

Projektbeskrivelse

ICF anvendt som kommunikations- og kvalitetsudviklingsværktøj i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring kroniske rygpatienter i Århus Amt

Et samarbejdsprojekt mellem:

Reumatologisk afd. U, Århus Sygehus
Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Sygehus
Gigthospitalet, Hans Jansens Hjem, Skåde
MarselisborgCentret, Århus

August 2005

Projektleder:

Projekt- og udviklingskonsulent
Sygeplejerske, Cand. Scient. San.
Tove Kilde
MarselisborgCentret

Klinisk ansvarlig projektleder:

Lektor, Ph.d.
Overlæge Berit Schiøttz-Christensen
Reumatologisk afd. U
Århus Sygehus

Indholdsfortegnelse:

1.0 Projektets titel:	2
2.0 Indledning	2
3.0 Problemstilling og formål	2
4.0 Materiale	3
5.0 Projektdesign og metode	4
5.1 Fase 1:	4
5.2 Fase 2:	4
5.3 Fase 3:	4
5.4 Fase 4:	4
5.5 Fase 5:	5
6.0 Organisation og gennemførelse	5
7.0 Tidsplan.....	6
8.0 Økonomi	6
9.0 Godkendelse og etik.....	6
10.0 Formidling.....	6
12.0 Bilag.....	9
Bilag 1: Patienter med lænderygsmerter i Danmark.....	9
Bilag 2: ICF.....	10
Bilag 3: MarselisborgCentret.....	11
Bilag 4: Økonomi.....	12
<i>Tabel 1: Detailplan over ressourceforbrug</i>	<i>12</i>
<i>Tabel 2: Budgetteret personalefrikøb</i>	<i>12</i>

1.0 Projektets titel:

ICF anvendt som kommunikations- og kvalitetsudviklingsværktøj i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring kroniske rygpatienter i Århus Amt med henblik på optimal ressourceudnyttelse.

2.0 Indledning

Lænderygbesvær er en af de hyppigste smertetilstande i den danske befolkning, 35-50 % af den voksne befolkning oplyser at have haft forbigående eller konstante smerter i lænderyggen inden for det sidste år, mens godt 20 % har haft gener indenfor de sidste 14 dage (1). Tendenser viser, at det er en patientgruppe i vækst. De fleste patienter med lænderygbesvær kan ikke diagnosticeres eller behandles effektivt, i klassisk medicinsk forstand, hvorfor en bio-psyko-social tilgang til patientens situation i dag vurderes at have betydning for forebyggelse af kronicitet og udstødelse fra arbejdsmarkedet (bilag 1).

3.0 Problemstilling og formål

Patienter med ondt i ryggen behandles ofte hos egen læge evt. kombineret med behandling hos privatpraktiserende fysioterapeut. En del af disse patienter, som har et mere kronisk forløb henvises til det akutte rygambulatorium på Reumatologisk afd. U, Århus Sygehus. Herfra henvises nogle af patienterne til intensivt rehabiliteringsforløb på Gigthospitalet Hans Jansens Hjem, Skåde, og andre henvises til Arbejdsmedicinsk klinik, Århus Sygehus med henblik på videre vurdering og arbejdsfastholdelse.

Da der ikke eksisterer et ensartet og entydigt kommunikationsredskab mellem disse behandlingssteder, kan henvisningerne, som danner grundlaget for visiteringen til ovenstående to behandlingstilbud, være meget forskellige. Det akutte rygambulatorium afd. U, Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Sygehus og Hans Jansens Hjem har derfor efterspurgt et kommunikationsredskab til at sikre en ensartet og bred tilgang til patientens problemer.

Patientgruppen er kendetegnet ved et multifacetteret problem, som mange forskellige parter forholder sig til, hvorfor dele af de betydende faktorer muligvis underkendes eller endog overses. Dette underbygger behovet for et tværfagligt kommunikationsredskab, der kan favne den bio-psyko-sociale tilgang til problemet.

Til sikring af den brede tilgang på tværs af sektorer vurderes ICF at være et velvalgt kommunikations- og kvalitetsudviklingsværktøj (bilag 2). Det kan således være interessant at undersøge, hvorvidt implementering af ICF som klassifikations- og kommunikationsredskab kan være en mulig løsning på problemet omkring uensartede henvisninger og vurderinger af patienter med kronisk lænderygbesvær og dermed sikre et mere optimalt ressourceforbrug.

Projektets formål er således at målrette og implementere ICF som tværfagligt kommunikationsredskab specifikt for kroniske patienter med low back pain, der via det akutte rygambulatorium afd. U, Århus Sygehus henvises til videre rehabiliteringsforløb på henholdsvis Hans Jansens Hjem eller Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Sygehus.

Projektet vil bidrage til at give erfaringer med brugen af ICF i et tværfagligt og kompliceret rehabiliteringsforløb, specifikt for kroniske patienter med low back pain. Desuden vil projektet medvirke til en mere optimal ressourceudnyttelse, idet implementering af et fælles kommunikationsredskab på tværs af afdelinger/institutioner vil betyde et mere dokumenteret, målrettet og sammenhængende rehabiliteringsforløb for denne kroniske patientgruppe.

Der eksisterer ikke i dag systematisk anvendelse af ICF på kroniske rygpatienter i Danmark, hvorfor dette projekt har stor nyhedsværdi. Nærværende projekt har et fagfagligt perspektiv i.f.t. anvendelse af ICF, hvilket vurderes vigtigt at undersøge og dokumentere forud for et projekt, hvor også borgernes/patienternes perspektiv inddrages.

Indsatsen overfor patienter med lænderygbesvær foregår flere steder i Århus Amt. På Center for Bevægeapparatlidelser på Silkeborg Centralsygehus kører i øjeblikket et 3 årig interventionsstudie, hvor målgruppen er borgere med subakut uspecifikt lænderygbesvær, som har været sygemeldte i 4-6 uger (2). Dette studie har fokus på hurtig effektiv indsats overfor borgere med subakut lænderygbesvær, netop for at undgå kronicitet. I Silkeborg-projektet benyttes COPM, Roland Morris, SF-36 samt ICF som test og dokumentationsredskaber.

Nærværende projekt, har udgangspunkt i en patientgruppe, af kroniske rygpatienter og adskiller sig således fra ovenstående målgruppe. Samlet vil man i Århus Amt ved begge projekter få tilført ny viden om såvel den subakutte som den kroniske rygpatient.

4.0 Materiale

- Relevant personale på de tre involverede afdelinger:
Det akutte rygangambulatorium, Reumatologisk afd. U Århus Sygehus: 1 overlæge, 1 sygeplejerske
Hans Jansens Hjem: tværfaglig personalegruppe 4 personer
Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Sygehus: 2 personer
- Patienter:
Indenfor den tidsafgrænsede periode inkluderes ca. 60 patienter, som alle vurderes på det akutte rygangambulatorium og herefter visiteres enten til intensivt rehabiliteringsforløb på Hans Jansens Hjem (gruppe 1) eller til Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Sygehus (gruppe 2).

Inklusionskriterier:

Gruppe 1:

Patienter i aldersgruppen 18-50 år med kroniske rygsmerter, der fra det akutte rygangambulatorium henvises til og opfylder kriterierne for intensivt rehabiliteringsforløb på Hans Jansens Hjem.

Gruppe 2:

Patienter, der er henvist til og inkluderet i undersøgelsen ”Sekundær forebyggelse af sygefravær: Tilbage til arbejdet med ondt i ryggen”.

- ICF-Low back pain manualen (ICF-lbp.manualen):
- Ca.180 patientspecifikke ICF-statusrapporter:
60 ICF-statusrapport A udarbejdet på akut rygangambulatorium afd. U Århus Sygehus.
Ca. 30 ICF-statusrapport B og ca. 30 ICF-statusrapport C udarbejdet på Hans Jansens Hjem.

Ca. 30 ICF-statusrapport B og ca. 30 ICF-statusrapport C udarbejdet på arbejdsmedicinsk Klinik.

5.0 Projektdesign og metode

Projektet er et kvalitetsudviklingsprojekt opdelt i 5 faser.

5.1 Fase 1:

- Implementering og anvendelse af ICF som kommunikations- og dokumentationsredskab i arbejdet med kroniske patienter med low back pain.

Implementering af ICF som begrebsramme og senere som kommunikations- og dokumentationsredskab kræver såvel udarbejdelse af informations- og undervisningsmateriale som afvikling af konkret undervisning for det involverede personale på de tre institutioner.

I denne fase skal der desuden foretages en systematisk litteratursøgning i relevante internationale databaser som PubMed, Cochrane Library og Cinahl.

5.2 Fase 2:

- Udvælgelse af et antal relevante ICF koder i.f.t. kroniske patienter med low back pain

De involverede faggrupper, fra de tre involverede institutioner/afdelinger udvælger et antal relevante ICF-koder, der skal indgå i ICF-Low back pain-manualen (ICF-lbp.manualen). Herefter mødes faggrupperne på tværs af de tre institutioner/afdelinger. Der skal her opnås konsensus omkring et dækkende antal ICF-koder for at kunne udarbejde en fyldestgørende beskrivelse og vurdering af patientens funktionsevne og funktionsevnenedsættelse.

Disse koder præsenteres samlet i en ICF-lbp.manual.

I denne fase tages udgangspunkt i den eksisterende forskning fra feltet (3).

5.3 Fase 3:

- På baggrund af de udvalgte ICF-koder udarbejdes en ICF-lbp.manual. Denne manual udgør den fælles tværfaglige og tværsektorielle referenceramme og klassifikationsmodel.

5.4 Fase 4:

- Det involverede personale foretager ved hjælp af ICF-lbp.manualen en vurdering af den enkelte patients funktionsevne og funktionsevnenedsættelse. Dette beskrives og dokumenteres i en patientspecifik ICF-statusrapport.

- *1. registrering af alle patienter:*

Den første registrering ved hjælp af ICF-lbp.manualen foretages af personalet på det akutte rygambulatorium, Reumatologisk afd. U, Århus Sygehus. Dette vil være patientspecifik ICF-statusrapport A. Personalet på ambulatoriet vurderer og visiterer den kroniske patient med low back

pain til enten Hans Jansens Hjem (gruppe 1) eller Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Sygehus (gruppe 2).

- *2. og 3. registrering for patienter i gruppe 1:*

For patienterne i gruppe 1 foretages 2. og 3. registrering ved hjælp af ICF-Ibp manualen af personalet på Hans Jansens Hjem. Registreringen foretages midtvejs og som afslutning på rehabiliteringsforløbet.

Dette vil være patientspecifik ICF-statusrapport B og C for patienterne i gruppe 1.

- *2. og 3. registrering for patienter i gruppe 2:*

På Arbejdsmedicinsk Klinik vil registrering ved hjælp af ICF-Ibp manualen ligeledes blive foretaget 2 gange.

Dette vil være patientspecifik ICF-statusrapport B og C for patienterne i gruppe 2.

5.5 Fase 5:

- Evaluering

Evaluering af struktur og proces: Til vurdering af personalets tilfredshed med at anvende ICF, dels som referenceramme, men også som dokumentations- og kommunikationsredskab institutionerne/afdelingerne imellem, vil der blive benyttet fokusgruppeinterview.

Evaluering af resultat: Til vurdering af kvaliteten af de udarbejdede vurderinger af patientens funktionsevne og funktionsevnenedsættelse benyttes en kvalitativ audit. "Audit er betegnelsen for fagpersoners systematiske gennemgang af patientforløb med henblik på at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser" (4). Hvorvidt denne audit skal være eksplicit eller implicit vil afhænge af, om det er muligt at opstille eksplicite vurderingskriterier "state of the art" for cases, hvis ikke vælges den implicite audit, hvor der ved hvert enkelt case inden for auditgruppen, skal opnås konsensus omkring ICF-statusrapportens kvalitet.

6.0 Organisation og gennemførelse

Projektet gennemføres i et samarbejde mellem:

- Reumatologisk afdeling U, Århus Sygehus, ved overlæge Berit Schiøttz-Christensen,
- Gigthospitalet, Hans Jansens Hjem, ved ledende ergoterapeut Inge Gjerrild Søgaard,
- Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Sygehus ved arbejdsmediciner Lone Donbæk og
- MarselisborgCentret (bilag 3) ved projekt- og udviklingskonsulent, sygeplejerske, cand. scient. san. Tove Kilde.

Projektleder er projekt- og udviklingskonsulent Tove Kilde, MarselisborgCentret.

Klinisk ansvarlig projektleder er overlæge Berit Schiøttz-Christensen fra afd. U, Reumatologisk afd. Århus Sygehus.

Projektgruppen består derudover af:

- 1 person fra Reumatologisk afd. U, Århus Sygehus
- en tværfaglig gruppe bestående af 4 personer fra Hans Jansens Hjem
- 2 personer fra Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Sygehus.

Derudover etableres en følgegruppe, hvis opgaver er at komme med faglig vejledning og sparring til projektgruppen.

Følgegruppens medlemmer:

- Administrerende overlæge Bjarne Thomsen, Reumatologisk afd. U, Århus Sygehus
- Repræsentant fra Center for bevægeapparatlidelser, Silkeborg Centralsygehus
- Repræsentant fra Gigtforeningen
- Direktør Betty Nørgaard Nielsen, MarselisborgCentret

7.0 Tidsplan

1/9-05 – 31/1-06: fase 1+2+3

1/2-06 – 31/12-06: fase 4+5

Tidsplan.	2005				2006											
	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Fase 1																
Fase 2																
Fase 3																
Fase 4																
Fase 5																

8.0 Økonomi

Der ansøges om kr. 2.490.000 kr. til dækning af omkostninger ved projektets gennemførelse.

Bilag 4 indeholder et detaljeret budget.

9.0 Godkendelse og etik

Forud for projektets start skal det undersøges, hvorvidt der skal ske en godkendelse hos Datatilsynet, m.h.t. indsamling og registrerings af person- og helbredsrelaterede oplysninger fra patienterne.

10.0 Formidling

Erfaringer og resultater fra kvalitetsudviklingsprojektet publiceres i relevante tidsskrifter samt på MarselisborgCentrets og andre relevante organisationers hjemmeside fx Gigtforeningens. Desuden afvikles en temadag(e) i RegionMidtjylland m.h.p. vidensformidling af erfaringer og resultater fra kvalitetsudviklingsprojektet.

Den endelige rapport sendes til Sundhedsudvalget.

Det forventes desuden at erfaringerne og resultater fra dette kvalitetsudviklingsprojekt kan overføres og implementeres til et større tværsektorielt forskningsbaseret projekt, hvori såvel det faglige personale som brugerens perspektiv kan indgå.

11.0 Referencer

- 1) **Gigtforeningens hjemmeside, ondt i ryggen:** <http://www.gigtforeningen.dk/0D01D103-F763-4F4E-ADE7-D35CB572321B.W5Doc#Rygsmarter> (besøgsdato den 7/7-2005)
- 2) **Silkeborg Centralsygehus 2003:** Projektbeskrivelse, Center for Bevægeapparatlidelser. Indsats for subakut uspecifik lænderygbesvær hos voksne.
http://www.sundhed.dk/Images/alle/amt_aarhus/pdf/Aarhus_Amt/afd_f_folkesundhed/projektbevaegeapparat.pdf
- 3) **Cieza A, Stucki G et. Al. 2004:** ICF Core Sets for low back pain. In: Journal of Rehabilitation Med. Jul; (44 Suppl): 69-74.
- 4) **Blomhøj Gerda og Mainz Jan 2000:** Audit – en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Klaringsrapport nr. 9 2000.
<http://www.dadlnet.dk/klaringsrapporter/2000-09/2000-09.htm>
- 5) **AMI, Arbejds miljøinstituttet. Sound Seminar 15. april 2005:** Oplæg af Johan Hvid Andersen Overlæge ph.d. <http://www.ami.dk/Aktuel%20forskning/Pr%C3%A6sentationer.aspx> (besøgsdato: 7/7-2005)
- 6) **Statens Institut for Medicinsk Teknologi vurdering 1999:** Ondt i ryggen. Forekomst, behandling, og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Kbh.
<http://www.sst.dk/Applikationer/cemtv/publikationer/docs/ondtiryggen3123-10-1995/danskpdf/ondtiryggen98.pdf>
- 7) **Schiøler, Gunnar og Tóra Dahl (red.) 2003:** ”ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand”, 1. udgave, 1. oplag, WHO, Sundhedsstyrelsen, MarselisborgCentret, Munksgaard Danmark.
- 8) **Lange Lene 2005:** ICF – den danske vejledning. Eksempler fra praksis. Sundhedsstyrelsen og MarselisborgCentret.
<http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/PDF-filer/ICFvejledning.pdf>
- 9) **Hollænder Eva 2004:** ICF som redskab i rehabiliteringen. Videnscenter for hjerneskade.
<http://www.vfhj.dk/forside/satsrapporter/default.asp>
- 10) **Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret 2004:** Hvidbogen
<http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/Forskningsprojekter/hvidbog.pdf>

12.0 Bilag

Bilag 1: Patienter med lænderygssmerter i Danmark

Data fra nyere danske studier viser, at problemer fra lænderyggen er et udbredt problem. På en konference afholdt i maj 2005 i København havde Overlæge, ph.d. Johan Hvid Andersen, Arbejdsmedicinsk Klinik Herning Centralsygehus et indlæg, hvor han præsenterede data fra nyere danske studier om lænderygssmerter (5). I 4 danske studier var alle deltagere blevet stillet det samme spørgsmål: *"I hvilken grad har du følt dig generet af smerte eller diskomfort i lænderyggen indenfor de sidste 12 måneder"*. Deltagerne havde mulighed for at sætte ét kryds udfor 7 mulige svarkategorier, der gik fra *"ingen overhovedet"* til *"virkelig meget"*. J. Hvid Andersens præsentationer viste, at nedenstående procentandele af deltagerne i de 4 studier havde sat kryds i de tre øverste kategorier nemlig: *"en hel del"*, *"meget"* eller *"virkelig meget"* generet af smerte og diskomfort:

- i en dansk kohorte af 6943 tekniske assistenter som blev fulgt i 1999-2000 angav 12 % smerte eller diskomfort svarende til ovenstående tre kategorier
- i en dansk kohorte af 2737 sundhedspersonaler fulgt i 2000 angav 16 % smerte eller diskomfort svarende til ovenstående tre kategorier
- i en dansk kohorte af 4100 service medarbejdere fulgt i 2001 angav 12,5 smerte eller diskomfort svarende til ovenstående tre kategorier
- i en dansk population hvori der indgik 14647 deltagere angav 17 % smerte eller diskomfort svarende til ovenstående tre kategorier

Resultaterne fra de fire studier dokumenterer problemets omfang og desuden intensiteten af det ubehag som rygpaterne oplever. Derudover dokumenterer studierne, at lænderyggsbesvær eksisterer bredt i den danske befolkning.

"Ondt i ryggen" defineres som træthed, gener eller smerter i lænderyggen, med eller uden udstråling til benene (6). I denne definition indgår ingen afgrænsninger i forhold til varighed eller graden af gener. Anatomisk afgrænses lænderyggen til et område fra nederste ribbenskant til nederste del af sædepartiet. Typiske diagnoser som anvendes i den kliniske dagligdag er: Hekseskud, muskelinfiltrationer, facetledssyndrom, skæv ryg, slidgigt i ryggen, diskusprolaps og knogleskørhed. Det er dog også væsentlig at skelne mellem inflammatoriske og degenerative tilstande samt akutte og kroniske smerter. Akut og kronisk lænderyggsbesvær defineres i medicinsk teknologisk vurdering (MTV-rapporten) som henholdsvis af mindre eller mere end 3 måneders varighed (6).

Bilag 2: ICF

ICF er forkortelsen for **I**nternational **C**lassification of **F**unctioning, **D**isability and **H**ealth - på dansk International Klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand – og er vedtaget af WHO's generalforsamling World Health Assembly (7,8).

Hensigten er at imødekomme det stigende behov for en fælles og ensartet klassifikation af borgere med funktionsnedsættelse - på tværs af fag og sektorer. Samtidig skal ICF give mulighed for at identificere og beskrive konsekvenserne af funktionsnedsættelse og derved bidrage til en bedre anvendelse af samfundets ressourcer.

Klassifikationen kan således fungere som et systematiseret fælles kommunikationsværktøj for professionelle og patienter. Et værktøj, som ikke alene fokuserer på patientens diagnose/funktionsnedsættelse, men også på patientens funktionsevne og udviklingsmuligheder i et helhedsorienteret perspektiv og i en sproglig form, som kan benyttes af forskellige faggrupper. ICF integrerer to forskellige videnskabelige forståelsesmodeller. Den medicinske, naturvidenskabelige forståelsesmåde og den psyko-sociale humanvidenskabelige forståelsesmåde (9).

ICF er en af WHO's referenceklassifikationer, som Danmark som medlem af FN har forpligtet sig til at arbejde for anvendelse af. Sundhedsstyrelsen er den danske myndighed, der er ansvarlig for ICF-klassifikationen.

ICF er det eneste internationale værktøj til beskrivelse af funktionsevne og funktionsnedsættelse, der kan anvendes tværfagligt og tværsektorielt. Denne unikke egenskab ved ICF gør, at redskabet vil kunne medvirke til at styrke kommunikation og brobygning mellem borger og faggrupper og over sektorgrænser.

Bilag 3: MarselisborgCentret

MarselisborgCentret er anerkendt af WHO som Danmarks afprøvningsenhed for den internationale klassifikation ICF. MarselisborgCentret har netop udarbejdet den danske ICF-vejledning for Sundhedsstyrelsen - og tidligere den danske oversættelse af WHO's "ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand". MarselisborgCentret har etableret et landsdækkende netværk af erfarne ICF-praktikere, der alle har kendskab og erfaring med ICF og som repræsenterer mange forskellige indfaldsvinkler til ICF på tværs af sektorer og faggrupper. MarselisborgCentret driver endvidere netværkshjemmesiden om ICF-aktiviteter i Danmark: www.icf.marselisborgcentret.dk

MarselisborgCentret har siden 1996 vist sin nytteværdi og levedygtighed med nationale udviklingsopgaver inden for den tværfaglige og tværsektorielle rehabiliteringsindsats på et forskningsbaseret grundlag med udgangspunkt i følgende to centrale opgaver:

- Udvikle, teste, implementere og kvalitetssikre modeller for det gode sammenhængende rehabiliteringsforløb for personer med komplicerede længerevarende rehabiliteringsforløb
- Sikre den tværsektorielle og tværfaglige kommunikation ved at bidrage til implementering af en fælles referenceramme.

MarselisborgCentret udgør et værdifuldt nationalt supplement til de mere monofaglige og sektorbaserede udviklings- og forskningsmiljøer i Danmark og bidrager med sit nuværende arbejde til den tværfaglige koordinering af rehabiliteringsindsatsen mellem såvel sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningssektorerne i Danmark; tæt på praksis og tæt på borgeren/brugeren.

MarselisborgCentret bygger sin tilgang til rehabilitering på den definition, der blev beskrevet i ”Rehabilitering i Danmark- hvidbog om rehabiliteringsbegrebet”(2004) (10). Hvidbogen er resultatet af et tværfagligt og tværsektorielt arbejde i en tænketank, nedsat af RehabiliteringsForum Danmark og MarselisborgCentret og med deltagelse af repræsentanter fra en række offentlige myndigheder, brugerorganisationer og faglige organisationer, herunder DADL, Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen og DSI:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og /eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”

Bag MarselisborgCentret står en række danske offentlige og private organisationer, der alle arbejder indenfor rehabilitering og repræsenterer brugere og fagfolk inden for et netværk af forskellige behandlings-, videns- og rådgivningsvirksomheder. Blandt partnerne er Gigtforeningen, repræsenteret i PartnerForum af Hans Jansens Hjem i Skåde, hvorfor de problemstillinger, der er gældende specifikt for reumatologiske patienter er en del af MarselisborgCentrets naturlige arbejdsområde.

Bilag 4: Økonomi

Tabel 1: Detailplan over ressourceforbrug

	Timer	kr.
Projektleder, MarselisborgCentret	500 timer á 800 kr.	400.000 kr.
Klin. ansv. projektleder, Reum. afd.U, Århus Sygehus	300 timer á 1000 kr.	300.000 kr.
Frikøb af eksternt personale (se nedenfor)	520 timer á 1000 kr.	520.000 kr.
ICF-konsulent, MarselisborgCentret	1000 timer á 800 kr.	800.000 kr.
Sekretær/studentermød hjælp	900 timer á 400 kr.	360.000 kr.
Administration/økonomi/IT		50.000 kr.
Temadag(e)		40.000 kr.
Trykning af rapport		20.000 kr.
Total		2.490.000 kr.

Tabel 2: Budgetteret personalefrikøb

		Timeforbrug på de tre institutioner/afdelinger		
		Rygambulatoriet	Hans Jansens Hjem	Arbejdmed. klinik
Fase 1	8 deltagere á 4 t	8	16	8
Fase 2	8 deltagere á 6 t	12	24	12
Fase 3	Udarb. af projektleder og klinisk ansv. projektleder + sekretær og stud. Medhjælp			
Fase 4	Implementering af ICF-lbp.manual. (Antallet af timer til HJH og Arb. klinik vil afhænge af hvor mange patienter, der visiteres til de to rehabiliteringstilbud)	60 pt. á 2 t = 120	Ca. 30 pt. á 2x2t = 120	Ca. 30 pt. á 2x2t = 120
Fase 5	Fokusgruppeinterview og audit: 8 deltagere á ca. 10 t	20	40	20
Total:		160	200	160