Beskrivning</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rey 15 Item</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Design Fluency</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>React</td>
<td>reaktionstest</td>
</tr>
<tr>
<td>Visual Field test</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CVLT</td>
<td>California Verbal Learning test</td>
</tr>
<tr>
<td>Fingertapping</td>
<td>Fingertappingstest</td>
</tr>
<tr>
<td>Duvan</td>
<td>Dyslexiscreening</td>
</tr>
<tr>
<td>Hecan</td>
<td>Matematisk screeningundersökning</td>
</tr>
<tr>
<td>WSCT</td>
<td>Word Stem Completion Task</td>
</tr>
<tr>
<td>WMT</td>
<td>Word Memory test</td>
</tr>
<tr>
<td>GPT</td>
<td>Grooved Pegboard test</td>
</tr>
<tr>
<td>BRIEF</td>
<td>Behavior Rating Inventory of Executiv Function</td>
</tr>
<tr>
<td>TOMM</td>
<td>Test of Memory Malingering</td>
</tr>
<tr>
<td>Diktisk lyssning</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Token test</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KCT</td>
<td>Knox Cube test</td>
</tr>
<tr>
<td>APT</td>
<td>Automated Psychological Testing/Levander</td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90</td>
<td>Symptom checklist</td>
</tr>
<tr>
<td>Line Bisection test</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Recognition</td>
<td>Rey Complex Figure test</td>
</tr>
<tr>
<td>FRR 12 RWT</td>
<td>Free Recall and Recognition of 12 Random word</td>
</tr>
<tr>
<td>Vineland</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Audit</td>
<td>Alcohol Use Disorder Identification test</td>
</tr>
<tr>
<td>Dudit</td>
<td>Drug Use Disorders Identification test</td>
</tr>
<tr>
<td>Beck</td>
<td>Ospecificerat</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvalitativa test</td>
<td>Ospecificerat</td>
</tr>
<tr>
<td>Egna frågor</td>
<td>Ospecificerat</td>
</tr>
<tr>
<td>Egna ordspråk/talesätt</td>
<td>Ospecificerat</td>
</tr>
<tr>
<td>CW</td>
<td>Ospecificerat</td>
</tr>
<tr>
<td>Olika DKEFS</td>
<td>Ospecificerat</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tidigare utgivna rapporter från FoU Sjuhärad Välfärd/ÄldreVäst Sjuhärad

Rapporter:


Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder


Arbetsrapporter och delrapporter:


FoU Sjuhärad Välfärd

FoU Sjuhärad Välfärd är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom välfärdsområdet och behovsgrupperna äldre, funktionshindrade, barn och unga, människor med beroendeproblematic, familjer i utsatta situationer samt socioekonomiskt utsatta grupper. Huvudmålet för verksamheten är att bidra till ökad samverkan mellan huvudmännen och ökad vård- och omsorgskvalitet för behovsgrupperna genom att:

• genomföra utvecklings- och forskningsprojekt tillsammans med verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
• stärka och utveckla samverkansformer mellan verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
• förnya och utveckla arbetsmetoder och verksamhetsformer,
• sprida erfarenheter och resultat från forskning och utveckling samt
• medverka till kunskapsbaserat arbetsätt.

Ägarpartners är kommunerna i Sjuhäradsområdet, Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Flera frivilligorganisationer samt studieförbund stödjer även verksamheten.

FoU Sjuhärad Välfärd administreras av Högskolan i Borås och finns även lokalerad i högskolans lokaler.

Läs mer om FoU Sjuhärad Välfärd på webbplatsen [www.fous.se](http://www.fous.se) – där finns även möjlighet att beställa tidigare utgivna rapporter.

---

**Besöksadress:** Högskolan i Borås, Allégatan 1  
**Postadress:** Högskolan i Borås, FoU Sjuhärad Välfärd, 501 90 Borås  
**Telefon:** 033-435 40 00  
**E-post:** fous@hb.se  
**Webb:** [www.fous.se](http://www.fous.se)