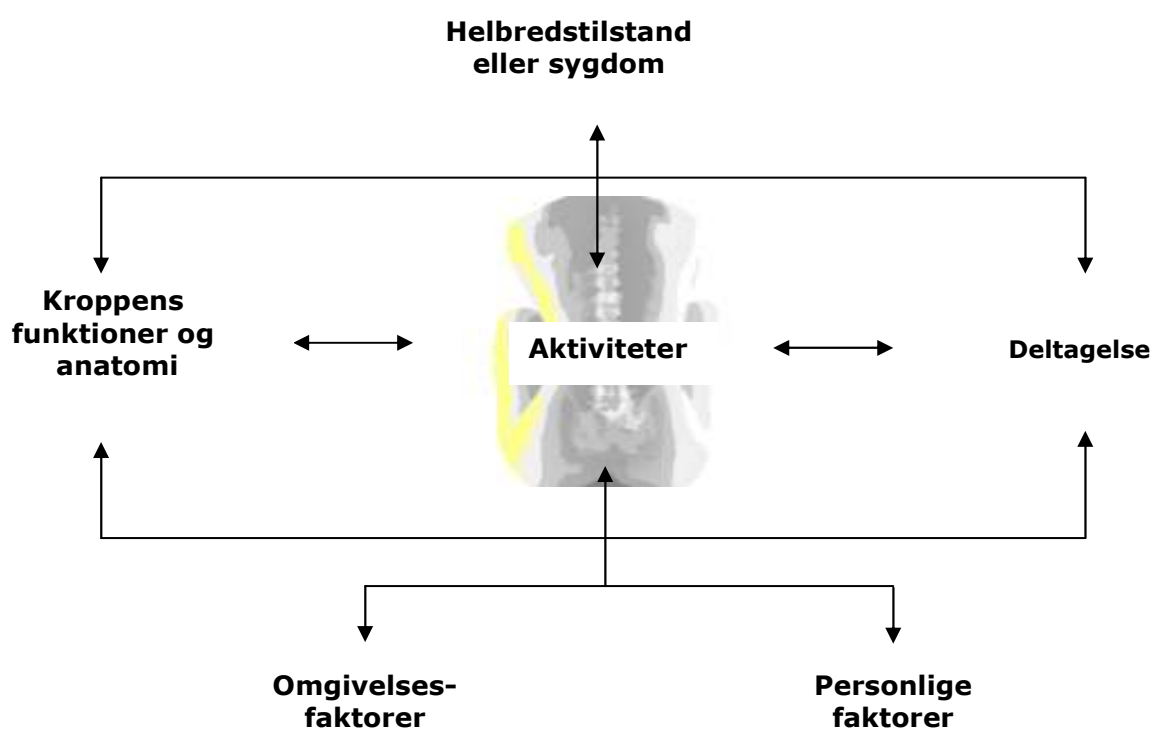



# ICF anvendt som kommunikations- og kvalitetsudviklingsværktøj i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

- omkring patienter med kroniske lænderygsmærter



## Samarbejdsprojekt:

ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL   
Reumatologisk afdeling U<sup>1</sup>

ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL   
Arbejdsmedicinsk klinik<sup>1</sup>

Gigtforeningen   
Center for Sundhed og Træning  
Århus<sup>1</sup>

  
MARSELISBORGCENTRET

2

## Rapporten udarbejdet af:

Hanne Melchiorson<sup>2</sup>, Berit Schjøttz-Christensen<sup>1</sup>, Karen Wessel Fyhn<sup>2</sup>

## Forord

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) er af WHO foreslået som et tværfagligt og tværsektorielt kommunikationsredskab. Det er foreslået som et generisk redskab, der tager udgangspunkt i en fælles ramme for, hvordan oplysninger om den enkelte skal struktureres. For hvert af de områder der indgår i rammen, defineres et stort antal funktioner, der i større eller mindre grad er relevant for den enkelte person, der oplever funktionsevne-nedsættelse. ICF er valideret bl.a. ved Delphimetoden, men der er kun få undersøgelser, der fokuserer på den praktiske anvendelse i den daglige klinik. MarselisborgCentret udgav i samarbejde med Sundhedsstyrelsen i 2005 en dansk manual for brug af ICF. På baggrund af den erfaring, der blev opnået ved dette arbejde og et stort ønske fra samarbejdspartnere på Gigtforeningens Center for Sundhed og Træning, Århus (tidligere Hans Jansens Hjem) om at udvikle et redskab, der kan anvendes til kommunikation mellem flere parter, der tilbyder undersøgelse og behandling af personer med bevægeapparatlidelser, blev der indledet et samarbejde med det formål at tilpasse ICF til brug i daglig praksis på tværs af faggrænser og sektorer.

I projektet er der taget udgangspunkt i omfattende litteratursøgning, og på den baggrund er udviklet et redskab til brug i den daglige klinik, der bygger på rammen for ICF og specifikt indeholder de koder, der relateres til rammens domæner. For at målrette arbejdet har fokusgruppen for arbejdet været patienter, der henvises til undersøgelse på Reumatologisk afdeling U på grund af kroniske lænderygsmærter, og som efterfølgende enten afsluttes til fortsat behandling i hjemområdet eller som viderehenvises til vejledning på Arbejdsmedicinsk Klinik eller intensivt rehabiliteringsforløb på Center for Sundhed og Træning, Århus.

Det har været målet at foreslå et praktisk redskab, der kan anvendes i den daglige klinik. Det kræver, at redskabet er tilgængeligt og let at anvende, at oplysningerne er valide og relevante i de situationer, hvor de indhentes og ikke mindst at resultatet af de mange vurderinger, der gøres, fremstilles i en form, så det giver mening for den enkelte selv, og for de der er involveret i vejledning og behandling. Projektet har bragt os langt videre mhp. at kunne anvende rammen for ICF specifikt for patienter med rygsmerter, men også for andre der oplever funktionsevne-nedsættelse. Projektet har ligeledes sat fokus på vigtigheden af have fælles kommunikationsredskaber, når mange faggrupper og sektorer skal arbejde sammen. Og sidst men ikke mindst har projektet sat fokus på, at redskaber skal være valide og enkle.

ICF vurderes at være en funktionel ramme for beskrivelse af funktionsevne-nedsættelse, som det er muligt at tilpasse i daglig praksis, men det kræver samarbejde og fortsat udvikling.

Der eksisterer i dag ikke en systematisk anvendelse af ICF på kroniske rygpatienter i Danmark. Det er vores håb, at vi med resultaterne af dette projekt kan levere et væsentligt bidrag til udviklingen af en sådan systematik.

Projektet har været gennemført som et samarbejdsprojekt mellem MarselisborgCentret, Reumatologisk afdeling U, Århus Universitetshospital, Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital og Center for Sundhed og Træning, Århus.

For udarbejdelsen af rapporten står projektleder projekt og udviklingskonsulent Hanne Melchiorson, MarselisborgCentret, klinisk ansvarlig projektleder overlæge, ph.d. Berit Schiøttz-Christensen, Reumatologisk Afdeling U, Århus Universitetshospital samt projekt og udviklingskonsulent Karen Wessel Fyhn, MarselisborgCentret.

Tak til personale på de involverede afdelinger, der tålmodigt har afprøvet og udviklet ICF Core Set i praksis. En uddybende tak til ergoterapeuterne Benita Schmidt og Kirstine Bak, Center for Sundhed og Træning, Århus for en aktiv deltagelse i processen ved anvendelse og udvikling af ICF i praksis og deres deltagelse i skrivearbejdet til rapporten. Også en tak til sekretær Kate

Larsen, Center for Sundhed og Træning, Århus for hendes omhyggelige og vedholdende indsats gennem hele forløbet og til Michael Christensen for opsætning af database.

Tak til Tove Kilde tidligere projektleder, der har bidraget til det store forarbejde med projektbeskrivelse, undervisning, planlægning af hele projektet m.m.

Også en stor tak til faglig leder af MarselisborgCentret, ledende socialoverlæge, ph.d. Claus Vinther-Nielsen der under udarbejdelsen af rapporten, løbende har bidraget med konstruktive diskussioner og kommentarer. Ligeledes en stor tak til sekretær på Marselisborgcentret Inger Hornbech, der har bidraget med kritiske kommentarer og revideringer af rapportudarbejdelsen. Følgegruppen (se under projektorganisering) har under hele projektføreløbet bidraget med konstruktiv sparring, tak for det.

Endelig tak til alle de andre der har bidraget med spændende kommentarer, faglig støtte m.m.

Uden økonomiske midler havde dette projekt ikke været muligt, så en stor tak til Sundhedsudvalget i Århus Amt, der 1. november 2005 indstillede støtte til dette projekt med et beløb 2,49 mio.kr. Økonomiudvalget tiltrådte efterfølgende indstillingen.

*Projektleder*  
*Hanne Melchiorsen*

*Klinisk projektleder*  
*Berit Schiøttz-Christensen*

<b>1. Sammenfatning .....</b>	<b>2</b>
1.1 Teknologi .....	5
1.2 Brugerperspektiv .....	6
<b>2. Introduktion .....</b>	<b>7</b>
2.1 Projektorganisering .....	8
<b>3. Formål .....</b>	<b>10</b>
<b>4. Overordnet metode.....</b>	<b>10</b>
<b>5. Læsevejledning.....</b>	<b>11</b>
5.1 Litteraturgennemgang.....	11
5.2 Teknologi .....	12
5.3 Brugerperspektivet .....	12
5.4 Diskussion, konklusion og perspektivering .....	12
<b>6. Lænderygbesvær .....</b>	<b>13</b>
6.1 Patienter med lænderygbesvær.....	13
6.2 Forekomsten af lænderygbesvær.....	13
6.3 Undersøgelser- og behandlingstilbud til patienter med lænderygbesvær.....	13
6.4 Udvikling på rygområdet .....	15
<b>7. ICF.....</b>	<b>15</b>
7.1 ICF klassifikation .....	15
7.2 Praktiske værktøjer ved anvendelse af ICF .....	18
7.3 Diskussion af ICF klassifikation.....	19
<b>8. ICF - anvendelighed indenfor forskellige professioner.....</b>	<b>22</b>
<b>9. ICF - anvendelighed indenfor forskellige sygdomme og helbredstilstande .....</b>	<b>25</b>
<b>10. ICF – validitet.....</b>	<b>28</b>
<b>11. ICF – reliabilitet .....</b>	<b>33</b>
<b>12. Teknologi.....</b>	<b>35</b>
12.1 Udvælgelse af Core Set .....	35
12.2 Udvælgelse af patienter, settings og interventionsperioder.....	37
12.3 Spørgeskemaer og test.....	38
12.3.1 Selvfuldte spørgeskemaer .....	38
12.4 Analysen af kvantitative data .....	39
12.4.1 Statistik.....	40
12.5 Resultater .....	40

12.6 Forslag til visuel rapportering af scoreværdier fra ICF.....	50
12.7 Diskussion og konklusion .....	51
12.7.1 ICF som et tværfagligt kommunikationsredskab, specifikt for patienter med kroniske rygsmerter.....	53
<b>13. Brugerperspektivet.....</b>	<b>54</b>
13.1 Baggrund og formål .....	54
13.2 Kvalitativ metode.....	55
13.2.1 Beskrivelse af analysemodel.....	55
13.2.2 Analysen .....	55
13.3 Metode til dataindhentning.....	56
13.4 Udvælgelse af informanter .....	56
13.4.1 Patienter på Center for Sundhed og Træning, Århus .....	57
13.4.2 Personale på Center for Sundhed og Træning, Århus .....	57
13.4.3 Praktiserende læger .....	58
13.4.4 Personale på Jobcenter Syd.....	58
13.5 Resultater .....	58
13.5.1 Fokusgruppeinterview - Patienter på Center for Sundhed og Træning, Århus .....	59
13.5.2 Fokusgruppeinterview - Personale på Center for Sundhed og Træning, Århus .....	61
13.5.3 Fokusgruppeinterview - Praktiserende læger .....	64
13.5.4 Fokusgruppeinterview - Personale på Jobcenter Syd.....	67
13.6 Sammenfatning .....	68
13.6.1 Patienter.....	69
13.6.2 Personale.....	69
13.6.3 Praktiserende læger .....	70
13.6.4 Jobkonsulenter .....	70
13.7 Diskussion .....	71
13.8 Konklusion .....	73
<b>14. Samlet Diskussion .....</b>	<b>73</b>
<b>15. Samlet konklusion og perspektivering.....</b>	<b>76</b>
<b>16. Referenceliste .....</b>	<b>79</b>
<b>17. Bilagsliste.....</b>	<b>Fejl! Bogmærke er ikke defineret.</b>

## 1. Sammenfatning

Lænderygbesvær hører til en af de mest udbredte smertetilstande i den danske befolkning, hvor 35 % af den voksne befolkning oplyser at have haft forbigående eller konstante smerter i ryggen indenfor det seneste år, hvilket svarer til 1.860.000 personer. Af disse søgte 37 % (670.000 personer) behandling, hvoraf de 5,4 % (ca. 36.000) blev behandlet i sygehussektoren.

Udover at lænderygbesvær er et problem for den enkelte, er det også et samfundsmæssigt problem, idet det er årsag til et stigende antal sygedage og dermed medfører store udgifter for samfundet.

De årlige sundhedsomkostninger er ca. 1,7 mia. kr. til udredning og behandling af lænderygbesvær blandt de ca. 670.000 personer, der antages at have søgt læge. Medtages sygedagpenge var den årlige samlede samfundsmæssige omkostning i 2003 for landet som helhed på 6,2 mia. kr. som følge af lænderygbesvær (1).

Årsagen til lænderygbesvær kan være diskusprolaps, degenerative forhold i diskus eller omkringliggende knogle, infektion m.m. En grundig undersøgelse af patienten er den vigtigste enkeltstående aktivitet i håndtering af rygpatienten. Ved en undersøgelse er det muligt at identificere problemer, der kræver igangsættelse af yderligere undersøgelser eller forslag til ændringer for at kunne klare den daglige funktion.

Udover forskellige behandlingstilbud findes også flere forskellige faggrupper, der udreder patienter med "ondt i ryggen" og gennemfører behandling.

Af hensyn til en individualiseret behandlingsstrategi med flere behandlingselementer, er det vigtigt at have et smidigt og velfungerende behandlingssystem, hvor de enkelte behandlere har et grundigt kendskab til de andre faggruppers kunnen.

I forbindelse med rapporten "Evaluering af udvikling på rygområdet i Danmark 1999 - 2004", peges der på områder, der bør arbejdes videre med bl.a.:

- Nedbrydning af barrierer for samarbejde
- Bedre sikring af sammenhængende patientforløb
- Procedurer for opfølgning og tilbagemelding behandlerne imellem
- Arbejde med fælles sprog og fælles forståelse af sygdomsproblemerne

Der efterspørges således et redskab til anvendelse på tværs af faggrupper og sektorer. Der er ingen tvivl om, at med WHO's godkendelse af ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) i 2001 har vi fået et anvendeligt redskab, der tilbyder en fælles referenceramme til beskrivelse af status på funktionsevne, såvel på individuelt som på samfundsniveau. ICF giver et fælles sprog med fælles accepterede definitioner på verdensplan, til anvendelse på tværs af faggrænser og sektorer indenfor såvel sundheds- som sociale områder.

Dog er ICF stadig under afprøvning og udvikling, og på baggrund af den tilgængelige litteratur anvendes ICF i den kliniske praksis hovedsagelig som referenceramme med udvalgte kategorier af koder, hvor man i stedet for anvendelse af gradienter, beskriver status på funktionsevnen som prosa.

Formålet med dette projekt har været:

At målrette og implementere ICF som tværfagligt kommunikationsredskab specifikt for patienter med kronisk Low Back Pain (lænderygbesvær), der via det akutte rygambulatorium Reumatologisk afd. U, Århus Sygehus henvises til videre rehabiliteringsforløb på henholdsvis Center for Sundhed og Træning, Århus eller Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Sygehus.

Et delmål bliver således at afprøve og validere ICF Core Set for Low Back Pain (2), som et tværfagligt klassifikationsredskab for patienter med kroniske lændesmerter, der undersøges og behandles i et tværfagligt og tværsektorielt miljø. Dette mhp. at implementere ICF som fælles redskab i den fremtidige samarbejdsstruktur.

Flere studier har belyst områder, der ønskes inddraget i den kommende udvikling af ICF. På baggrund af litteraturgennemgangen præsenteres vigtige områder, der bør fokuseres på i forbindelse med udviklingen af ICF:

- **Definere koder klart så overlapning undgås fx.**
  - Kan begrebet opmærksomhed placeres både under kroppens funktion og under aktivitet og deltagelse?
  
- **En manual med klar definition af begreber anvendt i ICF mhp en pålidelig, valid og klinisk anvendelig klassifikation, fx.**
  - Kan der trækkes klare skel mellem aktivitet og deltagelse, og skal de behandles hver for sig, dvs. begge komponenter betragtes særskilt i de 9 domæner/kapitler?
  - Vil man ved sammenkobling af aktivitet og deltagelse til én komponent tydeliggøre sammenhængen mellem aktivitet og deltagelse og dermed udvide aktivitetsbegrebet?
  - Hvad forstår man ved aktivitet? Individets udførelse af en opgave eller handling *eller* er aktivitetsdimensionen en blanding af basale aktiviteter (at stå, at gribe) eller sammensatte aktiviteter (påklædning, indkøb)? Omfatter aktivitet kun selve udførelsen i et standardiseret miljø?
  - Hvad forstår man ved deltagelse? Individets involvering i dagligdagen/samfundet *eller* er det, hvad personen er observeret at gøre, hvilket ikke nødvendigvis er det samme, som det personen ønsker eller vælger at gøre?
  - Hvad forstår man ved omgivelsesfaktorer? Kan en omgivelsesfaktor være både fremmende og hæmmende på samme tid? Er det et rum fri for distraherende lyde, visuelle stimuli, ekstreme temperaturer osv.?
  - Hvad forstår man ved gradienten - udførelse? Det den enkelte kan gøre i sine vante omgivelser *eller* den omgivelseskontekst, der er tydeligst relateret til problemet?
  - Hvad forstår man ved gradienten kapacitet? Det den enkelte kan gøre i standardiserede omgivelser med og uden assistance. Hvad er assistance? Kan graden af assistance niveaudeles til fx personlig/ikke personlig assistance?

- **Større brugerinddragelse fx**
  - Hvad oplever patienten som sit største problem? Hvilke forventninger har han til fremtiden?
- **Udviklingen at ét redskab til beskrivelse af en specifik helbredstilstand**
  - Ingen af de anerkendte måleinstrumenter eller de udarbejdede ICF Core Set er dækkende til beskrivelse af en specifik helbredstilstand. Det er ofte nødvendigt at medtage flere instrumenter og tests for at få dækket problemområdet. Ser man på de udarbejdede Core Set, kan det være nødvendigt at anvende flere måleinstrumenter eller tilføje ICF kategorier, evt. på baggrund af oplysninger indhentet fra patienterne. Omvendt ser man, at ICF Core Set dækker større spektrum end de specifikke anvendte måleinstrumenter.
- **Yderligere afprøvning af reliabiliteten**
  - Med de forskellige professioners tolkning og vurdering af såvel begreber i ICF som patientens aktuelle helbredstilstand, er det nødvendigt med yderligere studier, der vurderer såvel intra- som inter-reliabiliteten.
- **Udvikling af skalaer til måling af funktionsevnededsættelse**
  - Af flere studier fremgår, at det er vanskeligt at anvende de eksisterende skalaer under gradienter. Nogle foreslår, at niveauer slås sammen til hhv. intet problem, let/moderat problem, alvorligt/komplet problem, mens andre ligefrem foreslår en dikotom skala, hvor andre igen foreslår tillægskoder. Endelig efterlyses en skala til måling af ressourcer.

## 1.1 Teknologi

På baggrund af afprøvning af ICF Core Set for Low Back Pain i et tværfagligt og tværsektorielt miljø kan følgende konkluderes:

- **Core Set for Low Back Pain.**

De udvalgte koder for gruppen af patienter med Low Back Pain (LBP) fremstår dækkende for den gruppe af patienter, der undersøges i et rygambulatorium og som efterfølgende tilbydes et tværfagligt rehabiliteringstilbud.

- **Klar definition af begreber anvendt i ICF mhp. en pålidelig, valid og klinisk anvendelig klassifikation**

- Der er behov for at trække meget klare skel mellem aktivitet og deltagelse, og det foreslås, at områderne behandles hver for sig for at belyse den differentiering, der ligger mellem det, at den enkelte reelt kan udføre handlingen (aktivitet), og at vedkommende har intention om at udføre handlingen (deltagelse).
- Det foreslås, at aktivitet beskrives ved den enkeltes angivelse af funktion eventuelt kombineret med praktisk test af vedkommendes færdigheder for hver af de beskrevne koder. Det vurderes, at det er vigtigt at skelne mellem angivelse af aktivitet og den konkrete test, der i givet fald skal målrettes den enkeltes niveau og problem, så områder for potentiel forbedring kan identificeres.
- Det foreslås, at deltagelse beskrives ved den enkeltes angivelse af, hvad vedkommende har intention om at gøre, eventuelt kombineret med observation af hvad vedkommende rent faktisk gør i en given situation for hver af de valgte koder. Der vurderes, at det herved er muligt at identificere eventuelle uoverensstemmelser mellem den enkeltes intention, og det vedkommende reelt kan gøre for derved at identificere uoverensstemmelser, der kan være genstand for intervention.
- Det foreslås, at man ved deltagelse mener grad af involvering indenfor hver af de definerede koder.
- Ved beskrivelse af omgivelsesfaktorer er det essentielt, at de beskrives eksplicit inden den enkeltes funktion beskrives. Omgivelserne kan beskrives som standardiserede omgivelser, hjemmet, arbejdspladsen mv. En omgivelsesfaktor kan, hvis den er tilstrækkelig overordnet, være både fremmende og hæmmende på samme tid, men det er ikke hensigtsmæssigt, at den er beskrevet så bredt såfremt beskrivelsen skal anvendes mhp. intervention.
- Angivelsen af gradient for hver af de valgte koder bliver meget omfattende. Set i relation til et rehabiliteringsforløb giver gradienter mening for henholdsvis 1. og 3. niveau, hvis 1. niveau udtrykker den enkeltes subjektive vurdering af funktionsniveau, og 3. gradient udtrykker den enkeltes funktionsniveau testet i standardiserede omgivelser. I aktuelle kontekst gav test af 2. gradient ikke mening, idet de kompetencer den enkelte lærer ikke kan fjernes i forbindelse med en opfølgende testsituation.

- **Brugerinddragelse**

- ICF anvendt som redskab vil helt klart optimeres ved inddragelse af den enkelte. Ved vurdering af kapacitet på 1. gradient vil det være muligt, at den enkelte selv svarer på spørgsmålene, såfremt de omformuleres og målrettes. Ved scoring på 3. gradient inddrages den enkelte i den målrettede test. Optimeres rapporteringen, forventes det, at divergensen mellem formodet og konkret udført funktion vil kunne anvendes mhp at identificere problemområder, der i samarbejde mellem den enkelte, og behandlere vil kunne justeres enten ved behandling eller kompensation.
- ICF, anvendt som led i monitorering til at vurdere ændring over tid, vil kræve en sammenfatning af de mange oplysninger.

## 1.2 Brugerperspektiv

På baggrund af fokusgruppeinterviews før og efter implementering af ICF viser analyser:

- **Før implementering af ICF:**

- At man har fået en mængde information om, hvilke patientoplysninger, der modtages, bliver indsamlet og videregivet samt ønskes modtaget, indsamlet og videregivet.

- **Efter implementering af ICF:**

- På grund af manglende implementering af ICF i projektperioden er det ikke muligt at afgøre, om ICF kan medvirke til, at de indsamlede data og videregivne data bliver bedre strukturerede, mere komplette og helhedsorienterede.
- Vi kan ikke med sikkerhed sige, om patienterne med ICF oplever en bedre sammenhæng i forløbet og en større tilfredshed i forhold til de data, der indsamles og videregives i de forskellige led i behandlerkæden.
- I dette projekt er der ikke nævneværdig forskel på de professionelles praksis før og efter implementering af ICF.

## 2. Introduktion

Patienter med lænderygbesvær (Low Back Pain, LBP) er et stort og omfattende problem. 80 % af befolkningen oplever på et eller andet tidspunkt i deres liv lænderygsmerter, heraf 75 % i aldersgruppen 30 og 59 år. Lænderygbesvær er en omfattende årsag til funktionsevnededsættelse(2).

Sundhedsstyrelsen har udgivet en MTV-rapport i 2006, hvor udviklingen på rygområdet i Danmark evalueres(1). Evalueringen viser, at rygområdet både er stort og omkostningstungt. I 2003 var 35.611 ambulante besøg, og 10.549 var indlagt pga. ryglidelse. Medtages sygedagpenge var den årlige samlede samfundsmæssige omkostning i 2003 kr. 6,2 mia. som følge af ryglidelse.

Over en periode på 6 år ses et fald i såvel antallet af indlæggelser og indlæggelsesdage, samtidig med en let stigning i antal ambulante besøg. De samlede omkostninger i sundhedssektoren, som følge af lænderygbesvær, er uændrede over den 6-årige periode, mens sygehusudgifterne er faldet fra kr. 2,9 mia. i perioden 1996–1999 til kr. 2,4 mia. i perioden 2000–2003. Af MTV-rapporten fremgår det, at en stor del af de adspurgte patienter oplever et sammenhængende patientforløb. Behandlerne rapporterer ligeledes sammenhængende og hensigtsmæssigt patientforløb for de akutte patienter, hvorimod det kneb i forløbene med kroniske rygpatienter.

Punkter i perspektiveringen er bl.a.:

- Nedbrydning af barrierer for samarbejde
- Bedre sikring af sammenhængende patientforløb
- Procedurer for opfølgning og tilbagemelding behandlerne imellem
- Arbejde med fælles sprog og fælles forståelse af sygdomsproblemerne

Der efterspørges således et ensartet og entydigt informations- og kommunikationsredskab til anvendelse på tværs af fag og sektorer.

Ved anvendelse af ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) klassifikationsmodel er det muligt at registrere rehabiliteringsindsatsen og effekten systematisk ud fra fælles begrebsramme og fælles sprog, som således kan anvendes på tværs af faggrupper og sektorer.

ICF blev i 2001 godkendt af WHO som klassifikationssystem til international brug(3). International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnededsættelse og helbredstilstand er den danske udgave af ICF, udgivet i 2003(4). Det overordnede sigte med denne klassifikation er at tilbyde et fælles og standardiseret sprog og en tilsvarende begrebsramme til beskrivelse af helbred og dermed forbundne tilstande. I 2005 udarbejdede MarselisborgCentret for Sundhedsstyrelsen en dansk vejledning i brug af ICF med det formål at sikre en ensartet brug af klassifikationen på tværs af fag og sektorer i relation til personer med funktionsevnededsættelse(5).

ICF består af to dele, som er afgrænsende aspekter af den samlede helbredstilstand. Første del indeholder komponenterne kroppens funktioner og anatomi samt aktivitet og deltagelse, hvilket svarer til funktionsevnen. Anden del indeholder komponenterne omgivelsesfaktorer og personlige faktorer, hvilket svarer til kontekstuelle faktorer.

ICF kan anvendes som referenceramme på tværs af faggrupper og sektorer til forskellige formål bl.a. standardiseret sprog/kommunikation mellem fag og sektorer, klinisk værktøj til bedømmelse af behov for valg af intervention, redskab i forbindelse med behandling, træning og rehabilitering samt referenceramme i forbindelse med dokumentation og forskning.

ICF kan også anvendes som klassifikation, hvor personens funktionsevne kodes ved at udvælge domæner eller kategorier fra klassifikationens forskellige komponenter med mulighed for at tilføje gradienter, der angiver påvirkning af helbredstilstanden indenfor kategorien (dvs. overensstemmelse med sværhedsgraden af problemet). Med ICF klassifikationen er der således mulighed for at vælge forskellige detaljeringsgrader i ICF kodningen(5).

Samlet indeholder ICF 1454 koder, og dertil kommer en eller flere gradienter til hver kode. ICF er således yderst detaljeret og kompleks at anvende i den daglige praksis. For at gøre ICF klinisk anvendelig har ICF kyndige med støtte fra WHO udført et udviklingsarbejde, hvor et ekspertpanel har udvalgt kernesæt (Core Set) af koder til foreløbig 12 afgrænsede kroniske helbredstilstande eller diagnoser, bl.a. Core Set "Low Back Pain" (LBP) til patienter med kroniske lænderygbesvær, Core Set til akutte og postakutte tilstande, samt et generisk Core Set.

## 2.1 Projektorganisering

Projektet er gennemført i samarbejde mellem MarselisborgCentret, Århus og involverede behandlingssteder; Reumatologisk Afdeling U, Århus Universitetshospital, Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital, Center for Sundhed og Træning, Århus.

### Projektledelse

*Projektleder:*

I perioden 01.11.05–31.07.06, Projekt og udviklingskonsulent Tove Kilde, MarselisborgCentret  
Fra 01.08.06, Projekt og udviklingskonsulent Hanne Melchiorson, MarselisborgCentret.

*Klinisk ansvarlig projektleder:*

Overlæge, ph.d. Berit Schiøttz-Christensen, Reumatologisk Afdeling U, Århus Universitetshospital.

### ICF CORE SET gruppe

*Gruppens opgave var at medvirke til udarbejdelse og evaluering af den til projektet anvendte ICF-manual:*

Overlæge Finn Hjort Madsen, Reumatologisk Afdeling U, Århus Universitetshospital  
Afdelingslæge Lone Donbæk Jensen, Arbejdsmedicinsk Klinik (AMK), Århus Universitetshospital  
Sygeplejerske Kirsten Jensen, Reumatologisk afdeling U, Århus Universitetshospital  
Ergoterapeut Kirstine Bak, Center for Sundhed og Træning, Århus  
Ergoterapeut Benita Schmidt, Center for Sundhed og Træning, Århus  
Forskningsansvarlig fysioterapeut, cand scient san. Thomas Maribo, Videns- og kompetenceenheden Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen, Århus Universitetshospital  
Klinisk ansvarlig projektleder Berit Schiøttz-Christensen  
Projektleder Tove Kilde, MarselisborgCentret

### Scoringsteam:

Rygambulatoriet:

Overlæge Finn Hjort Madsen eller

overlæge Berit Schiøttz-Christensen i samarbejde med sygeplejerske Kirsten Jensen.

Center for Sundhed og Træning, Århus:

Overlæge Berit Schiøttz-Christensen i samarbejde med ergoterapeuterne Kirstine Bak og Benita Schmidt.

Arbejdsmedicinsk klinik, Århus Universitetshospital:  
Afdelingslæge Lone Donbæk Jensen

Job Center Syd:

Overlæge Berit Schiøttz-Christensen i samarbejde med sygeplejerske Kirsten Jensen.

## **Følgegruppe**

Følgegruppens opgaver var at bistå projektlederne med følgende opgaver:

*Følge udviklingsprojektets gennemførelse samt give sparring til projektlederne vedr. undersøgelsesdesign, resultater og afrapportering.*

Følgegruppen har været samlet til 4 møder i projektperioden og bestod af:

Professor, overlæge dr. med. Kristian Steengård-Pedersen, Reumatologisk Afdeling U, Århus Universitetshospital.

Socialoverlæge, ph.d. Claus Vinther-Nielsen, Afdelingen for Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Ledende overlæge, dr.med. Bjarne Thomsen, Reumatologisk Afdeling U, Århus Universitetshospital

Forstander Bente Olesen, Center for Sundhed og Træning, Århus

Udviklingschef Ann Tversted, JobCenter Marselisborg

Forskningsansvarlig fysioterapeut, cand scient san. Thomas Maribo, Videns- og kompetenceenheden Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen, Århus Universitetshospital

Forskningsansvarlig, Ergoterapeut, MPH, ph.d. Åse Brandt, Forskningsafdelingen, Hjælpemiddel-instituttet, Århus

Direktør Betty Nørgaard Nielsen, MarselisborgCentret (indtil 30.09.06)

Herudover er følgende fødte medlemmer af gruppen:

Projektleder Tove Kilde, MarselisborgCentret til den 31.07.06 herefter projektleder Hanne Melchiorsen.

Klinisk ansvarlig projektleder Berit Schiøttz-Christensen, Reumatologisk Afdeling U, Århus Universitetshospital

### 3. Formål

Projektets hovedformål var at målrette og implementere ICF som et tværfagligt kommunikationsredskab og eksemplificere det i gruppen af patienter med kroniske lænderygsmærter (Low Back Pain), der via det akutte rygambulatorium, afd U, Århus Sygehus, Nørrebrogade henvises til videre rehabiliteringsforløb på henholdsvis Center for Sundhed og Træning, Århus, Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital eller JobCenter Syd, Århus Kommune.

Projektets delmål blev:

1. at udvikle et funktionelt og overskueligt ICF-redskab målrettet til brug blandt patienter med kroniske rygsmerter på baggrund af den foreliggende manual og litteratur
2. at validere om det foreslåede redskab er anvendeligt i forbindelse med udredning og behandling af patienter med kronisk ryg sygdom
3. at kvalificere redskabet med henblik på fortsat brug i den daglige klinik

En række overordnede spørgsmål der er belyst i projektet er:

1. *Patienter med lænderygsbesvær, hvem er de?*
2. *Forekomsten af lænderygsbesvær?*
3. *Hvor står vi nu mht. undersøgelses- og behandlingstilbud til patienter med lænderygsbesvær?*
4. *Hvad kan vi gøre bedre?*
5. *Hvad er ICF?*
6. *Hvordan kan ICF anvendes til patienter med lænderygsbesvær?*
7. *Hvordan kan ICF anvendes mere generelt?*
8. *Hvordan er validiteten af ICF målt mod anerkendte målemetoder?*
9. *Hvordan er reliabiliteten af ICF?*

Specifikke spørgsmål, der ønskes belyst, præsenteres under kapitlerne teknologi og brugerperspektivet.

### 4. Overordnet metode

Projektet er planlagt som et kvalitetsudviklingsprojekt og anvender såvel kvalitative som kvantitative forskningsmetoder.

Desuden er introduktion og undervisning af ICF til udvalgt personale på involverede afdelinger og institutioner et væsentligt aspekt i projektet, hvorfor også pædagogiske overvejelser og principper indgår i projektet.

Projektet er ikke tænkt som en MTV (Medicinsk Teknologi Vurdering), men i afrapportering er valgt at anvende MTV rammen og således opdele såvel metode, resultater, diskussion og konklusion i to særskilte afsnit, nemlig teknologi og brugerperspektivet. Ved en evt. videreudvikling af projektet, er det således muligt at supplere med et organisations- og økonomiafsnit til en fuldstændig MTV.

Projektet belyser:

- *fokuseret litteraturgennemgang*
- *praktisk udvikling og afprøvning*
- *testning op mod eksisterende kilder*
- *vurdering i et brugerperspektiv*
- *forslag til fremtidig testning*

Den systematiske litteratursøgning er udført med henblik på at afdække foreliggende viden om brugen af ICF i praksis, som referenceramme og klassifikationsredskab.

Søgningen er foretaget ud fra følgende fokuserede spørgsmål:

- *Hvad er der skrevet om ICF og Low Back Pain?*
- *Er ICF og ICF Core Set valideret?*
- *Er ICF og ICF Core Set evalueret?*
- *Kan ICF anvendes som kommunikationsværktøj?*
- *Kan ICF anvendes som kvalitetsudviklingsværktøj?*

Der er udarbejdet søgeprotokol til projektet (bilag 1).

I kapitlerne der omhandler hhv teknologi og brugerperspektivet beskrives specifikke metodeafsnit.

## **5. Læsevejledning**

Rapporten er bygget op hhv. litteraturgennemgang, teknologiafsnit og brugerafsnit. Læsere, der ikke har interesse i en grundig systematisk litteraturformidling, kan med fordel gå til kapitlerne 12 og 13.

### **5.1 Litteraturgennemgang**

Der er valgt at medtage en omfattende og uddybende litteraturgennemgang med det formål at belyse fordele og vanskeligheder ved anvendelse af ICF. Dette med henblik, at læsere der planlægger at anvende ICF i praksis, kan få ideer til anvendelse samt til videreudvikling af redskabet.

Litteraturgennemgangen præsenteres i ét afsnit.

Der forligger kun sparsomme undersøgelser specifikt vedr. lænderygpatienter. Ud fra søgestrategien (bilag 1) blev der kun fundet 10 artikler, der omhandler patienter med Low Back Pain og ICF.

Da ønsket var at belyse anvendelse af ICF mere generelt, er der i litteratursøgningen ikke afgrænset til patienter med kroniske tilstande.

I den følgende litteraturgennemgang beskrives om muligt først, *Studier der inkluderer patienter med Low Back Pain*, herefter det generelle under overskriften *Studier der ikke specifikt inkluderer patienter med Low Back Pain*.

I kapitel 6 om lænderygsbesvær belyses den valgte patientgruppe samt de undersøgelser og behandlinger, der indgår i udredning af disse patienter. I kapitel 7 om ICF vil modellen blive beskrevet i første afsnit, herefter præsenteres kort værktøjer anvendt i forbindelse med ICF, og sidst i kapitlet vil ICF modellen blive diskuteret mere generelt. De efterfølgende kapitler indeholder hhv. de forskellige faggruppers kommentarer til anvendelsen af ICF (kapitel 8), anvendelse til forskellige sygdomme og tilstande (kapitel 9), validiteten af ICF sammenholdt med anerkendte målemetoder (kapitel 10) og til sidst i kapitel 11 reliabiliteten ved anvendelsen af ICF.

Hovedansvarlig for udarbejdelse af ovenstående kapitler er Hanne Melchiorson, Projekt og udviklingskonsulent, MarselisborgCentret.

## 5.2 Teknologi

Tilpasning af Core Set beskrives. I beskrivelsen indgår udvikling af Core Set tilhørende scoringsskema, siden afprøvning og løbende justering, der har betydning for andre, der planlægger indførelse af ICF.

Data for validitet af Core Set rapporteres i forhold til andre anvendte spørgeskemaer og udvalgte emner vedrørende definitioner og overvejelser omkring brug i et tværfagligt team refereres fra arbejdsgruppens logbog.

Hovedansvarlig for udarbejdelse af dette kapitel er Berit Schiøttz-Christensen, Overlæge, Reumatologisk afdeling U, Århus Sygehus.

## 5.3 Brugerperspektivet

I dette kapitel indgår 2 delmål, der belyses med fokusgruppeinterview som metode. Fokusgruppeinterviewene er foretaget blandt hhv. patienter og forskellige fagpersoner før og efter brugen af ICF.

Delmål 1: At afdække hvilke patientoplysninger, der i nuværende praksis modtages, indsamles og videregives samt hvilke patientoplysninger, der ønskes modtaget, indsamlet og videregivet.

Delmål 2: At afdække om der er sket en forbedring af kvaliteten af patientoplysningerne og således belyse, om ICF kan medvirke til, at de indsamlede og videregivne data bliver bedre struktureret, mere komplette og helhedsorienterede.

Hovedansvarlig for udarbejdelse af dette kapitel er Karen Wessel Fyhn, Projekt og udviklingskonsulent, MarselisborgCentret.

## 5.4 Diskussion, konklusion og perspektivering

I det samlede diskussionsafsnit sammenholdes hovedresultater fra hhv. teknologi og brugerperspektivet med tilsvarende resultater fra den præsenterede litteratur.

Hovedansvarlig for dette er Hanne Melchiorson, Projekt og udviklingskonsulent, MarselisborgCentret.

Det samlede konklusionsafsnit og perspektivering er samlet i et afsnit, der bygger på kapitlerne teknologi og brugerperspektivet.

Hovedansvarlig for denne del er Berit Schiøttz-Christensen, Overlæge, Reumatologisk afdeling U, Århus Universitetshospital.

## 6. Lænderygbesvær

### 6.1 Patienter med lænderygbesvær

Lænderygbesvær (Low Back Pain, LBP) er ikke en sygdom, men en tilstand, der dækker over mange underliggende årsager.

Lænderygbesvær defineres som træthed, gener eller smerter i lænderyggen med eller uden udstrålende smerter til ben(ene). I definitionen indgår ingen afgrænsning i forhold til varighed eller graden af gener. Den anatomiske afgrænsning af lænderyggen er området fra nederste ribbenskant til nederste del af sædepartiet.

Den diagnostiske inddeling hviler ofte på patienternes symptombeskrivelse og opdeles i hhv. akut lænderygbesvær og kronisk lænderygbesvær med eller uden udstrålende smerte til et eller begge ben.

Årsagen til lænderygbesvær kan være diskusprolaps, degenerative forhold i diskus eller omkringliggende knogle, infektion eller maligne forandringer. Oftest findes ingen klar sammenhæng mellem de symptomer den enkelte har, og det der findes ved undersøgelser eksempelvis MR scanning.

Kronisk lænderygbesvær defineres som smerter i over 3 måneder.

Kronisk besvær medfører ofte sygemeldinger og mange behandlinger, hvorfor patienter med kronisk rygbesvær udgør en socialt truet gruppe, hvor en hurtig og effektiv udredning og behandlingsindsats er nødvendig for at undgå yderligere forværring(6).

Patienter inkluderet til nærværende projekt, er patienter med kronisk lænderygbesvær.

### 6.2 Forekomsten af lænderygbesvær

De fleste mennesker oplever på et eller andet tidspunkt i deres liv lænderygbesvær. Direkte adspurgt har 35 % af den voksne befolkning indenfor det seneste år haft enten forbigående eller konstante smerter i lænderyggen, hvilket svarer til ca. 1.860.000 danskere. Af disse søgte 37 % eller 670.000 personer behandling, hvoraf de 5,4 % eller 36.000 blev undersøgt på sygehus(1).

En stor gruppe forsøger selv at håndtere problemet fx ved omlægning af arbejdsbyrder, ændring af stilling eller iværksættelse af forebyggende motion.

Blandt personer, der søger behandling, går ca. 2/3 til egen læge, hvoraf en del henvises til fysioterapeut, mens ca. 1/3 søger kiropraktor.

Hypigheden af behandlingskontakter pga. lænderygbesvær er stigende. Årsagen kan være det komplekse samspil mellem flere faktorer, således den industrielle udvikling, et udbygget sundheds- og socialvæsen, manglende accept af smerter samt flere udrednings- og behandlingstilbud.

Ligeledes viser tal for lænderygbesvær et stigende antal sygedage, hvilket bl.a. medfører økonomiske problemer for såvel den enkelte som for samfundet(6).

### 6.3 Undersøgelles- og behandlingstilbud til patienter med lænderygbesvær

Før behandlingsstrategien hos den enkelte patient tilrettelægges, er det nødvendigt at foretage en samlet vurdering af patientens rygproblem. En grundig undersøgelse ved første henvendelse er den vigtigste enkeltstående aktivitet i håndtering af rygpatienten. En grundig undersøgelse kan identificere et problem, der kræver igangsættelse af yderligere undersøgelser, eller et problem der kræver ro mhp. at kunne fortsætte daglige funktioner. Ved undersøgelsen spørges til problemets omfang bl.a. smerteintensiteten, smertelokalisation, funktionsbegrænsning, hæmning af dagligdagsaktiviteter, overskud og udholdenhed til at kunne klare arbejde, antal sygedage samt varighed af problemet.

Lænderygbesvær er oftest multifaktoriel betinget, hvor der er behov for en individualiseret behandlingsstrategi med flere behandlingselementer.

I Danmark har flere faggrupper autorisation og/eller tradition for at udrede patienter med "ondt i ryggen" og gennemføre behandling: Den praktiserende læge, speciallæge i primærsektoren, fysioterapeut i primærsektoren, kiropraktor i primærsektoren, behandlere i primærsektoren uden autorisation fx afspændingspædagoger, akupunktur, zoneterapi og træning/gymnastik samt fagpersoner i afdelinger og ambulatorier indenfor sekundærsektoren. Kun i særlige tilfælde bør patienterne henvises til sekundærsektoren, fx hvis særlige diagnostiske undersøgelser skønnes påkrævet så som CT-scanning, MR scanning.

For at få et smidigt og velfungerende behandlingssystem er det nødvendigt, at de enkelte behandlere har grundigt kendskab til de andre faggruppers faglige kunnen.

MTV rapporten fra 1999 efterlyser en overordnet koordinering af behandlingsindsatsen. En manglende koordinering kan medføre "dobbeltforløb", fx hvor patienten behandles hos kiropraktor og fysioterapeut i samme periode, uden at indsatsen i øvrigt sker i et samarbejde. Ligeledes kan en undersøgelse fx røntgen rekvireres af flere instanser i samme tidsrum. Der efterspørges en koordinering og fælles strategi, således at uanset hvilken indgang til sundhedsvæsenet patienten vælger, iværksættes den samme undersøgelses- og behandlingsstrategi(6).

I evalueringen af MTV rapporten fra 1999(2)konkluderes bl.a.:

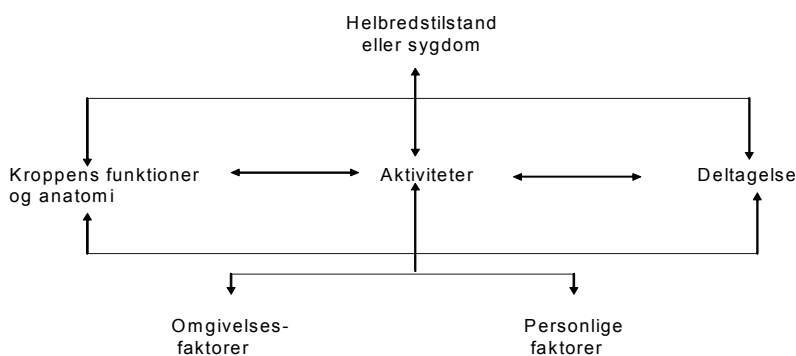
- Generelt oplevedes at kvaliteten af undersøgelser og behandlinger var blevet bedre siden 1999. Mellem 50-75 % af behandlerne angav, at kvaliteten var forbedret enten i høj eller nogen grad.
- Mere end 90 % af fysioterapeuter, kiropraktorer og hospitalsafdelinger vurderer at de følger "ondt i ryggen" rapportens anbefalinger, mens det for praktiserende læger var ca. 70 %.
- Blandt de behandlingstilbud der blev anbefalet i "ondt i ryggen" blev forskellige behandlinger *anvendt fra jævnlige til i høj grad*. Manuel behandling blev anvendt af 89-99 % fysioterapeuter og kiropraktorer. Øvelsesterapi/rygskole blev anvendt af 61-100 % af alle behandlere. Anvendelse af smertestillende medicin blev anvendt af 74-86 % af lægerne.
- Behandlingsmetoder, der blev *anvendt i visse tilfælde*, var blokadebehandling, diverse injektioner, akupunktur, massage, varme- eller kuldebehandling, rygoperationer, sengeleje og transkutan nervestimuli (TNS). Blandt disse fandtes massage, der blev anvendt af 70-85 % fysioterapeuter og kiropraktorer.

## 6.4 Udvikling på rygområdet

I evalueringen af MTV rapporten fra 1999(1) anbefales at der fremover er fokus på:

- Forbedring af samarbejdet mellem de forskellige behandlergrupper
- Bedre sikring af sammenhængende patientforløb, især med forløb fra den ene sektor til den anden
- Bedre diagnoseregistrering
- Arbejde med fælles sprog og en fælles forståelse af sygdomsproblemerne blandt behandlergrupperne
- Måle effekten af forskellige tiltag som sygedagpenge eller forskellige samarbejdsmodeller
- Fortsat udvikling set i lyset af at ansvaret for genoptrænings- optrænings- og rehabiliteringsindsatsen fremover ligger hos kommunen

## 7. ICF



### 7.1 ICF klassifikation

I maj 2001 blev ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) godkendt af den 54<sup>th</sup> World Health Assembly til international anvendelse og blev efterfølgende accepteret af 191 lande som international standard til klassificering af helbredstilstand og helbredsrelaterede tilstande(7). ICF erstatter ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) udgivet af WHO i 1980, der aldrig blev anerkendt som en officiel klassifikation(8).

International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand er den danske udgave af ICF, der blev oversat og udgivet i 2003(4).

Det overordnede sigte med ICF klassifikation er at tilbyde et fælles og standardiseret sprog og en tilsvarende begrebsramme til beskrivelse af helbred og dermed forbundne tilstande.

**Formålet med ICF er:**

- At skabe et videnskabeligt grundlag for forståelse og undersøgelse af helbred og helbredsrelaterede tilstande, resultater og årsager
- At tilvejebringe en fælles terminologi til beskrivelse af helbred og helbredsrelaterede funktionstilstande for at forbedre kommunikationen mellem forskellige brugere af klassifikationen som f.eks. professionelle i sundheds- og socialektoren, forskere, beslutningstagere og offentligheden inklusive personer med nedsat funktionsevne
- At gøre det muligt at sammenligne data på tværs af lande, professioner, sektorer over tid
- At give et systematisk kodesæt til sundhedsinformationssystemer

**Rammen for ICF:**

ICF beskriver menneskets funktionsevne og dens begrænsninger. Beskrivelsen struktureres i to dele. Første del omhandler funktionsevnen og anden del de kontekstuelle faktorer.

**Funktionsevnen** (*første del*) indeholder komponenterne:

1. Kroppens funktioner og anatomi
2. Aktivitet og deltagelse

**De kontekstuelle faktorer** (*anden del*) indeholder komponenterne:

1. Omgivelsesfaktorer (ydre påvirkninger af funktionsevnen)
2. Personlige faktorer (indre påvirkninger af funktionsevnen), denne er ikke klassificeret i ICF.

Hver komponent kan udtrykkes både i positiv og negativ form

1. Første del: Funktionsevne eller funktionsevnenedsættelse
2. Anden del: Fremmende faktorer eller barrierer og hindringer

Komponenterne er opdelt i kapitler (domæner), der efterfølgende er opdelt i detaljerede underkategorier, således at det er muligt at kategorisere (kode) på forskelligt niveau.

Enhver persons tilstand kan beskrives ud fra et antal koder på hvert niveau.

ICF koderne er kun fuldstændige med tilføjelse af gradient, der angiver påvirkningen af helbredstilstanden indenfor kategorien (svarende til sværhedsgraden af problemet).

Som klassifikation anvendes i ICF et alfanumerisk system:

- 'b = kroppens funktioner (body)
- 's = kroppens anatomi (structure)
- 'a = aktivitet (activity)
- 'p = deltagelse (participation)
- 'e = omgivelsesfaktorer (environmental factors)

Bogstaverne efterfølges af numerisk kode, som begynder med kapitlets nummer (et ciffer), svarer til 1. niveau, efterfulgt af andet niveau (to cifre) og tredje og fjerde niveau med hvert et ciffer.

*Et eksempel på klassifikation:*

- 'b = kroppens funktioner (komponent)
- 'b1 = mentale funktioner (kapitel/område - kategori 1. niveau)
- 'b114 = orienteringsevne (kategori 2. niveau)
- 'b1142 = orientering til sig selv og andre (kategori 3. niveau)
- 'b11420 = orientering til sig selv (kategori 4. niveau)

Herefter kan tilføjes grader udfor hver kategori uafhængig af dennes detaljeringsniveau.

Grader anføres som en, to eller flere cifre efter et punktum. Enhver kode bør ved anvendelse have tilføjet mindst én grad, da koderne ingen indholdsmæssig mening har uden grader.

Kategorierne i ICF kvantificeres ved anvendelse af en fælles generisk skala med brede procentopdelinger (svarende til relevante fordelinger af percentiler i standardbefolkningen).

0 INTET problem	(0-4%)
1 LET problem	(5-24%)
2 MODERAT problem	(25-49%)
3 ALVORLIGT problem	(50-95%)
4 KOMPLET problem	(96-100%)
8 uden specifikation	
9 ikke relevant	

*Et eksempel på anvendelse af grader:*

*'b11420.2 = orientering til sig selv er et moderat problem*

Afhængig af komponenten defineres de negative aspekter for funktionsevnen, således funktionsevnenedsættelsen som hhv, kroppens funktioner og anatomi udtrykkes som funktionsnedsættelse, aktivitet og deltagelse som begrænsning og omgivelsesfaktorer som barrierer og hindringer.

Der findes i alt 1454 koder, hvortil kommer en eller flere grader, hvilket belyser den store kodnings- og kombinationsmulighed.

I fortsættelse af den danske version af ICF har MarselisborgCentret for Sundhedsstyrelsen udarbejdet "ICF - den danske vejledning og eksempler fra praksis", udgivet 2005. Vejledningen er udarbejdet for at imødekomme et behov for en praktisk vejledning til brugen af ICF i praksis og kliniske sammenhænge, og dermed gøre ICF lettere tilgængeligt for nye brugere(5).

## 7.2 Praktiske værktøjer ved anvendelse af ICF

WHO har udviklet to generiske redskaber til anvendelse i praksis hhv. ICF tjeklisten og selvudfyldt spørgeskema WHODAS II.

ICF tjeklisten er en 12 siders "kort" version af ICF med 125 kategorier på 2. niveau. Alle informationer fra hhv. skrevne journaler, primær respondent, andre informanter og direkte observationer kan anvendes (9).

WHODAS II er et generisk måleinstrument for helbredstilstand med to versioner på hhv. SF-36 eller SF-12 spørgsmål baseret på ICF.

Spørgeskemaerne belyser vanskeligheder pga. helbredstilstanden med følgende 6 emner:

1. Forståelse og kommunikation
2. Bevægelse
3. Evne til at klare sig selv
4. Fungere sammen med andre
5. Husholdnings- og arbejdsaktivitet
6. Deltagelse i sociale arrangementer

Skemaet kan anvendes til personer over 18 år (10).

ICF tjeklisten er næppe anvendelig ved forskning i rehabilitering eller ved anvendelse i praksis, hvorfor WHO har udviklet Core Sets (11) med det hovedformål at gøre ICF anvendelig som et redskab til brug i klinisk praksis og til forskning, såvel kliniske og epidemiologiske studier som helbredsrapporteringer og monitorering af funktionsevne og helbredstilstande (12).

Som tidligere nævnt er ICF Core Set udviklet for flere helbredstilstande. For hver helbredstilstand foretages præliminære studier, der inkluderer Delphi metoden, der repræsenterer ekspertudsagn, systematisk review og empirisk dataindsamling. Baseret på de præliminære studier identificeres relevante ICF kategorier. Efterfølgende er fra april 2002 til juni 2003 afviklet 1., 2. og 3. konferenceskonference, hvor eksperter afgør, hvilke komponenter i ICF de anbefaler til de specifikke Core Set.

Der findes 2 typer af Core Set:

### **Comprehensive Core Set**

Medtager så få kategorier som muligt, men tilstrækkelig til at give en mere udførlig og detaljeret multidisiplinær beskrivelse af patientens funktionsevne og funktionsevnenedsættelse.

### **Brief Core Set**

Indeholder så få kategorier som muligt, men tilstrækkelig til at beskrive patientens funktionsevne og funktionsevnenedsættelse i den specifikke tilstand (12).

Tilstandsspecifikke Core Set skal indeholde mindst mulige antal domæner, der er nødvendige for at beskrive og klassificere et samlet spektrum af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredsstatus for en given tilstand.

Et generisk Core Set skal ligeledes dække relevante områder, der er aktuelle for de fleste tilstande. Med et generisk Core Set vil det være muligt at sammenligne på tværs af sygdomme og tilstande og undgå anvendelse af flere Core Set ved flere sygdomme eller tilstande (comorbiditet) (13).

The American Psychological Association samarbejder med WHO på at udvikle "Procedural Manual and Guide for a Standardized Application of ICF". Manualen inkluderer operationelle defini-

tioner på begreber, eksempler på kodninger og gennemgår relevante informationer til anvendelse af gradienter. Manualen identificerer mange nøgleområder, hvor yderligere afklaring er nødvendig, før ICF fuldt kan implementeres i sundheds og socialvæsenet (14).

### **7.3 Diskussion af ICF klassifikation**

ICF er WHO's ramme til måling af helbredstilstand, funktionsevnenedsættelse såvel på individuelt som samfundsniveau. Mens ICD klassificerer sygdomme, klassificerer ICF helbredstilstanden ved at opgøre funktionsevnen.

ICF kan betragtes som en paraply hvorunder dels sygdom eller helbredstilstand, dels ICF's 3 komponenter for funktionsevne og endelig omgivelsesfaktorer og personlige faktorer interagerer.

Formålet med ICF er således, at give et standardiseret fælles sprog til at beskrive og klassificere helbredstilstande og helbredsrelaterede tilstande. Selvom dødelighed eller diagnostiske data på sygelighed og sygdomme er vigtige, er de ikke tilstrækkelige til at indfange helbreds outcome på hverken individ eller befolkningsplan. Fx kan en diagnose alene ikke forklare, hvad patienter kan gøre, hvad deres prognose er, hvad deres behov er, og hvad behandling koster (11).

Når der skal planlægges rehabiliteringsinterventioner, er det nødvendigt, at identificere og vurdere faktorer der har størst sandsynlighed for forbedring. Den medicinske intervention er målrettet sygdomsprocessen, med målinger der generelt er baseret på skalaer og scoringer og ikke individuelle elementer. I rehabiliteringsperspektiv er patientens funktionsevne og helbredstilstand associeret med, og ikke kun, konsekvenser af en sygdom og lidelse. Yderligere er funktionsevne og helbredstilstand associeret med personlige og omgivelsesfaktorer og rehabiliteringens kontekst (13).

ICF følger principperne som en universel model i modsætning til minoritetsmodeller, den er helhedsskabende og ikke kun medicinsk eller social. Som helhedsmodel inkluderer den kontekstuelle faktorer som omgivelser og personen. Yderligere dækker den hele livsforløb og ikke blot voksenlivet. ICF omhandler den menneskelige funktion og ikke kun funktionsevnenedsættelse. Den er interaktiv og ikke lineær, hvor helbredstilstanden ses i relationen til funktionen og ikke som udtryk for en enkelt årsag (11).

Indførelse af ICF er en vigtig milepæl i rehabiliteringen, der må styrke holdningen til rehabilitering indenfor den medicinske verden. Anvendelsen af ICF vil kunne forbedre kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle, således at det bliver nemmere at forstå funktionsevne, helbredstilstand og mål for rehabilitering for såvel patienter som deres pårørende (13).

" Sproget i ICF vil influere på hvordan folk tænker", og dermed vil ICF vil danne basis for den multiprofessionelle patientvurdering, målsætning, intervention og evaluering. ICF synes, på en meningsfuld måde, at kommunikere i rehabiliteringsforløb fra akut til stationær tilstand, fx ved overflytning eller videregivelse af patienten fra den ene sektor eller faggruppe til den anden (11;13;15).

ICF kan beskrive, vurdere og måle den individuelle helbredstilstand eller helbredstilstanden i en population.

Helbredstilstand som begreb er svært at definere. Helbredstilstand indbefatter både, hvor længe man lever, og hvor godt man lever, heri graden af funktionsevne. Yderligere ved vi, at der er ikke-kommunikable sygdomme som diabetes og psykiske lidelse (depression, schizofrenia) lidelser, der ikke slår en ihjel, men i stedet begrænser menneskers funktionsevne i det daglige liv.

For at kunne sammenligne data i rehabilitering og andre sundheds-serviceorganer er det nødvendigt at have et komplet billede af alle facetter af helbredstilstande. Diagnoser alene kan ikke besvare spørgsmål om nytten af sundheds-serviceorganer, behovet for pleje, matchende behandling eller outcome evalueringer. Behovet for intervention, målrettet den enkeltes funktionelle status og graden af aktivitet, den enkelte kan eller ikke kan udføre, er stort. Faktisk ved man ikke, om en intervention skal rettes mod at forbedre den enkeltes grad af funktionsevne, eller om den skal målrettes ændringer i den enkeltes omgivelsesfaktorer mht. tilgængelighed eller tilpasning til den funktionelle begrænsning.

Ved at måle graden af begrænsninger ved anvendelse af gradienter i aktivitet og deltagelse, er det muligt klart at adskille, det den enkelte kan gøre i sine vante omgivelser – *udførelse*, og det den enkelte kan gøre i standardiserede omgivelser – *kapacitet*. Set fra et rehabiliteringsperspektiv er gabet mellem udførelse og kapacitet af stor betydning, fordi det kan identificere, hvad der kan gøres for personen og personens omgivelsesfaktorer (16).

Med ICF har anerkendelse af omgivelsesfaktorenes betydning ændret fokus fra problem til intervention og fra det individuelle til de omgivelser, hvor den individuelle lever. Funktionsevnenedsættelse forstås ikke længere som egenskaber hos den enkelte, men snarere som det outcome af en intervention mellem personen med påvirket helbredstilstand og omgivelsesfaktorerne. For at forstå en persons oplevelse af funktionsevnenedsættelse er det nødvendigt at beskrive dimensionen af funktionsnedsættelse såvel som omgivelsesfaktorerne. Funktionsevnenedsættelse behøver ikke nødvendigvis at inddrage alle komponenterne, kroppens funktioner og anatomi, aktivitet eller deltagelse.

Et andet aspekt er, at omgivelsesfaktorer kan fremme eller udløse latente funktionsnedsættelser eller aktivitetsbegrænsninger fx en genetisk prædisposition til schizofreni kan udvikles manifest, hvis personen bliver konfronteret med negative sociale omgivelsesfaktorer, eller en person med prædisposition til pollenallergi kan udvikle en manifestation, hvis han udsættes for omgivelser fulde af pollen. Det vil være øjeblikkets omgivelsesfaktorer, der vil blive beskrevet i relation til det enkelte individ. ICF leverer en liste af omgivelsesfaktorer, nogle er klart mere nære og individuelle i deres effekt fx produkter og teknologi til personligt brug i hverdagen, mens andre er mere fjerne og brede fx tjenester, systemer og politikker (17).

Forskellen mellem evne (kapacitet) og udførelse er forårsaget af omgivelsesfaktorerne, hvorfor ændringer i omgivelserne kan være en måde at maksimere kapacitet. Gabet mellem kapacitet og udførelse afspejler forskellen i aktuel og standardomgivelse, og kan anvendes til at belyse, hvad der kan gøres i omgivelserne for at forbedre udførelsen for det enkelte individ. Men hvad er standardiserede omgivelser? Udover de positive betragtninger er der også tilføjet negativ kritik eller skepsis ved anvendelse af ICF, bl.a. at den er tydeligere omkring de kropslige end vedr. de sociale faktorer.

En svaghed ved ICF er, at den er vanskelig at operationalisere til forskning, og at den er vanskelig at anvende til international sammenlignelighed. En yderligere kritik er, at komponenterne aktivitet og deltagelse har fælles domæner (kapitler), og dermed tillader alternative anvendelser. Dette betyder, at brugere af ICF har mulighed for at ændre struktur af klassifikationen afhængigt af deres behov, hvilket kan være hensigtsmæssigt, men samtidig giver problemer, når man skal sammenligne med data, der ikke er indsamlet efter samme regler.

Netop vanskelighederne mht. at trække et klart skel mellem aktivitet og deltagelse, er et skel, der også vil variere afhængig af blandt andet profession, teoretisk forståelse og kulturel tilhørsforhold. Fordi ICF retter fokus mod aktivitet, deltagelse og omgivelser, er man afhængig af dialog med patient og pårørende for at indhente nødvendig information og opstille realistiske mål. Det skal fremhæves, at ICF kan bidrage til at sikre brugermedvirken. Spørgsmål kan fx være: Hvad oplever patienten som sit største problem? Hvad ønsker han for fremtiden? Hvilke ressourcer og begrænsninger har han?

I ICF er mange vigtige begreber ikke defineret fx livskvalitet og omsorg, der er naturlige begreber i rehabilitering. Endvidere er det at bruge samme begreb, fx aktivitet, ikke ensbetydende med samme opfattelse af begrebet. Aktivitetsdimensionen indeholder en blanding af *basale aktiviteter* (at stå, at gribe) og *sammensatte aktiviteter* (som påklædning og indkøb). I rehabilitering er det ændringer på aktivitets- og deltagelsesniveau, der har interesse (18;19).

"Procedural Manual and Guide for a Standardized Application of ICF" medtages her, for at belyse den kritik der rejses til ICF. De fleste af spørgsmålene, der rejses, er især indenfor komponenten aktivitet og deltagelse.

Specielt belyses problemer omkring:

1. overlappning af koder
2. standardiserede omgivelser
3. gradienter
4. forskellen mellem aktivitet og deltagelse

**Ad 1:** Et eksempel med dobbelt eller umulig adskillelse er under komponenten kroppens funktion b140 "opmærksomhed", eller komponenten aktivitet og deltagelse d160 "fokusere opmærksomhed", ligeledes med gradienter b1400.x "fastholde opmærksomhed" eller d160.\_x "fokusere opmærksomhed". Det er vigtigt at x kodes ens dvs. samme alvorlighedsgrad for begge.

**Ad 2:** Er standardiserede omgivelser et sted fri for distraherende lyde, visuelle stimuli, ekstreme temperaturer, illumineret tilpas, tilpas privat og minimum af afbrydelser fra andre?

**Ad 3:** Første gradient – udførelse i vante omgivelser. Der kan være mange "vante" omgivelser, men der må kodes i den omgivelseskontekst, der er tydeligst relateret til problemet. Som eksempel kan nævnes en person med taleproblemer, der opleves problematisk på arbejdet, men mindre betydningsfuldt hjemme i vante omgivelser. Ligeledes kan der herske tvivl om, hvorvidt det er den bedste, værste eller typiske udførelse, der skal kodes.

Den 2. og 3. gradient hhv. uden assistance og med assistance skaber ligeledes vanskeligheder. To personer kan have identisk niveau på 1. gradient udførelse i et item, hvor en person kan have behov for personlig assistance, hjælpemidler og beskyttet bolig, mens den anden person blot har behov for en stok. Trods det, at de tilsyneladende har samme udførelsesprofil, er deres forbrug af service samt menneskelige og økonomiske ressourcer forskellige. Derfor foreslås en simpel tillægskodning, der kan beskrive disse individuelle forskelle så som: 0= intet behov for assistance, 1=ikke personlig assistance, 2=personlig assistance, 3=både ikke personlig og personlig assistance 9= behovet for assistance er ukendt.

Udførelse uden assistance beskriver personens sande evne, som ikke forbedres af et hjælpemiddel eller personlig assistance. Det er vigtigt at definere, hvad der forstås ved "uden assistance". Det er ofte ikke praktisk muligt eller ikke sikkert at fjerne assistance for at foretage en vurdering. Undertiden er det heller ikke en informativ oplysning, som fx at vurdere læseevne, hvis man fjerner brillerne. Anvendes "uden assistance" må det defineres som den højest mulige grad af funktionsevne, som en person kan nå indenfor et givent domæne på et givent tidspunkt. Udførelse er en subjektiv vurdering, som den enkelte oplever det, hvorfor det er vigtigt, at den enkeltes oplevelse præciseres så meget som muligt i valg af gradient, heri rejses spørgsmålet om inddragelse af vilje og værdinormer. Kapacitet er derimod en objektiv vurdering.

**Ad 4:** *Aktivitet og deltagelse har fælles domæneliste, hvilket betyder, at man frit kan afgøre, hvilket item der passer hvor. Selvom dette giver større fleksibilitet, må forskellige muligheder overvejes. Der er ingen tvivl om, at en Procedural Manual vil være nødvendig for en pålidelig, valid og klinisk anvendelig klassifikation (14).*

Erfaringer med afprøvningen af Core Set er, at de er tidskrævende, udfordrende, og meget lidt præcise til at måle funktionsevne på denne måde, samt at forskellige fagpersoner vurderer forskelligt. Sproget og terminologien er uvant at bruge for såvel fagpersoner som for patienter. Endvidere var det vanskeligt at få overblik over patientens funktionsevne, og at registreringen blev for detaljeret og var tids- og ressourcekrævende.

Det kritiseres, at begrænsninger eller indskrænkninger bedømmes mod en alment accepteret standard i befolkningen. Denne standard eller norm, som en persons kapacitet og udførelse sammenlignes med, er det som en person uden tilsvarende helbredstilstand kan klare.

Det bliver diskuteret, om det er muligt at registrere patientens ressourcer ved brug af ICF. I gradueringsskalaen er "intet problem" således det højest mulige (20).

Kategorierne indenfor kroppens funktioner og anatomi er forventeligt tydeligt diagnoserelaterede. For aktivitet og deltagelse noteres at enkle aktiviteter ofte dominerer, mens mere sammensatte aktiviteter (fx hjemmearbejde, fritid, sociale funktioner) kun medtages i ringe omfang. Det antages, at eksperterne har taget udgangspunkt i en relativ tidlig rehabiliteringsfase for flertallet af diagnoserne eller har taget udgangspunkt i personer med meget svær nedsat funktion (21).

En status udført tre år efter godkendelsen af ICF viste optimistisk syn ved anvendelse af ICF med tilkendegivelser som:

- Et nyt sprog indenfor rehabilitering, der giver mulighed for at styrke holdningen til rehabilitering indenfor den medicinske område, forbedre den multiprofessionelle kommunikation og forbedre kommunikationen mellem patienter og professionelle.

- Et nødvendigt og essentielt redskab. ICF tilbyder en fælles referenceramme til beskrivelse af status på funktionsevnen, informationer til sundhedsregistre og at gøre denne information sammenlignelig og værdimæssig (22).

Der er ingen tvivl om, at ICF er på vej til at blive en generel accepteret ramme og klassifikation i medicinske sammenhænge og speciel rehabilitering indenfor medicinske områder. ICF er en meget anvendelig ramme med fælles accepterede definitioner på verdensplan, og er et vigtigt grundlag for viden om den menneskelig funktionsevne (11).

## **8. ICF - anvendelighed indenfor forskellige professioner**

I dette kapitel belyses forskellige faggruppers kommentarer til anvendelse af ICF.

Der er overvejende tale om studier af generel anvendelse, og således ikke studier relateret til en bestemt diagnose eller helbredstilstand som fx Low Back Pain.

Blandt sygeplejersker finder man ICF relevant som referenceramme, idet den udvider tankegangen til at have øget opmærksomhed på sociale, politiske og kulturelle aspekter af funktionsevnenedsættelse. Af positive kommentarer til ICF angives, at det er et praktisk redskab til reduktion af forskelligheden af udtryk og udsagn samt forbedrer mulighederne for tværfaglig kommunikation.

ICF har vist sig som et anvendeligt redskab til klassificering og kommunikation af forhold vedr. funktionsevnen med alle komponenter og en kodning på 2. niveau (se afsnit 7.1). Kodning på 2. niveau synes hensigtsmæssig for de fleste sygeplejeprocedurer, selvom en kodning på 3. og 4. niveau kan være nødvendig, hvis der skal noteres nøjagtigheder.

Skalainddelingen under gradienter foreslås for nogle kategorier erstattet med ja/nej, normal/unormal eller aktuelt/ikke aktuelt.

Endvidere efterspørges koder for kroppens fysiske funktioner og anatomi, fx nedsat træningsevne, abnorm vævsstruktur, bleg hud og psykiske funktioner, så som fx følelser, erfaring, inaktivitet, coping strategier. I fremtidige projekter anbefales at sammenholde ICF med Nursing Interventions Classification (NIC) og International Classification of Nursing Practice (ICNP).

Også relevansen af anvendelse af ICF til sygeplejediagnoser blev afprøvet, ved at man udvalgte elementer fra sygeplejediagnoser og klassificerede disse vha. ICF, hvor også reliabiliteten blev vurderet (se under kapitlet ICF- reliabilitet). Hospitalssygeplejersker fokuserer oftest på kroppens funktion og aktivitet, men kunne med fordel også inddrage deltagelse og omgivelsesfaktorer, evt. som led i udskrivelsesproceduren (22-24).

I ergoterapien er man vant til at tage udgangspunkt i patientens ressourcer, og de synes vanskelige at opsamle, hvis ICF skal anvendes som eneste referenceramme. Ressourcer angives således kun i forhold til miljøfaktorer, altså en komponent, der ligger udenfor patienten, hvor man i ergoterapien er vant til at tage udgangspunkt i de ressourcer, personen er i besiddelse af.

Ergoterapeuter har kendskab til mange modeller og instrumenter fra deres praksis og tvivler på, om ICF kan tilføre noget nyt. Det kritiseres at ICF's definition af aktivitet kun omfatter selve udførelsen af en aktivitet i et standardiseret miljø. Indenfor ergoterapien anvendes aktivitet eller beskæftigelse (eng: occupation) ofte i en bredere forstand (20).

### **Der påvises mangler i den eksisterende ICF klassifikation.**

Begrebsmæssigt er komponenten deltagelse først beskrevet som "involvering i en livssituation" eller menneskers "livserfaring" i den aktuelle kontekst, hvor de befinder sig. Komponenterne aktivitet og deltagelse er kodet fra den samme liste, dvs. fælles domæner med to gradienter udførelse (præstation) og kapacitet. Mens kapacitet hovedsagelig refererer til individets evne til at udføre en opgave, udtrykker gradienten i udførelse, hvad en individuel er observeret at gøre i sine vante omgivelser (the outsider view).

Den individuelle subjektive oplevelse eller mening er ikke medtaget, hvilket opfattes som en stor mangel, idet en observeret udførelse ikke automatisk betyder, at en person oplever deltagelse i en beskæftigelse. Som eksempel kan nævnes, at vi kan se en person ser TV, men vi ved intet om hans engagement og aktive involvering i handlingen. Det kan diskuteres, om det er muligt at tale om deltagelse uden at inkludere personens subjektive mening.

Der er også udtrykt manglende forståelse af komponenten deltagelse som: Klassifikationen er hvad en person er observeret at gøre, hvilket ikke nødvendigvis er det samme, som det personen ønsker eller vælger at gøre. De kan være under pres eller gøre ting, fordi der ikke er andre muligheder for personer med funktionsevnenedsættelse.

Endnu en mangel påpeges: ICF's én-dimensionale syn på omgivelsesfaktorer som enten fremmende eller begrænsende, som i et tidsforløb vil stige eller falde. I artiklen mener man, at en omgivelsesfaktor kan være både fremmende og begrænsende på samme tid for samme person. Fx kan en studerende opleve en akademisk deltagelse som en fremmer, som samtidig kan begrænse social deltagelse (25).

Indenfor rehabiliteringspsykologien betragter man ICF, som en ny måde at tale om helbredstilstand. Man ser ICF som en ny taxonomi, der argumenterer for et paradigmeskift fra den eksklusive brug af diagnostiske etiketter til alternativ brug af helhedsklassifikationer af funktionsevne, hvilket må resultere i en mere rig, mere præcis og bedre informerende evaluering af forskellige tilstande i den menneskelige funktionsevne.

ICF er et klassifikationssystem, der anvender en kulturel følsom, helhedsskabende og interaktiv model for helbredstilstand og funktionsevne. Den er følsom for sociale og omgivelses aspekter og dækker hele menneskets levetid (7).

Videnskabsteoretikere har efterlyst en større stringens og klarhed om ICF som begrebsapparat og klassifikation. Specielt diskuteres begreberne aktivitet, deltagelse og gradienterne. Gradienten kapacitet kan forstås som en persons indre mulighed til handling. Kapacitet er således, hvad personens indre ressourcer tillader ham at gøre. Med indre ressourcer menes de biokemiske, fysiologiske og psykologiske forhold, som findes hos personen. Vilje forstås som et nøglebegreb i handlingsteorien, men dette begreb mangler helt i ICF.

ICF har introduceret to handlingskategorier: Aktivitet og deltagelse.

I den nuværende udgave af ICF er aktivitet og deltagelse slået sammen til én kategori, som dækker de samme domæner, men man må betragte dem som forskellige begreber og med to forskellige definitioner. En aktivitet indebærer et individs udførelse af en opgave eller handling, og deltagelse indebærer, at man involverer sig i en livssituation. Man kan spørge, hvad forskellen er mellem de to kategorier. Det er beskrevet, at ingen handling og dermed heller ingen aktivitet kan udføres uberørt af omstændighederne. Al handling må således være en deltagelse i en livssituation.

Når man ser nærmere på ICF, virker det som om aktivitetsbegrebet særskilt skal anvendes, når man undersøger en handlings "kapacitetsaspekter" dvs. ved spørgsmål, der berører, hvad et menneske *kan udføre*. Deltagelsesbegrebet skal i stedet anvendes i situationer, hvor man vurderer om en vis handling i praktikken *udføres*.

Af andre ICF definitioner, der vanskeliggør anvendelsen af begreberne, kan nævnes: At være involveret i en livssituation indgår i selve definitionen af deltagelse. Som en følge af dette kan aktivitetsbegrebet ikke anvendes, når vi taler om hvad der faktisk gøres under nuværende omstændighed, og man kan heller ikke tale om kapacitet at være deltagende i den nuværende livssituation. Skal man klassificere og studere handlinger også ud fra udførelsesaspektet, da bør man udvide sit begrebsapparat med begreber som vilje, hensigt og interesse, begreber der ikke findes i ICF (26).

Endelig har flere faggrupper beskrevet processen med ICF anvendt som referenceramme og standardiseret sprog i daglig praksis på en afdeling for rehabilitering. Dette på baggrund af et projekt, som har strakt sig over en 5-årig periode, og som startede før udarbejdelsen af ICF Core Set. Et interdisciplinært rehabiliteringsteam var involveret i projektet og dermed med i udvælgelsen af ICF items til et sæt tjeklister indenfor samtlige domæner. Med projektet ville man udarbejde en grundlæggende interdisciplinær referenceramme til klinisk anvendelse omhandlende de 4 komponenter i ICF (krop, aktivitet, deltagelse og omgivelsesfaktorer). Samtidig ønskede man at restrukturere og standardisere den interdisciplinære rapportering ved rehabiliteringskonferencer og ved dokumentation samt at implementere et nyt koncept i det daglige kliniske arbejde.

Efter 6 måneders implementering havde man følgende kommentarer: Konferencernes indhold blev ændret, således at vurderingen fyldte mindre, og dermed gav mere plads til målsætning og planlægning. Kendskab til patienternes målsætning reducerede tendensen til, at det var teamet der satte mål, ligeledes var der øget opmærksomhed på kontekstuelle faktorer, som blev medtaget i rehabiliteringsprocessen (27).

## **9. ICF - anvendelighed indenfor forskellige sygdomme og helbredstilstande**

I dette kapitel ser man mere generelt på anvendelsen af ICF, således både anvendelse af selve klassifikationen som de enkelte komponenter i ICF med betragtninger fra fagpersoner med eller uden inddragelse af patienter. Anvendeligheden søges belyst både i relation til fysiske og socioøkonomiske problemstillinger.

### ***Studier der inkluderer patienter med Low Back Pain***

Som tidligere nævnt er der indtil nu udviklet 12 Core Set for kroniske tilstande, Core Set for akutte og postakutte tilstande samt et generisk Core Set. Det første Core Set, der blev udviklet, var til patienter med Low Back Pain (LBP), og forfatterne skriver i artiklen, at det er vigtigt at notere, at denne første version kun anbefales til pilotstudier og validering.

ICF Core Set for Low Back Pain er udviklet på baggrund af præliminære studier, der inkluderer Delphi metoden, systematisk review samt empirisk dataindsamling.

Præliminærstudiet identificerede 503 ICF kategorier på hhv. 2. 3 og 4 niveau, med følgende fordeling på kategorier:

- Kroppen funktion 211
- Kroppens anatomi 47
- Aktivitet og deltagelse 190
- Omgivelsesfaktorer 55

18 eksperter (14 læger fra forskellige specialer, 3 ergoterapeuter og 1 fysioterapeut) fra 15 forskellige lande deltog i en efterfølgende konsensuskonference, hvor man besluttede sig for at inkludere i alt 78 kategorier på 2. niveau i et Comprehensive Core Set:

- Kroppens funktion 19
- kroppens anatomi 5
- aktivitet og deltagelse 29
- omgivelserne 25

Brief Core Set udvalgt fra det nævnte Comprehensive Core Set, indeholder i alt 35 kategorier fordelt på kategorierne:

- kroppens funktion 10
- kroppens anatomi 3
- aktivitet og deltagelse 12
- omgivelserne 10

Under udarbejdelsen af ICF-Core Set LBP blev diskuteret, hvorvidt kategorierne skulle klassificeres på 2. 3 eller 4 niveau. Det blev besluttet at holde definitioner på 2. niveau for at lette anvendeligheden i praksis. Man har fravalgt depressive og somatiserende tendenser i denne første version (2).

ICF Core Set for Chronic Widespread Pain (CWP) ligger tæt op af Core Set for LBP og indeholder udvalgte kategorier af problemer hos patienter med udbredte kroniske smerter eller generelle kroniske smerter (28).

Tilbagevending til arbejde er det primære mål for rehabilitering for mange patienter med kroniske smerter. For at øge omkostningseffektiviteten er der behov for at forbedre prediktive tests til genoptagelse af arbejde fx ved selektion af patienter til et omfattende rehabiliteringsprogram med det formål at genoptage arbejde eller andre erhvervsrehabiliteringsmål.

Det er nødvendigt at identificere gode vurderingsmetoder med sufficient muligheder for fastsættelse af arbejdskapacitet og vurdering af rehabiliteringspotentiale. Til dette anvendes interview og undersøgelse af bredt fagligt sammensat rehabiliteringsteam med henblik på klinisk arbejdskapacitetsvurdering samt en litteratursøgning for relevante prediktorer til genoptagelse af arbejde efter langtidssygemelding forårsaget af kroniske smerter. Efterfølgende sammenholdes indhøstet viden med ICF comprehensive Core Set for Chronic Widespread Pain og Low Back Pain.

I studiet undersøges, hvor stor enighed der er mellem en aktuel klinisk arbejdskapacitetsvurdering, udarbejdet af et multiprofessionelt rehabiliteringsteam, og de to udvalgte Core Sets. Enigheden er stor indenfor komponenterne kroppens funktioner og anatomi samt aktivitet og deltagelse, mens der ønskes en bedre struktur i omgivelsesfaktorerne, når de skal anvendes til en arbejdskapacitetsvurdering fx ved anvendelse af en struktureret interviewguide. Fravær af de personlige elementer i ICF er en stor mangel, idet mange prædiktorer for at vende tilbage til arbejde sandsynligvis findes her. Overensstemmelse mellem arbejdskapacitetsvurdering og kendte prædiktorer til genoptagelse af arbejde var høj. Ligeledes viser studiet, at begreber i de vurderingsinstrumenter, der anvendes i rehabilitering, kan sammenholdes med ICF domæner. Core Sets for de to kroniske smertetilstande og den aktuelle kapacitetsvurdering mangler en meget vigtig ingrediens – "on-the-job-site" evaluering, hvor kapaciteten vurderes i personens arbejdsmæssige omgivelser (29).

I et andet projekt havde man primært fokus på de sociomedicinske konsekvenser hos patienter med rygsmerter og 8 ugers sygefravær. Formålet med undersøgelsen var, at sammenligne graden af funktionsevne som defineret i ICF modellen mellem patienter med hhv. specifikke, ikke specifikke og generelle rygsmerter. Hypotesen, man ønskede testet, var at funktionsevnenedsættelsen ved kroniske rygsmerter synes mere kompleks med faldende symptomspecificitet. Med stigende symptomspecificitet og et fald i kroppens funktionsevne og anatomi indenfor specifikke områder, er der tendens til, at efterfølgende aktivitet fx i form af oplevet smerte-relateret funktionsevnenedsættelse vil stige. På den anden side viser et fald i symptomspecificiteten en tendens til stigning i mentale funktioner, så som angst og depression. Studiet viser, at patienter sygemeldt pga. kroniske rygsmerter er blevet behandlet som en ensartet gruppe og modtaget mange former for intervention, uanset problemer og den underliggende diagnose. Differentieret tilgang til de forskellige grupper må forbedre resultatet, fx hos patienter med Chronic Wide-spread Pain skal fokus evt. rettes mod forbedring af omgivelsesfaktorer og mentale funktioner i stedet for kroppens funktionsevne (30).

På trods af, at kun en lille del af patienter med Low Back Pain (LBP) udvikler kroniske smertetilstande, udgør denne undergruppe 75-90 % af de samlede samfundsøkonomiske udgifter. De høje sundhedsøkonomiske omkostninger er ikke kun en konsekvens af en helbredsrelateret intervention, men også en reduktion i arbejdskapaciteten resulterer at LBP. Derfor ville man i dette studie sammenholde kronisk Low Back Pain (CLBP) og arbejdssituationen. Sammenhængen mellem arbejdssituationen og CLBP er undersøgt og klassificeret i henhold til ICF. I undersøgelsen indgik 92 patienter med CLBP, der udfyldte et omfattende antal spørgeskemaer, indeholdt i domænerne i ICF. Ligeledes blev udført tests til måling af den fysiske kondition og præstation af arbejdsrelaterede aktiviteter. Arbejdssituationen (i arbejde/ikke i arbejde) blev anvendt som resultatmål. Arbejdssituationen blev defineret som: I arbejde er lig med arbejde

uden restriktioner, og ikke i arbejde er lig med arbejde med restriktioner (inkl. reduceret antal timer, mindre tungt arbejde, langsommere tempo, intet regulært job eller overhovedet ikke i arbejde).

Resultatet viste, at ikke arbejdende patienter havde en lavere selvrapporteret fysisk og psykisk helbredstilstand, lavere fysisk kondition, mere selvrapporteret begrænsning i ADL, lavere uddannelse, flere depressive symptomer og højere grad af nervøsitet end patienter i arbejde. Blandt konklusionerne er, at selvrapporterede begrænsninger og fysisk og psykisk helbredstilstand er vigtigere til forklaring af arbejdsstatus end de objektive målemetoder, der anvendes til måling af den fysiske kondition (31).

### **Studier der ikke specifikt inkluderer patienter med Low Back Pain**

Det er ikke kun kroniske patienter, der er fokus på. I 2003 blev der udarbejdet akutte og post-akutte Core Set for udvalgte patientkategorier. Udarbejdelsen af de akutte Core Set tog udgangspunkt i udarbejdelsen af ICF Core Set til kroniske tilstande, og arbejdsprocessen var meget lig denne. Mange patienter forventes at have påvirket funktionsevne også efter akut sygdom og tilskadekomst, hvor restitution kan tage lang tid og måske ikke bliver komplet.

Derfor vil resultatet af en akut sygdom eller tilskadekomst ikke kun være en hensigtsmæssig medicinsk behandling eller kirurgisk indgreb, men også en opmærksomhed på patientens behov for rehabilitering og hensigtsmæssig planlægning af rehabilitering. En fælles forståelse af funktionsevne og praktiske kliniske måleinstrumenter er især vigtig og nyttig i den akutte og post-akutte situation, hvor medicinsk behandling og rehabilitering går hånd i hånd.

Det akutte og post-akutte Core Set kan tjene som standard til beskrivelse af patientens funktionsevne til anvendelse i den kliniske praksis, forskning og sundhedsstatistik. I klinisk praksis kan de anvendes til vurdering, anvisning af interventioner og evaluering. Brugen af ICF Core Set kan lette kommunikationen mellem professionelle i akut og post-akutte rehabiliteringsfaciliteter. De kan ligeledes lette rapportering og dermed kommunikationen af patientens problemer og interventioner mellem de forskellige aktører og sektorer. Endelig muliggør ICF Core Set til akutte og post-akutte patienter en fælles basis til udvikling af målemetoder til funktionsevne og klassifikation af intervention m.m. (32).

Tilstands-specifikke Core Set er anvendelige, men generisk Core Set er nødvendig til at beskrive og sammenligne problemer indenfor funktionsevnen på tværs af helbredstilstande (33). Yderligere beskrivelse af artiklen medtages senere.

Funktionsevnen og helbredstilstand hos ældre patienter er beskrevet i en tidlig post-akut rehabiliteringsfase ved at identificere de mest almindelige problemer ud fra anvendelse af ICF. Studiet betragtes som et første skridt på vej til at udvikle et ICF Core Set for ældre patienter i en post-akut rehabiliteringsfase(34).

Hvordan man kan identificere helbredsrelaterede problemer hos patienter med inflammatorisk arthritis vha. ICF, er beskrevet i en nyere artikel. Formålet med studiet var fra patientens synsvinkel, at identificere de mest almindelige helbredsrelaterede problemer vha. ICF og dermed udarbejde en vidensbase for udarbejdelse af ICF Core Set til akut inflammatorisk arthritis.

Et stort antal af de valgte kategorier var indenfor komponenten omgivelsesfaktorer, som af patienterne, blev identificeret som meget vigtig. Det er vigtigt at huske, at ICF i sig selv ikke er et outcome mål, men en database med funktionsevne og funktionsevne begreber, og processen med at udarbejde et ICF Core Set er designet blot for at identificere, hvilke af hele spektret af helbredstilstande og funktionsevne begreber, der er relevante for den aktuelle patientgruppe. ICF databasen må derfor anvendes til at vurdere hvilke begreber, der er dækket af eksisterende redskaber - og derfor en hjælp til at vælge redskaber til en given klinisk situation, eller den kan anvendes som basis til at generere nye kliniske redskaber målrettet specifikke funktionelle outcome (35).

Hvordan ved vi, om rehabilitering har haft god effekt – hvad er det vi måler? Interventioner og effekten heraf måler man i sygehusvæsenet især på kropsniveau. Er det tilstrækkeligt for, at vide om rehabilitering er lykkedes?

En mand og en kvinde opereres for karpaltunnelsyndrom på den ikke dominerede hånd, og de får begge træning. Manden har en bevægelse og styrke, som ligger indenfor normalområdet, mens kvindens ligger under. Hvilken intervention er så lykkedes bedst? Hvis man måler på kropsniveau, er det selvsagt mandens med normal funktion. Vurderer man imidlertid på aktivtets- og deltagelsesniveau, kan det se anderledes ud. Både manden og kvinden er i arbejde og planlægger at vende tilbage til arbejdet.

Manden, som er bygningsarbejder, er meget misfornøjet med resultatet eftersom håndstyrke indenfor normalområdet for ham, ikke er tilstrækkeligt til at kunne udføre det vante arbejde. Kvinden derimod er universitetslektor og tilfreds med den håndkirurgiske intervention trods det "dårlige" resultat på kropsniveau. Hun klarer sit arbejde og fritidsinteresser uden noget større besvær. Når man således medinddrager aktivitet og deltagelse ved vurdering af effekten af en intervention, bliver vurderingen mere meningsfuld på såvel individ som samfundsniveau (36).

## 10. ICF – validitet

Efter WHO's godkendelse af ICF i maj 2001 måtte det forventes, at såvel ICF-klassifikation og instrumenter til måling af helbredstilstande ville blive anvendt samtidig. Det har derfor været vigtigt at forstå sammenhængen mellem disse to koncepter. For at levere en systematisk og standardiseret tilgang, når man sammenholder målemetoder med ICF, blev der af et ekspertpanel, med grundigt kendskab til ICF, udarbejdet 10 "sammenligningsregler" (ICF linking rules). "Sammenligningsreglerne" blev testet på fire generiske og fire helbreds-specifikke målemetoder. Enkelte items kunne ikke sammenlignes med en enkelt ICF klassifikationskode. For enkelte items var det således nødvendigt at klassificere under flere komponenter og/eller kapitler og/eller niveauer. Blandt resultaterne kan nævnes, at der i SF-36 findes 51 begreber, hvoraf de 11 ikke kan defineres i ICF-klassifikationen. Som eksempel herpå er det første spørgsmål i SF-36: Generelt vil du da sige at dit helbred er: virkelig godt, meget godt, godt, mindre godt eller ringe. Her har det ikke været muligt beslutte hvilken kategori, der skal vælges i ICF. Nogle foreslår dog, at spørgsmålet kan sammenlignes med hele ICF-klassifikationen, fordi det refererer til alle sundhedsaspekterne (37).

De 10 "sammenligningsregler" blev efter 2 års anvendelse redefineret og simplificeret, konteksten, hvori de blev anvendt, blev udvidet og antallet er i den nye version reduceret til 8. Den nye version er udviklet på baggrund af de erfaringer, man mødte i processen med sammenligning af hundreder af metoder til måling af sundhedsstatus, teknisk og klinik samt dusinvis af interventioner med originale "sammenligningsregler" i forbindelse med WHO's udvikling af Core Sets (se bilag 2).

"Sammenligningsreglerne" kan ikke kun anvendes til at sammenligne sundhedsstatus målinger, men også kliniske målinger og interventioner med ICF. De opdaterede regler muliggør også en identifikation af personlige faktorer, selvom disse endnu ikke er klassificeret i ICF. Men "sammenligningsreglerne" kritiseres også fx for, at de kun relateres til begreber i outcome mål, at psykometriske egenskaber er fravalgt ved sammenligning af outcomemål, og at de ikke er testet for reliabilitet (38).

### **Studier der inkluderer patienter med Low Back Pain**

På baggrund af et systematisk review af studier foretaget i periode 1991 – 2000, omhandlende RCT (randomiserede kontrollerede studier) på patienter med muskelskeletlidelser og udbredte

kroniske smerter, identificerede og sammenlignede man frekvensen af begreber indeholdt i forskellige spørgeskemaers effektmål med ICF.

Man identificerede 129 studier på patienter med Low Back Pain, hvor der blev anvendt i alt 59 spørgeskemaer og kliniske tests. Hyppigst anvendte spørgeskemaer var Oswestry Low Back Pain Questionnaire og Roland Morris Disability Questionnaire.

Man fandt, at 89 % af begreberne anvendt i spørgeskemaer og tests var sammenlignelige med ICF koder. Man konkluderede, at ICF således må anses som værende en nyttig reference til at identificere og kvantificere begreber, som indgår i effektmål anvendt i RCT for interventioner for bl.a. patienter med Low Back Pain (39).

Medtages endnu et skema: North American Spine Society Lumbar Spine Outcome Assessment Instrument (NASS), har man de 3 målemetoder, der anses som de mest anvendte til patienter med LBP.

Ved at sammenholde disse tre målemetoder med ICF var det muligt at undersøge ligheder og forskelle i begreber, om begreber i de 3 målemetoder er indeholdt i ICF kategorier, og om ICF kan fungere som en fælles referenceramme ved sammenligning med målemetoder for LBP. Resultatet viste, at de fleste begreber fra de tre skemaer kunne sammenlignes med ICF kategorier. Dog var der ingen af disse, der omhandler fx følelsesmæssige funktioner. Ligeledes afdækkes heller ikke aspekter som træthed, vitalitet eller graden af energi som defineret i ICF, forhold der er vigtige prognostiske faktorer ved kroniske smerter. Endelig er omgivelsesfaktorer kun berørt meget lidt i de tre målemetoder.

Viden om sådanne sammenligninger af målemetoder med ICF er nyttig, når man skal vælge målemetoder til et studie. Det første spørgsmål ved valg af målemetode er at beslutte, hvad der skal måles under hensyn til studiets endemål, studiets population og den planlagte intervention. Det næste spørgsmål er, hvilke målemetode skal anvendes. Ved anvendelse af ICF som referenceramme får undersøgeren mulighed for at se, hvilke domæner der er dækket af hvilket instrument, og dermed om det er nødvendigt at tilføje flere spørgsmål til valgte måleinstrumenter (40).

Patienter med Low Back Pain indgår ligeledes i et studie, hvor ICF tjeklisten blev anvendt til at identificere de mest almindelige problemer hos 917 (heraf 163 med LBP) patienter med udvalgte kroniske tilstande.

Kun et lille antal kategorier i ICF tjeklisten blev delt af mindst 8 af de 10 kroniske tilstande. Dette demonstrerer behovet for tilstandsspecifikke tilgange, når man definerer anvendelige værktøjer til klinisk praksis, så som udviklingen af ICF Core Sets til specifikke tilstande.

Idet studiets formål var at identificere mulige fælles kategorier indeholdt i ICF tjeklisten, var det ikke muligt systematisk at identificere kategorier, der ikke var med i tjeklisten, men for flere tilstande blev ekstra kategorier noteret som vigtige til beskrivelse af hele helbredstilstanden. Udviklingen af ICF Core Set vil muliggøre identifikation af kategorier, der er relevante for en specifik tilstand, men ikke er indeholdt i ICF tjeklisten, hvorfor studiet må betragtes som anvendeligt i denne sammenhæng.

Risikoen ved at have et udvalgt antal ICF kategorier, selvom de er velovervejede, er, at den store forskellighed, hvormed individerne reagerer på en kronisk tilstand kan mistes, hvis kategorierne følges slavisk. Det er derfor vigtigt at supplere med åbne spørgsmål til patientens perspektiv på funktionsevnen, hvis alle områder af problemer for den individuelle, skal inkorporeres og patientens mening høres. En stor begrænsning i den eksisterende ICF-metode er manglende inddragelse af patientens opfattelse, deres erkendelse af og potentiale til at handle som en guide i rehabiliteringsprocessen. Virkningen af at inddrage sundhedsprofessionelle med forskellig baggrund til at diskutere kerneområder for funktionsevne ved forskellige tilstande, må ikke undervurderes. Ved at deltage i tværfaglige møder opnås således en bredere forståelse (41).

Hvorvidt ICF dækker spektret af de helbredsproblemer som læger, fysioterapeuter og andre faggrupper møder hos patienter med muskelskelettilstande er studeret. Som metode blev anvendt en omfattende e-mailundersøgelse med spørgeskemaer, der indeholdt relevante områder indenfor de 5 komponenter i ICF til patienter med hhv. osteoarthritis, Low Back Pain og osteoporosis. Efterfølgende sammenlignede man de definerede begreber fra spørgeskemaerne med ICF kategorier.

Resultaterne viste, at alle begreber, der var nævnt af eksperter i spørgeskemaundersøgelsen, kunne sammenlignes med ICF bortset fra personlige faktorer.

Begreberne blev sammenlignet enten som:

1. Identisk mening og samme grad af præcision, fx *"i stand til at sætte sig på hug"* – d4101 sætte sig på hug
2. Mindre grad af præcision, fx *"gå på trapper"* – d4551 klatre
3. Omfattende mere end én ICF kategori, fx *familie* – e310 opvækstfamilie og/eller de315 Slægtninge
4. Tilsvarende, men ikke identiske ICF kategorier, fx *"fleksibilitet"* – b710 ledbevægelighed

Mange personlige faktorer blev nævnt af eksperter trods det, at de ikke eksplicit blev bedt om at medtage disse (fx uddannelse, status, profession, comorbiditet, livsstil, fitness og mestringssevne). Af diskussionen fremgår, at de begreber, der var nævnt af eksperter, ofte var mere præcise, end de kunne beskrives i ICF. Især ICF kategorien b280 opfattelse af smerte, synes at give en for snæver beskrivelse af smerte. Flere eksperter nævnte detaljerede begreber, der kunne udløse smerter som "smerter ved bevægelse" og "smerter i stående stilling". Ved at medtage beskrivelse af hvad der udløser smerter, får man samtidig information om graden af funktionsnedsættelse ved smerter.

Der nævnes ligeledes kliniske symptomer, der kan være vanskelige at kategorisere i ICF, som bl.a. "morgenstivhed", der er et vigtigt symptom hos patienter med muskelskeletlidelser. Hvis morgenstivhed betragtes som et klinisk symptom, der refererer til patofysiologien grundet sygdommen, kodes det i ICD-10. Men betragtes morgenstivhed som en nedsættelse af kropsfunktionen, kan det kategoriseres i ICF som b710 "ledbevægelighed" eller b7800 "fornemmelse af muskelstivhed". Dette afhængigt af strukturen, der er årsag til morgenstivheden.

Konkluderende anbefales ICF som basis for standardiseret og patientorienteret beskrivelse af patientens funktionsevne, men med behov for tilføjelse af mere præcis information, som er specifik til helbredstilstande eller for specifikke patientbehov. Man fandt, at ICF kan anvendes som reference for standardiseret multidisiplinær dokumentation med et standardiseret sprog. Endelig fandt man, at ICF understøtter den patientorienterede målsætning og behandling og ikke blot den sygdomsorienterede behandling. Med ICF modellen viste man, at funktionsevne-nedsættelse er en proces og ikke en tilstand eller kun konsekvenser af en sygdom. Studiets styrke var, at det validerer ICF ud fra brugerens synsvinkel (42).

SF-36 har sammen med ICF checklisten (125 ICF kategorier) og Comorbidity Questionnaire været anvendt som metode til at udvikle et generisk Core Set. I en analyse indgik data fra 1039 patienter fra 19 forskellige rehabiliteringscentre med en eller flere kroniske tilstande svarende til de 12 ICF Core Sets. Den største gruppe var patienter med Low Back Pain (19,2 %). I alt 28 ICF kategorier blev medtaget i en primær regressionsmodel, som senere blev reduceret til 13 ICF kategorier, som repræsenterede problemer, der vedrørte flest patienter uanset deres specifikke helbredstilstand.

Et generisk ICF Core Set skal inkludere så få kategorier som muligt for at være anvendelig, men samtidig så mange som det er nødvendigt for at give et tilstrækkeligt omfattende beskrivelse af patientens typiske spektrum af problemer indenfor funktionsevnen på tværs af tilstande. I det foreslåede generiske Core Set fandtes overlap med de 12 items i SF-12. Dette generiske Core Set vil således kunne bidrage i det fremtidige arbejde med udviklingen af ICF baserede måleinstrumenter. I studiet er nævnt flere begrænsninger, fx at der kun er medtaget ICF kategorier fra ICF tjeklisten, mangel på personlige faktorer, at der udelukkende er inkluderet patienter fra tyske rehabiliteringscentre, indlagte patienter, og at gradienter ikke er medtaget (33).

### **Studier der ikke specifikt inkluderer patienter med Low Back Pain**

HRQOL (Health-Related Quality of Life) der består af 6 helbredsrelaterede måleinstrumenter (SF-36, NHP, QL-I, WHOQOL-BREF, WHODAS II og EQ-5D) blev sammenholdt med ICF af 2 trænede sundhedsprofessionelle ud fra de tidligere nævnte 10 "sammenligningsregler", med en overensstemmelse på Kappa mellem 0.82 og 0.98. Fordi HRQOL og ICF repræsenterer to forskellige perspektiver på helbredsstatus og funktionsevne, er det forventeligt, at begge ofte vil blive anvendt samtidig og sideløbende i klinisk praksis, forskning og rapportering. Ikke alle begreber fra HRQOL er mulige at definere eller dække i ICF. Ligeledes fandtes, at ikke alle kategorier var differentieret tilstrækkeligt i ICF til at kunne sammenholde begreber fra de valgte målemetoder. Med en gennemgang af HRQOL bliver det fastslået, at det er vigtigt at udvælge sin målemetode, ud fra hvad der skal måles, hvilken population, hvilket forventeligt outcome og hvilken intervention (43).

I en rapport sammenlignes begreber fra de 3 mest anvendte måleinstrumenter, Health Assessment Questionnaire /HAQ), Arthritis Impact measurement Scales 2 (AIMS2) og Short Form 36 (SF-36) til patienter med rheumatoid arthritis (RA) med ICF Core Set for patienter med RA. Sammenligningen illustrerede, at de forskellige spørgeskemaer dækker forskellige komponenter i ICF RA Core Set, og at de dækker de forskellige komponenter med forskellige grad af præcision. Ved at anvende ICF som referenceramme får man mulighed for at se hvilke domæner, der er dækket af de specifikke instrumenter (spørgeskema), og dermed om det er nødvendigt at supplere med andre målemetoder. ICF- RA Core Set dækker et betydeligt større spektrum af kategorier end de i studiet anvendte spørgeskemaer (44).

Ved at sammenholde ICF med Functional Independence Measure (FIM) fandt man, at detaljeringsgraden indenfor omgivelsesfaktorer var mindre udtalt i ICF for visse områder, hvilket kunne tyde på, at man før klinisk anvendelse og forskning behøver at give koderne et ekstra ciffer. I andre tilfælde mangler ICF koder, når man sammenholder med FIM især indenfor dimensionen aktivitet (45).

Målemetoderne FIM, FAM (Functional assessment measure) og BI (Barthel index) er anvendt til vurdering af validiteten af ICF Core Set til Early Postacute rehabilitation Facilities (for patientgrupperne neurologiske, hjertekar, geriatri og muskel-skeletlidelser). Det specifikke formål var at undersøge begreber i de tre målemetoder, der hhv. er identiske med kategorier i ICF Core Set, begreber der ikke er dækket af kategorier i ICF Core Set og kategorier i ICF Core Set og som ikke findes i målemetoderne.

Resultatet viste, at de anvendte målemetoder indeholder mange af de kategorier, der indgår i ICF Core Set. Bemærkelsesværdigt dækker målemetoderne mange af kategorier i ICF Core Set - aktivitet og deltagelse. I en udvikling af ICF Core Set anbefales at undersøge om flere kategorier skal medtages fx opretholdelse af kropsstilling samt aspekter som indlæring, lytning, opmærksomhed og iagttagelse. Skal ICF Core Set anvendes i sin nuværende form, anbefales supplerende målinger ud fra en tjekliste for de kliniske egenskaber, der ønskes målt (46).

Ved en sammenligning af ADL-instrumenter og ICF fremgår, at det er nødvendigt at medtage mange ICF kategorier. Der findes i ADL komplekse begreber, der har elementer fra flere dimensioner i ICF og samtidig mangler ADL instrumenterne begreber, der omhandler uddannelse, arbejde, økonomiske livsområder, samfundsliv og sociale livsområder. I artiklen diskuteres, om aktivitetsbegrebet inkluderer deltagelse. Som det fremgår af andre studier defineres aktivitetsbegrebet forskelligt i forskellige fagtraditioner. ICF indeholder en systematisk neutral liste over aktiviteter, hvilket gør, at aktivitetsbegrebet i ICF kan opfattes som snævert, fordi den subjektive dimension dvs. meningsindholdet i begrebet mangler. Forfatteren skriver videre, at det er vigtigt, at aktivitet og deltagelse er koblet sammen til én dimension, der kan opfattes som en tydeliggørelse af sammenhængen mellem aktivitet og deltagelse og dermed som en udvidelse af aktivitetsbegrebet (47).

Besvarelser fra SF-36 fra en population, hvori indgik patienter med stroke og en kontrolgruppe, blev anvendt til at undersøge, om det er muligt at anvende ICF til indkodning af besvarelser fra individuelle spørgsmål i SF-12 til anvendelse i Elektronisk Health Record. SF-12 giver 2 samlede score, én for fysisk helbredstilstand og én for mental helbredstilstand. Domæner i ICF er kodet med 3 cifre og de specifikke kategorier af funktionsevnedssættelser med 4 cifre. Resultatet viste, forventeligt, at patienter med stroke scorede lavere end kontrolgruppen på såvel fysisk som mental helbredstilstand. Anvendelsen af ICF muliggør en specificering indenfor de forskellige SF-12 items, hvor man fandt det muligt at kategorisere 11 af de 12 items der findes i SF-12. Item "Evaluering af eget helbred" var ikke muligt at kategorisere i ICF.

Anvendelse af gradienter var mulig for 5 items, mens der for 2 items valgtes en dikotom graduering. Svarkategorierne i SF-12 refererer til graden af begrænsning eller restriktion, mens ICF anvender indikatorer for alvorlighedsgraden. Termerne mild, moderat, alvorlig og komplet må betyde forskelligt for forskellige personer i forskellig omgivelseskontekst. Dette er en begrænsning i ICF, hvis det skal anvendes til planlægning af service til helbredsrelaterede opgaver og ved ressourceallokering.

Under udarbejdelsen af "Preference-based-stroke-index" (PBSI) udviklede man en rangordning af kategorier til beskrivelse af begrænsninger eller restriktioner for 10 domæner, man fandt relevante for patienter med stroke. Som eksempel kan nævnes:

1. Begrænsning i gangfunktionen
2. I stand til at færdes i samfundet, fordi det er nødvendigt – (mild)
3. Kan gå indendørs, men har vanskeligheder med at gå alene udendørs – (moderat)
4. Kan kun gå nogle få skridt (alvorlig) eller anvender en kørestol (komplet)

Item i sig selv giver ingen anvendelig information, hvis der ikke er en vurdering af graden af funktionsevne (48).

Om der er overensstemmelse mellem begreber i hhv. ICD og ICF er undersøgt ved at se på overensstemmelse med ICF og en opstillet liste af ønsket kvalitet i det medicinske ordforråd. Dette på baggrund af udvalgte patientrapporter, indkodning med efterfølgende analyse af ICF kodninger og udvalgte ICD-10 koder, der indeholder tilstande, som hyppigt kræver rehabilitering. Fx vil ICD-10 kode 716.9 "betændelse i knæ" med stor sandsynlighed blive associeret med ICF kode b710 "ledbevægelighed". I studiet peges på vanskeligheder, så som mulighed for registrering af samme tilstand i flere koder, fx sygdom i kranspulsårer, kode s4101 "arterie" og/eller kode b415 "blodkar", vanskeligheder med at beskrive associering mellem to (tilstande) kodninger, fx tachycardi medfører en nedsat evne til motion, hvilket i ICF associeres med b710 "ledbevægelighed".

Af andre indvendinger kan nævnes kodning af alvorlighedsgrad, det er betydelig tidskrævende, kompleks og vanskelig at afgøre hvilken type og alvorlighedsgrad i gradienten, der skal vælges. Ligeledes efterspørges en kode til beskrivelse af patientens historie. Fx en person der har

røget 20 cigaretter dgl. i 30 år, men holdt op med at ryge for 10 år siden. I en udvikling af ICF ønskes der mere sensitive universelle mål for funktionel status (49).

***Begreber til at belyse problemstillinger for forskellige tilstande eller diagnoser, og hvordan de kan sammenlignes med ICF, er belyst fra såvel professionelle som patienternes side i følgende studier***

Hos patienter på akut hospital med hhv. neurologiske/neurokirurgiske, kardiopulmonale og muskelskelet lidelser er foretaget et studie med det formål at identificere de mest relevante problemer vha. ICF kategorier. Ved anvendelse af fokusgruppeinterview og Delphi teknik kunne de sundhedsprofessionelle identificere de mest relevante problemer hos patienter på akut hospital. De sundhedsprofessionelle repræsenterede eksperter fra forskellige professioner, hvilket var værdifuldt til at identificere den typiske patient udtrykt ved distinkte ICF kategorier, som kan anvendes i forskellige akutte tilstande. Ligeledes fandt ekspertgruppen et stort antal kategorier relevante for alle de 3 udvalgte patientkategorier (50).

Ud fra patienternes synspunkt er ICF Core Set for patienter med Rheumatoid arthritis (RA) valideret i et kvalitativt studie. Formålet med studiet var at undersøge, hvilke aspekter af funktionsevne og helbredsstilland der er vigtige for patienter med RA, undersøge hvordan disse aspekter er repræsenteret i den eksisterende version af ICF-RA Core Set, identificere mulige aspekter af funktionsevne der er vigtige for patienter med RA og endnu ikke inkluderet i ICF-RA Core Set, og endelig undersøge den kvalitative metode i dette pilotprojekt til yderligere validering og udvikling af ICF Core Set for andre sygdomme og tilstande.

Formålet med interviewene var at få patienternes egne beskrivelser omkring funktionsevne og daglige levevis. Interviewene var opdelt i to forskellige typer, 1. type med åbne spørgsmål og 2. type hvor patienterne blev præsenteret for ICF-RA Core Set, efterfulgt af åbne spørgsmål. Emner fra interviewene blev opdelt ud fra "sammenligningsreglerne" og sammenholdt med 109 ICF kategorier på 2. niveau. Der fandtes et sammenfald i 68 ICF kategorier mellem de 2 interviewtyper, 15 kategorier fandtes udelukkende i type 1 og 26 udelukkende i type 2. Nogle begreber kunne ikke kategoriseres i ICF-RA Core Set, fx træthed. I artiklen diskuteres problematikken med begreber, der kategoriseres "not covered", hvor man foreslår at gå et niveau op til et mere overordnet niveau (dvs. fra 3. til 2 niveau), og dermed muligvis kan kategorisere (51).

Ligeledes er der fra brugerperspektivet vurderet anvendeligheden af ICF, hvor 41 patienter med knæ-osteoarthritis deltog i fokusgruppeinterviews. Interviewene var et åbent spørgsmål: "Hvad er det vigtigste ved tilstanden osteoarthritis, der har påvirket dit liv – efter dit eget ud-sagn?" Efterfølgende blev interviewene analyseret og begreber sammenholdt med ICF comprehensive Core Set for osteoarthritis ud fra de 10 "sammenligningsregler". I alt 74 items fandtes vigtige blandt patienter med osteoarthritis, der indgik i fokusgruppeinterviewene, og alle kunne sammenholdes med ICF kategorier på 2. niveau, mens 69 af de 74 kunne sammenholdes på 3. eller 4. niveau. 12 kategorier identificeret af patienterne som vigtige begreber indgik ikke i Core Set. I studiet fandtes begrænsninger som omgivelsesfaktorerne, der ikke fik meget opmærksomhed fra patienterne i fokusgrupperne. Dette kan evt. skyldes de åbne spørgsmål, hvor der ikke blev spurgt eksplicit om omgivelsesfaktorer (52).

## **11. ICF – reliabilitet**

### ***Studier der inkluderer patienter med Low Back Pain***

Ud fra de i projektet anvendte søgekriterier fandtes ingen studier, der specifikt fokuserer på patienter med Low Back Pain.

**Studier der ikke specifik inkluderer patienter med Low Back Pain**

Relevansen af anvendelse af ICF til sygeplejediagnoser blev afprøvet ved, at man udvalgte elementer fra sygeplejediagnoser og klassificerede disse vha. ICF. Næsten alle elementer kunne kategoriseres, oftest under kroppens funktion og aktivitet med en klassificering på 2. niveau. Samtidig vurderede man reliabiliteten ved, at et panel kategoriserede elementerne fra sygeplejediagnoserne med klassificeringer i ICF. Andelen af overensstemmelse blandt panelets medlemmer var 61 % for anonyme patienter og 75 % for kendte patienter ved klassificering på 2. niveau, mens overensstemmelsen faldt til hhv. 42 % og 60 %, hvis klassifikationen var på 3. niveau. Kun 7–11 % af elementer fra sygeplejediagnoser kunne ikke kategoriseres vha. ICF (24).

Test-retest reliabiliteten af ICF koder blev målt blandt ældre mhp. at evaluere den kliniske anvendelighed af ICF, tjekliste og gradienter. Reliabiliteten for såvel kroppens anatomi og funktion som aktivitet og deltagelse var moderat (kappa 0,41 – 0,60), men lavere ved kodning vha. ICF gradienter. Reproducerbarheden var bedst, når målingerne blev udført af personer med længevarende erfaring. Tjekliste indeholdt items, der er vanskelige at anvende hos ældre personer, hvorfor man anbefaler at udvælge de mest relevante items for hvert område, der ønskes målt, samt udvikle hensigtsmæssige gradienter til koder der er relevante for brugerne (53).

På baggrund af fokusgruppeinterviews hvori deltog patienter med knæ-osteoarthritis fremkom flere vigtige items, der af to undersøgere blev sammenholdt med ICF kategorier. Resultatet viste en interobservatør reliabilitet angivet som Kappa på kroppens funktioner 0,83 på 2. niveau og 0,66 på 3. niveau, mens den for aktivitet og deltagelse var hhv. 0,93 og 0,96 (52).

I et nyere studie vurderede man observatør reliabiliteten på ICF Core Set for RA i reumatologisk praksis. Det specifikke formål var at estimere såvel inter-reliabiliteten som intra-reliabiliteten ved anvendelse af sundhedsprofessionelle i specialiseret reumatologisk omgivelse. 25 patienter indgik i undersøgelsen og Comprehensive Core Set for RA, blev anvendt af såvel fysioterapeut og ergoterapeut, der uafhængigt af hinanden ved indlæggelse scorede patienterne, hovedsageligt baseret på informationer indhentet under interviewet. Efter 6–10 dage blev patienterne igen scoret af enten en fysioterapeut eller ergoterapeut. For at beskrive sygdommens stabilitet mellem de to scoringer udfyldte patienterne selv en række spørgeskemaer til brug som eksklusion, hvis der opstod markante ændringer i tilstanden mellem de to scorings-tidspunkter.

Der fandtes en gennemsnitlig intra-rater overensstemmelse for alle ICF kategorier på 59 % med gradientskalering fra 0-4, som foreslået i ICF klassifikationen, med en stigning til 72 %, hvis gradienter blev sammenlagt til 3 niveauer (1-2 slås sammen og 3 – 4 slås sammen), samt en gennemsnits inter-rater overensstemmelse på 47 %, der steg til 61 %, hvis gradienterne blev sammenlagt til 3 niveauer. Således fandtes overensstemmelsen at være større mellem personens egne målinger end mellem målinger foretaget af to forskellige faggrupper, og reduktionen af niveauer i gradientmålingerne forbedrer såvel intra som inter-rater reliabiliteten. I studiet fandtes specielt lav reliabilitet indenfor omgivelsesfaktorer, dette kan skyldes, at en klassifikation af patienten kan betragtes som både hæmmer og fremmer, hvor fagpersonen så må foretage en vurdering af placering.

Interessant er det, at man ud fra studiets resultater foreslår at reducere antal gradientniveauer til tre ved anvendelse af ICF til patienter med RA (54).

## 12. Teknologi

**Spørgsmål, der søges belyst på baggrund af projektets formål, er:**

- **Er der overensstemmelse mellem ICF og validerede spørgeskemaer anvendt blandt patienter med kroniske rygsmerter?**
- **Kan ICF målrettes og implementeres som et tværfagligt kommunikationsredskab, specifikt for patienter med kroniske rygsmerter?**

Med henblik på at forberede implementering af ICF som referenceramme er der primært fokuseret på udvikling og tilpasning af ICF-Core Set. Herudover er der løbende arbejdet på opbygning af IT-software til brug i den daglige klinik. I det følgende beskrives dette udviklingsarbejde og resultatet heraf.

### 12.1 Udvalgelse af Core Set

Stucki et al har til brug blandt patienter med kroniske lænderygsmerter foreslået et Core Set, som danner grundlag for denne undersøgelse (2).

Det første Core Set indeholdt samtlige gradientmuligheder, dvs. én gradient for kroppens funktion, tre gradienter for kroppens anatomi, fire gradienter for hhv. aktivitet og deltagelse samt to gradienter for omgivelsesfaktorer. Core Set manualen er listet efter samme kronologi som i artiklen "Core Sets for Low Back Pain" (2).

Med henblik på at vurdere og revidere det valgte Core Set blev nedsat en ICF Core Set gruppe, der var tværfagligt sammensat af centrale personer fra de afdelinger, som indgik i projektet, samt de 2 projektledere (se projektorganisering). Core Set gruppens medlemmer var alle nøglepersoner i de involverede afdelinger, og gruppen fungerede som scoringsteam (se projektorganisering). At gruppen fungerede som scoringsteam gjorde det umiddelbart muligt at implementere ICF i den daglige arbejdsproces. Primært blev det implementeret i forbindelse med testsituationer, derefter som egentligt redskab anvendt i forbindelse med undersøgelse og testning af patienterne. Idet gruppens medlemmer alle var samlet flere gange, og der lokalt blev holdt møder omkring kodning, havde alle mulighed for at deltage i diskussionen om tolkning af ICF-Core Set og brugen af det. Gruppemedlemmerne opnåede derved et grundigt kendskab til ICF og ICF Core Set for Low Back Pain i testsituationer, og der var efterfølgende ikke behov for yderligere instruktion i forbindelse med anvendelse af scoringssystemet.

Ved første møde i gruppen blev der givet en grundig introduktion til ICF som referenceramme, klassifikation og ICF Core Set. Efterfølgende blev der gennemgået en case med Low Back Pain. På baggrund af denne case vurderede gruppen hvilke data, der er relevante at indsamle omkring en person med lænderygsmerter.

Med udgangspunkt i Core Set manualen for Low Back Pain vurderede gruppen, om de udvalgte data fra casen kunne placeres under klassifikationer i Core Set. I gruppen var der enighed om, at de valgte koder i ICF Brief Core Set var tilstrækkelige, detaljeringsgraden på 1. niveau var ligeledes tilstrækkeligt mhp. brug i Rygambulatoriet, hvorimod det primært blev vurderet, at man ved start og afslutning af rehabiliteringsforløb ville være i stand til at vurdere både 2. og 3. gradient under aktivitet og deltagelse. Denne første udgave af projektets ICF Core Set manual blev efterfølgende afprøvet i pilottest på Reumatologisk Afdeling, Århus Universitetshospital. Efter den indledende afprøvning bekræftedes at scoring sv.t. 1. gradient er realistisk i Rygambulatoriet, hvorimod scoring af omgivelsesfaktorer er for omfattende i forbindelse med en diagnostisk undersøgelse og afklaring i rygambulatoriet og fravalgtes derfor her.

ICF Core Set, anvendt i Rygambulatoriet og på AMK, er derfor den korte version 'ICF-Core Set-amb' (bilag 3) og Core Set anvendt på Center for Sundhed og Træning, Århus er 'ICF-Core Set-rehab' (bilag 4).

Generelt er klassifikationens rækkefølge fra det oprindelige Core Set for Low Back Pain ændret til en mere logisk rækkefølge, hvor klassifikationer indenfor de forskellige kapitler præsenteres samlet, så man ikke springer mellem de forskellige kapitler i manualen.

I kapitlerne under kroppens funktioner anvendes graderingen

- xxx.0 - Ingen funktionsnedsættelse (0-4%)
- xxx.1 - Let funktionsnedsættelse (5-24%)
- xxx.2 - Moderat funktionsnedsættelse (25-49%)
- xxx.3 - Omfattende funktionsnedsættelse (50-95%)
- xxx.4 - Ingen funktion (96-100%)
- xxx.8 - Funktionsnedsættelse uden specifikation
- xxx.9 - Vurdering af funktion ikke relevant.

Kroppens funktioner, kapitel 2 – sanser og smerte, er udvidet til at omfatte koder på 3. niveau for at kunne beskrive smertens lokalisation og betydningen heraf mere detaljeret, end primært beskrevet i det af Stucki foreslåede Core Set. Smerten beskrives ved grad af funktionsnedsættelse og ikke intensitet. I den engelske manual bruges udtrykket impairment.

I kapitlet om Kroppens anatomi er 3. gradient (lokalisering af funktionsnedsættelse) fravalgt, da det vurderes ikke at have relevans, således vurderer man, at 2. gradient (arten af funktionsnedsættelse) er tilstrækkelig oplysning.

I kapitlerne under aktivitet og deltagelse anvendes graderingen

- xxx.0 - Intet problem (0-4%)
- xxx.1 - Let problem (5-24%)
- xxx.2 - Moderat problem (25-49%)
- xxx.3 - Svært problem (50-95%)
- xxx.4 - Fuldstændigt problem (96-100%)
- xxx.8 - Uden specifikation
- xxx.9 - Ikke relevant

I aktivitet og deltagelse kan gradienten tolkes som enten "begrænsning" eller "problem", hvor begrebet "problem" er valgt, da det i denne sammenhæng vurderes at give mest mening. Aktivitet og deltagelse er valgt som adskilte komponenter, således indeholder aktivitet klassifikationer fra kapitlerne 2, 4, 5, 6 og deltagelse indeholder klassifikationer fra kapitlerne 7 og 8.

Vedrørende omgivelsesfaktorerne var der i gruppen en del diskussioner omkring tolkning og i hvilken grad de områder, der scores skal beskrives mere specifikt i forhold til den aktuelle scoring. Specielt var klassifikationerne e355, e310 og e410 vanskelige at vurdere, hvorfor gruppen overvejede at indsætte et hjælpeskemaer med tolkninger, men det var praktisk vanskeligt, hvorfor det blev besluttet at undlade det i denne kontekst for at anvende Core Set i den tænkte generiske ramme.

ICF Core Set gruppen blev i forløbet inviteret til ad hoc møder for at diskutere og nå til enighed om tolkning af begreber, således at scoringen blev så ensartet som muligt.

Forud for igangsættelse af scoring blev personalet på de involverede steder undervist om strukturen i ICF og scoring.

## 12.2 Udvælgelse af patienter, settings og interventionsperioder

Patienter inkluderet i undersøgelsen var patienter med lænderygsmerter henvist af egen læge til undersøgelse i Reumatologisk Ambulatorium, Århus Universitetshospital. Patienterne opfyldte ikke kriterier for henvisning til Det Akutte Rygambulatorium, hvilket betyder, at de ikke har akutte symptomer tydende på nerverodstryk. Fælles for denne gruppe patienter er, at de ofte har længerevarende lænderygsmerter, og at symptomerne er af mere uspecifik karakter. Denne gruppe valgtes som interventionsgruppe, idet hensigten var, at identificere patienter, der havde behov for mere intensiv udredning og efterfølgende behandling eksempelvis på Center for Sundhed og Træning, Århus der tilbyder intensiv rehabilitering eller behov for rådgivning vedrørende arbejdspladsforhold, hvilket tilbydes på AMK, Århus Universitetshospital.

For at kunne honorere en fokuseret undersøgelse, vejledning og scoring i henhold til ICF blev der etableret projekt-ryg-ambulatorie, hvortil der blev knyttet to projektlæger og en projektsygeplejerske.

### *Inklusionskriterier:*

Patienterne i alderen 18-50 år blev inkluderet konsekutivt fra Reumatologisk afdeling U's venteliste.

Patienten blev henvist på grund af lænderygsmerter.

### *Eksklusionskriterier:*

Sprogproblemer.

Ved undersøgelse i projekt-ryg-ambulatoriet udfyldte patienten omfattende spørgeskema vedr. symptomer, funktion og livskvalitet (se 12.3 Spørgeskemaer). Efterfølgende udførtes vanlig undersøgelse med fokus på rygproblematikken, der blev vejledt omkring årsag, blev givet retningslinier omkring vigtigheden af at være aktiv i det daglige, og der blev taget stilling til indikation for yderligere udredning, henvisning til intensivt rehabiliteringsforløb, vejledning i arbejdsmedicinsk regi eller patienten blev afsluttet til opfølgning hos egen læge. Efterfølgende scorede læge og sygeplejerske iflg. ICF-Core Set-amb. Både læge og sygeplejerske var til stede under hele samtalen, og begge havde mulighed for at spørge ind til problemstillingen.

Patienter, der blev henvist til Center for Sundhed og Træning, Århus til intensivt rehabiliteringsforløb, blev modtaget efter venteliste. Ved indlæggelsen havde patienten indledende samtale med sygeplejerske, blev undersøgt af læge og fysioterapeut og efterfølgende interviewet iflg. COPM (Canadian Occupational Performance Measure) af ergoterapeut. Dagen efter blev den enkeltes samlede problemstilling gennemgået ved tværfaglig konference, hvor alle teammedlemmer var til stede. Der blev sat mål for aktuelle indlæggelse. Efterfølgende scorede projektteam bestående af læge og ergoterapeut iflg. ICF-Core Set-rehab.

Ved afslutning af det 4 ugers intensive træningsforløb blev afholdt afsluttende teamkonference, og projektteamets medlemmer scorede atter iflg. ICF. Ved indlæggelse og udskrivelse besvarede spørgeskema vedr. symptomer, funktion og livskvalitet, og der blev udført funktions-tests omfattende kondition, styrke og balance af den enkeltes fysioterapeut iflg. vanlige retningslinier.

Patienter, der blev henvist fra Projekt-ryg-ambulatoriet til AMK, blev interviewet af projektmedarbejder, der efterfølgende scorede iflg. ICF-Core Set-amb, og der udførtes funktionstests omfattende kondition, styrke og balance af projektfysioterapeut. Patienter, der havde behov for intervention på arbejdspladsen, indgik i Arbejdsplads-fastholdelsesprojekt, og der er planlagt, men endnu ikke gennemført, en scoring ved afslutning af 3 måneders interventionsperiode.

Idet det i projektperioden blev klart, at inklusionen af patienter ikke ville blive tilstrækkelig, valgte projektledelsen at udvide populationen af test-personer med klienter, der var henvist til

specielt rygforløb på Job Center Syd, Århus. Klienterne til dette forløb blev alle undersøgt, testet og efterfølgende scoret iflg ICF-Core Set-amb.

Ved alle scoringer af ICF-Core Set er besvarelsen i det selvudfyldte spørgeskema ukendt for fagpersonerne.

I alt 96 patienter blev i 2006 på baggrund af henvisning fra egen læge til undersøgelse i Reumatologisk Ambulatorium visiteret til undersøgelse i Projekt-ryg-ambulatoriet. Af disse gennemførte 16 ikke hele forløbet, 2 på grund af sprogproblemer, 8 mødte trods gentagne indkaldelser ikke op, 3 blev set af anden læge end projektlæge i reumatologisk ambulatorium, 2 ønskede ikke at deltage, og én kunne ikke på grund af tidspunktet for interview. I alt 80 (83,3 %) blev undersøgt, udfyldte spørgeskemaer og blev scoret i henhold til ICF-Core Set-amb.

Ved udgangen af år 2006 er status for de 80 patienter inkluderet i Projekt-ryg-ambulatoriet, at 14 er afsluttet til egen læge, 13 til AMK, 28 henvist til intensivt forløb på Center for Sundhed og Træning, Århus 23 henvist til billeddiagnostik og afventer afklaring, og 2 er fortsat i forløb i Projekt-ryg-ambulatoriet.

Af de 28, der er henvist til intensivt forløb på Center for Sundhed og Træning, Århus har 12 gennemført forløb i 2006, resten (16) er indkaldt til forløb primo 2007. For at øge antallet af patienter, der scores iflg. ICF er yderligere 28 patienter, henvist fra egen læge, inkluderet i afprøvning af ICF-Core Set-rehab.

I alt 20 klienter er inkluderet i forløb på Job Center Syd. Alle er scoret ved opstart af forløb og re-scores i forbindelse med opfølgning efter træningsforløb i foråret 2007. Data indgår ikke i nærværende rapport.

## 12.3 Spørgeskemaer og test

### 12.3.1 Selvudfyldte spørgeskemaer

Til beskrivelse af status for rygpatienter og til vurdering af effekt af intervention anvendtes selvudfyldte spørgeskemaer, der belyser følgende aspekter: symptomer, funktion og livskvalitet.

På baggrund af den foreliggende litteratur og daglig praksis i Danmark er valgt følgende spørgeskemaer som baseline for beskrivelse af patienter med sub-akutte eller kroniske lænderygsmerter:

- Symptomer
  - *Smertetegning*, hvorpå der angives lokalisering og type af smerte. Skemaet er validt mhp at vurdere omfanget af smerte, samt om det er en generel eller lokaliseret smerte (Ransfort).
  - VAS for smertestyrke, gennemsnitlig gennem 7 dage og værst tænkelig for henholdsvis lænderyg og ben. VAS-skalaen er meget anvendt som støtte i den kliniske kontakt og i spørgeskemaundersøgelser. De mest brugte tidsintervaller er: "smerte lige nu", "gennemsnitlig smerte de sidste 7 dage" og gennemsnitlig smerter inden for de sidste 3 måneder evt med supplerende af skalaer, hvor man spørger til værst mulig smerte i samme tidsrum (prim). Man har fundet overbevisende test-retest reliabilitet ( $r=0.96$ ) (55) og god overensstemmelse ift. andre mål for smerteintensitet (56). Derudover er skalaerne anvendelige ift. at registrere ændringer fx efter behandling (57).

- Funktion
  - *Roland Morris*, der på en dicotom skala med 23 spørgsmål angiver funktionsniveau. Skalaen er let at administrere og har stærk empirisk støtte (58). RM har en høj test-retest reliabilitet, intern validitet og velegnet til at måle ændringer (59;60). RM er oversat til dansk og valideret i et dansk studie (61).
  - *Fysisk formåen*, en skala der er anvendt i arbejdsmedicinsk regi mhp. at vurdere grad af funktion. Skalaen er endnu ikke valideret men fremkommer tilgængelig og fokuserer på patientens egen vurdering. På den baggrund er den taget med som del af spørgeskemapakken.
- Livskvalitet
  - *SF-36* måler med 36 spørgsmål fysisk og psykisk oplevet helbred ud fra 8 uafhængige skalaer. Redskabet anvendes nationalt og internationalt og er oversat og valideret til dansk (dansk manual). Skalaen er unik, idet den er generisk dvs. ikke knyttet til nogen speciel sygdom eller tilstand. Reliabiliteten er undersøgt i mere end 25 studier og ligger med enkelte undtagelser over 0.70 og de 2 dimensioner general health og mental health over 0.90 (62). Specielt skalaen, der omhandler om energi/vitalitet, har vist sig egnet til at vurdere ændringer i forløbsstudier. Redskabet er nemt at administrere.

Alle patienter fik udleveret skema ved undersøgelse i Projekt-ryg-ambulatoriet og ved inklusion og afslutning, hvis de blev tilbudt intervention. Der blev givet instruktion, hvorefter patienten selv udfyldte skemaet.

## 12.4 Analysen af kvantitative data

*Reliabilitet:* Der var ikke planlagt en egentlig reliabilitetsundersøgelse, hvilket retrospektivt set med fordel kunne have forudgået den egentlige afprøvning.

I projektet indgik gentagne temamøder for de teams, der scorede ifølge ICF. Ved møderne blev der taget udgangspunkt i en case og scoring af denne. Ved første møde var målet at afklare, om indholdet af det anvendte Core Set var tilstrækkeligt til at belyse de områder, der vurderes som kerneområder ved undersøgelse og rehabilitering af patienter med sub-akutte eller kroniske rygsmerter. Ved de efterfølgende møder var formålet i højere grad at afstemme deltagernes kodepraksis.

Ved første møde blev der taget udgangspunkt i en case, der omhandlede en patient, som havde været gennem et 4 ugers ophold på CENTER FOR SUNDHED OG TRÆNING, ÅRHUS. Sygdomshistorien blev fremlagt på forespørgsel fra projekt-team-deltagerne. De spørgsmål, der blev stillet, var alle inkluderet i ICF-Core Set-rehab.

Ved de opfølgende møder blev det klart, at der var forskel i kodepraksis afhængigt af hvem, der indgik i teamet. Specielt var der forskel i kodepraksis vedrørende aktivitet og deltagelse. For at imødekomme dette blev begreber som *udførelse* og *oplevelse* diskuteret.

Retrospektivt kunne man med fordel have gennemført systematisk reliabilitetsundersøgelse, hvilket foreslås i forbindelse med fremtidig brug af ICF. Det foreslås, at der både indledningsvist og løbende planlægges reliabilitetsundersøgelse, idet det giver et meget klart billede af nuancerne i de begreber, der anvendes i ICF.

*Validitet:* Validering af ICF-Core Set var planlagt med det formål at vurdere overensstemmelsen mellem oplysninger indhentet ved scoring iflg. ICF og oplysninger indhentet ved brug af det selvudfyldte spørgeskema. Overensstemmelsen mellem de to kilder vurderes dels på et givet tidspunkt (tværsnit), dels ved ændring over tid.

1. *Tværsnit*. Her rapporteres data for overensstemmelsen mellem oplysninger indhentet ved inklusion i Projekt-ryg-ambulatoriet (80 patienter) og ved opstart af rehabiliteringsprogram på Center for Sundhed og Træning, Århus (40 patienter).
2. *Ændring over tid*. Her rapporteres data for overensstemmelsen mellem ændring i ICF-score og ændring i funktionsscore beskrevet RM og SF-36 i forbindelse med intensivt 4 ugers rehabiliteringsforløb på Center for Sundhed og Træning, Århus.

#### 12.4.1 Statistik

Oplysninger fra ICF-scoreskemaer er tastet i Klinisk Målesystem, der opfylder krav til datasikkerhed. Data er efterfølgende overført til SPSS version 10.

Til beskrivelse af data og til vurdering af overensstemmelse anvendes relevant non-parametrisk statistik.

### 12.5 Resultater

#### Patientkarakteristika

Patienter set i Projekt-ryg-ambulatoriet var median 38 år (25 og 75 % quartil: 29 respektive 42 år). Kønsfordelingen var 59 % kvinder og 41 % mænd. Svar på spørgeskemaer for hele gruppen og for hver af grupperne afsluttet til egen læge, henvist til AMK, Center for Sundhed og Træning, Århus eller til videre undersøgelse fremgår af tabel spg 1-5 (Tabel 1).

**Tabel 1. Kontakter inden undersøgelse i Projekt-ryg-ambulatoriet**

	Afsluttet til:				
	Alle	Egen læge	AMK	CST	Kontrol <sup>⌘</sup>
No.	80	14	13	28	25
Kvinder (%)	59	42	50	70	60
Alder (median;quartil)	38 (29-42)	41 (30-44)	38 (32-42)	39 (32-42)	32 (28-41)
Kontakt til:	%	%	%	%	%
Egen læge	95	92	100	100**	82
Vagtlæge	30	25	18	33	32
Speciallæge i praksis eller på sygehus	75	75	75	85	64
Fysioterapeut el kiropraktor	76	75	67	89	68
Alternativ behandler	30	42	50	30	44
Socialrådgiver	32	0	25	63*	12
Psykolog	18	0	8	26	20

<sup>⌘</sup>Kontrol inklusiv henvist til billeddiagnostik og efterfølgende kontrol.  
Mann-Whitney U-test: \*P<0.05; \*\*P<0.005

Patienterne beskriver hyppigere stærkere smerter i lænderyggen end i ét eller begge ben, hvorimod patienter, der henvises til opfølgning på AMK, hyppigere har stærkere bensmerter end de, der afsluttes til egen læge. Patienter, der henvises til træning på Center for Sundhed og Træning, Århus oplever stærkere smerter i lænderyggen end patienter, der afsluttes til egen læge (Tabel 2).

**Tabel 2.**  
**Smertestyrke og selvoplevet 'Fysisk formåen' ved undersøgelse i Projekt-ryg-ambulatoriet**

		Afsluttet til:			
	Alle	Egen læge	AMK	CST	Kontrol <sup>×</sup>
	Median (quartil)	Median (quartil)	Median (quartil)	Median (quartil)	Median (quartil)
<b>Smertestyrke</b>					
Ryg-VAS-nu	40 (26-59)	25 (16-53)	35 (22-68)	46 (31-69)*	40 (26-54)
Ryg-VAS- værst gn 14 dage	70 (49-82)	66 (49-77)	63 (44-88)	73 (57-84)	70 (43-81)
Ryg-Gennemsnitlig VAS	50 (36-67)	41 (29-61)	46 (28-65)	51 (46-70)	50 (33-72)
Ben-VAS-nu	18 (2-51)	2 (0-27)	27 (6-55)*	20 (3-55)	22 (2-43)
Ben-VAS- værst gn 14 dage	29 (2-69)	6 (0-48)	56 (27-84)*	31 (5-65)	26 (2-72)
Ben-Gennemsnitlig VAS	23 (2-55)	5 (0-21)	42 (18-71)**	31 (3-56)	34 (1-59)
<b>Fysisk formåen</b>					
Kondition	39 (23-55)	53 (34-70)	35 (20-46)	34 (20-49)*	39 (32-62)
Styrke	47 (28-64)	59 (46-85)	54 (46-67)	36 (22-47)**	49 (28-61)
Udholdenhed	47 (28-55)	55 (43-75)	50 (39-54)	31 (21-47)*	47 (30-59)
Bevægelighed	25 (14-46)	27 (23-49)	36 (12-48)	25 (11-32)	25 (16-52)
Balance/koordination	47 (26-68)	62 (47-82)	53 (33-76)	42 (24-57)	40 (26-60)

<sup>×</sup>Kontrol inklusiv henvist til billeddiagnostik og efterfølgende kontrol.  
Mann-Whitney U-test: \*P<0.05; \*\*P<0.005

Patientens vurdering af fysisk formåen viser, at patienterne vurderer et betydeligt funktionstab til under halvdelen af, hvad de vurderer som godt (Tabel 2). Specielt patienter, der henvises til træning på Center for Sundhed og Træning, Århus oplever nedsat kondition og styrke i forhold til de, der afsluttes til egen læge. Scoring på Roland Morris viser samme selvvaluerede funktionsniveau, der er reduceret til 14 ud af 23 point, hvor patienter, der henvises til træning på Center for Sundhed og Træning, Århus viser samme funktionstab, som de vurderer på skalaen til vurdering af fysisk formåen (Tabel 3).

**Tabel 3. Selvomlevet 'Fysisk funktion'- Roland Morris ved undersøgelse i Projekt-ryg-ambulatoriet**

	Afsluttet til:				
	Alle	Egen læge	AMK	CST	Kontrol <sup>×</sup>
<b>Roland Morris</b>	Median (quartil)	Median (quartil)	Median (quartil)	Median (quartil)	Median (quartil)
<b>RM-samlet score</b>	14 (9-17)	9 (6-12)	11 (7-14)	16 (13-18)**	14 (7-15)
<b>RM – for hver af spørgsmålene:</b>					
På grund af mine ben-/rygsmerter -	%	%	%	%	%
bliver jeg hjemme det meste af tiden	25	0	17	37	28
skifter jeg ofte stilling	93	92	92	99	88
går jeg langsommere end sædvanlig	62	42	58	74	60
foretager jeg mig ikke nogle af de ting, jeg sædvanligvis gør i og omkring huset	49	50	33	63	40
bruger jeg gelænderet når jeg går op ad trapper	43	17	33	74*	28
er jeg nødt til at holde ved noget når jeg skal op ad en lænestol	51	42	58	63	40
kommer jeg langsommere i tøjend end sædvanligt	51	42	50	59	48
står jeg kun op i kort tid	34	42	25	33	36
prøver jeg at undgå at bukke mig eller gå ned i knæ	62	33	75	74*	56
synes jeg det er vanskeligt for mig at komme op ad en lænestol	54	42	58	63	48
har jeg næsten hele tiden ondt	74	50	68	35	72
synes jeg det er svært at vende mig i sengen	50	42	25	56	60
har jeg svært ved at tage mine sokker eller strømper på	58	42	58	48	60
spadserer jeg kun over kortere afstande	36	33	25	89	28
sover jeg mindre godt	68	67	25	93	68
undgår jeg tungt arbejde i og omkring huset	83	50	83	78*	88
er jeg mere irriteret og i dårligt humør overfor folk end ellers	65	58	50	77	60
går jeg langsommere op ad trapper end ellers	61	33	58	85*	48
bliver jeg i sengen det meste af tiden	7	8	8	4	4
er min seksuelle aktivitet nedsat	49	33	25	78*	36
bliver jeg ved med at gnide eller holde på de steder på min krop hvor det gør ondt eller er ubehageligt	58	50	42	68	68
laver jeg mindre af det daglige arbejde i eller omkring huset, end jeg ellers ville gøre	74	50	75	68	68
giver jeg overfor andre ofte udtryk for bekymring over, hvad der måske er ved at ske med mit helbred	34	33	25	44	44

<sup>×</sup>Kontrol inklusiv henvisning til billeddiagnostik og efterfølgende kontrol.  
Mann-Whitney U-test: \*P<0.05; \*\*P<0.005

Scoring på den generiske skala SF-36 bekræfter patienternes egen vurdering af nedsat fysisk formåen sammenlignet med normalbefolkningen, (Fysisk helbred: 31 i patientgruppen i forhold til 53 i normalbefolkningen), hvorimod de scorer normalt vedrørende det psykiske helbred sammenlignet med normalbefolkningen (Tabel 4). Patienter, der henvises til intensivt træningsforløb på Center for Sundhed og Træning, Århus, adskiller sig signifikant fra de, der afsluttes til egen læge vedrørende fysisk funktion, smerte, alment helbred og energiniveau.

**Tabel 4. SF-36 ved undersøgelse i Projekt-ryg-ambulatoriet**

	Alle	Afsluttet til:			
		Egen læge	AMK	CST	Kontrol <sup>×</sup>
<b>SF-36</b>	Median (quartil)	Median (quartil)	Median (quartil)	Median (quartil)	Median (quartil)
<b>Fysisk funktion</b>	65 (50-80)	83 (64-90)	70 (58-79)	55 (40-65)**	65 (56-80)
Begrænsninger fysisk betinget	25 (0-50)	75 (25-94)	0 (0-25)**	0 (0-25)**	25 (0-58)*
Fysisk smerte	31 (21-41)	42 (34-51)	31 (21-41)	31 (12-41)*	32 (22-51)
Alment helbred	55 (35-67)	65 (57-82)	62 (47-82)	50 (30-55)*	45 (35-66)
Energi	45 (30-60)	58 (50-65)	53 (41-68)	35 (25-50)**	45 (28-73)
Social funktion	75 (50-100)	81 (53-100)	88 (66-100)	75 (38-100)	88 (56-100)
<b>Begrænsninger psykisk betinget</b>	100 (67-100)	100 (100-100)	100 (100-100)	100 (33-100)	100 (33-100)
Psykisk velbefindende	72 (56-80)	76 (69-86)	70 (58-79)	64 (52-72)*	76 (62-86)
Fysisk helbred (53)	31 (27-41)	43 (39-46)	30 (28-41)*	29 (26-32)**	33 (26-42)*
Psykisk helbred (54)	53 (44-59)	53 (48-62)	55 (52-59)	47 (40-55)	54 (42-60)

<sup>×</sup>Kontrol inklusiv henvist til billeddiagnostik og efterfølgende kontrol.  
Mann-Whitney U-test: \*P<0.05; \*\*P<0.005

Ved scoring i ICF-Core Set beskrives patienterne ved moderat funktionsnedsættelse som følge af lænderygsmerte med eller uden bensmerter, nedsat bevægelige i columna og pga. manglende energi. Årsagen skyldes overvejende et problem i columna og ikke svarende til nervesystemet (Tabel 5).

Tabel 5.

## Scoring af ICF ved undersøgelse i Projekt-ryg-ambulatoriet- 'Kroppens funktioner og anatomi'.

	Kode	Ingen	Let	Moderat	Omfattende	Ingen funktion	Funktionsnedsættelse uden specifikation	Vurdering af funktion ikke relevant
		%	%	%	%	%	%	%
	<b>Kroppens funktioner</b>							
B280	Opfattelse af smerte	3	25	54	18			
B2800	Generelle smerter	51	33	10	6			
B2801	Smerter i kropsdel	3	24	58	15			
B28010	Smerter i hoved og hals	63	20	11	6			
B28013	Rygsmarter	3	21	56	21			
B28014	Smerter i overekstremitet	71	24	4	1			
B28015	Smerter i underekstremitet	31	53	17				
B28016	Ledsmerter	47	26	22	4			
B2803	Smerter i dermatom	67	28	6				
B2804	Strålesmerter i et segment eller region	22	39	33	6			
B730	Muskelstyrke	86	3	1				10
B710	Ledbevægelighed	26	31	38	6			
B740	Muskulær udholdenhed	68	3	3			4	22
B735	Muskeltonus	83						17
B715	Ledstabilitet	71	14	13	1			1
B455	Udholdenhed	64	8	3	1			24
B130	Energi og handlekraft	38	24	31	6		3	
B134	Søvn	32	42	25	1			
B152	Følelsesfunktioner	42	25	22	7		4	
	<b>Kroppens anatomi</b>							
S120	Rygmarv og tilhørende strukturer	75	19	4				1
S760	Trunkus	13	35	49	3			1
S770	Andre strukturer relaterede til bevægelse benene	63	23	13				1

Maksimal score for smertens betydning for funktion er 2, mean er 1.

Symptomerne er årsag til moderate aktivitetsproblemer, specielt aktiviteter, der omfatter fastholdelse af kropsstilling, løft og husligt arbejde. Symptomerne medfører, at den enkelte i moderat til alvorlig grad ikke kan have lønnet beskæftigelse (Tabel 6).

**Tabel 6. Scoring af ICF ved undersøgelse i Projekt-ryg-ambulatoriet- 'Aktivitet og deltagelse'.**

	Kode	Intet problem	Lille problem	Moderat problem	Alvorligt problem	Komplet problem	Problem uden specifikation	Registrering ikke relevant
		%	%	%	%	%	%	%
A415	Fastholde kropstilling	7	33	57	3			
A430	Løfte og bære	7	28	56	7			3
A410	Ændre kropstilling	7	64	29				
A450	Gå	36	43	21				
A640	Lave husligt arbejde	4	49	42	4		1	
A540	Af- og påklædning	74	26					
A240	Klare stress og andre psykologiske krav	32	26	22	11		8	
A530	Gå på toilettet	89	11					
P850	Have lønnet beskæftigelse	10	21	39	26	1	1	1
P859	Have andet specificeret arbejde og beskæftigelse	10	34	32	16	1	7	
P760	Skabe familiære relationer	50	21	18	3		8	
P845	Finde, have og fratræde et job	24	24	30	10	1	3	7

Maksimal score for aktivitetsproblem er 2, mean 1.

*Overensstemmelse mellem scoring i ICF og selvudfyldte spørgeskemaer (Tabel ICF 3-6).*

*ICF og smerte (Tabel 7).*

- Smertetegning er naturligt relateret til kapitlet *Kroppens Funktioner* (b28xx). I ICF scores betydningen af smerte i et givet område i form af funktionsnedsættelse, hvilket er i modsætning til smertetegningen, hvor målet er at vurdere lokalisation og kvalitet af smerte. Det er derfor modstridende at vurdere en direkte relation mellem betydning af smerte scoret ved ICF og omfang af smerte scoret ved brug af smertetegningen. Analyserne fokuserer derfor på overensstemmelse mellem funktionsnedsættelse relateret til rygsmerter (b28013) og 'værste rygsmerter indenfor de sidste 14 dage'
- Overensstemmelse mellem funktionsnedsættelse relateret til underekstremitet (b28015) og 'værste bensmerter indenfor de sidste 14 dage'

Overensstemmelsen mellem smertestyrke og funktionsbegrænsning pga. smerte i henholdsvis lænderyg og ben er højsignifikant.

**Tabel 7.****Overensstemmelse mellem ICF og informationer fra selvudfyldt spørgeskema ved undersøgelse i Projekt-ryg-ambulatoriet.**

		ICF <sup>⌘</sup>	Overensstemmelse
<b>Smertestyrke</b>	Median (quartil)		P
Ryg-VAS- værst gn 14 dage	70 (49-82)	B28013	0.001
Ben-VAS- værst gn 14 dage	29 (2-69)	B28015	0.001
<b>Fysisk formåen</b>			
Kondition	39 (23-55)	B455	0.001
Styrke	47 (28-64)	B730	0.001
Udholdenhed	47 (28-55)	B740	0.001
Bevægelighed	25 (14-46)	B710	0.001
Balance/koordination	47 (26-68)	-	-

⌘ Scoringsværdi for ICF fremgår af Tabel 5

# VAS er 0-100

\* for at inddrage informationerne i score 8 (funktionsnedsættelse ikke relevant) og 9 (vurdering af funktion ikke relevant) rekodes 8 til 2, 9 til 0.

*ICF og selv vurderet fysisk formåen (tabel 7)*

I ICF vurderes under krop og anatomi den enkeltes fysiske formåen, hvilket svarer til vurderingen i spørgeskemaet 'Selv vurderet fysisk formåen'. Der er for hver af funktionerne kondition, styrke, udholdenhed og bevægelighed højsignifikant overensstemmelse mellem patientens egen vurdering og den, der er angivet i ICF af scoringsteamet.

*ICF og Roland Morris (Tabel 8)*

I ICF vurderes ved 1. gradient under aktivitet den selv vurderede funktionsnedsættelse, hvilket svarer til vurderingen i Roland Morris. Hvert enkelt spørgsmål i RM kan ikke direkte sammenholdes med ICF-scoringer. De naturlige samhørende scoringer er sammenholdt, og der findes også her højsignifikant sammenhæng mellem score i RM og den, der er angivet i ICF af scoringsteamet.

For at kunne vurdere overensstemmelsen mellem den samlede RM-score og ICF-scoren skal der foreligge en samlet score for informationerne i ICF. Til det formål identificeres den maksimale henholdsvis den gennemsnitlige værdi for domænerne for aktivitet. Overensstemmelsen er fortsat højsignifikant.

**Tabel 8.**

**Overensstemmelse mellem ICF og selvoplevet 'Fysisk funktion' - Roland Morris ved undersøgelse i Projekt-ryg-ambulatoriet**

	Alle	ICF <sup>x</sup>	Overensstemmelse
<b>Roland Morris</b>	Median (quartil)		P
<b>RM-samlet score</b>	14 (9-17)	Max score Mean score	0.001 0.001
<i>RM – for hver af spørgsmålene:</i>			
På grund af mine ben-/rygsmerter	%		
- bliver jeg hjemme det meste af tiden	25		
- skifter jeg ofte stilling	93	A415	0.001
- går jeg langsommere end sædvanlig	62		
- foretager jeg mig ikke nogle af de ting, jeg sædvanligvis gør i og omkring huset	49		
- bruger jeg gelænderet, når jeg går op ad trapper	43		
- er jeg nødt til at holde ved noget når jeg skal op ad en lænestol	51		
- kommer jeg langsommere i tøjet end sædvanligt	51		
- står jeg kun op i kort tid	34		
- prøver jeg at undgå at bukke mig eller gå ned i knæ	62		
- synes jeg det er vanskeligt for mig at komme op ad en lænestol	54	A410	0.001
- har jeg næsten hele tiden ondt	74		
- synes jeg det er svært at vende mig i sengen	50		
- har jeg svært ved at tage mine sokker eller strømper på	58	A540	0.001
- spadserer jeg kun over kortere afstande	36	A450	0.001
- sover jeg mindre godt	68	B134	0.003
- undgår jeg tungt arbejde i og omkring huset	83	A640	0.001
- er jeg mere irriteret og i dårligt humør overfor folk end ellers	65	B152	0.005
- går jeg langsommere op ad trapper end ellers	61		
- bliver jeg i sengen det meste af tiden	7		
- er min seksuelle aktivitet nedsat	49		
- bliver jeg ved med at gnide eller holde på de steder på min krop hvor det gør ondt eller er ubehageligt	58		
- laver jeg mindre af det daglige arbejde i eller omkring huset, end jeg ellers ville gøre	74	A640	0.001
- giver jeg overfor andre ofte udtryk for bekymring over, hvad der måske er ved at ske med mit helbred	34		

<sup>x</sup> Scoringsværdi for ICF fremgår af Tabel 5 og 6

\*A Maximal og median score af a415, a430, a410, a450, a640, a540 og a530

*ICF og SF-36 (Tabel 9)*

SF-36 rapporteres som samlede mål med fokus på fysiske som psykiske komponenter. For at kunne vurdere overensstemmelsen mellem komponenterne i SF-36 og ICF, skal der også her foreligge samlet score for informationerne i ICF. Ud over den samlede scoreværdi, der er dannet for aktivitet, dannes en lignende for informationer fra krop og anatomi.

Der er højsignifikant overensstemmelse mellem komponenter som fysisk funktion, begrænsninger fysisk betinget, alment og fysisk helbred i SF-36 og maksimal og gennemsnitlig aktivitetsscore i ICF. Der er ligeledes højsignifikant overensstemmelse mellem komponenter som fysiske smerter, maksimal og gennemsnitlig smertescore i ICF.

Overensstemmelsen mellem komponenter som energi, social funktion, psykisk betingede begrænsninger og psykisk velbefindende vurderes i forhold til specifikke domæner i ICF, hvor der ligeledes findes signifikant overensstemmelse.

**Tabel 9. Overensstemmelse mellem SF-36 og ICF ved undersøgelse i Projekt-ryg-ambulatoriet**

		ICF	Overensstemmelse
<b>SF-36</b>	Median (quartil)		
<b>Fysisk funktion</b>	65 (50-80)	Max aktivitetsscore Mean aktivitetsscore	0.001 0.001
Begrænsninger fysisk betinget	25 (0-50)	Maksimal aktivitetsscore Mean aktivitetsscore	0.001 0.001
Fysisk smerte	31 (21-41)	B280	0.001
		Maksimal smertescore Mean smertescore	0.001 0.001
Alment helbred	55 (35-67)	Maksimal aktivitetsscore Mean aktivitetsscore	0.001 0.001
Energi	45 (30-60)	B130	0.001
Social funktion	75 (50-100)	P850	0.001
		P845	0.001
		P859	0.001
		P760	0.001
<b>Begrænsninger psykisk betinget</b>	100 (67-100)	A240	0.001
Psykisk velbefindende	72 (56-80)	B152	0.001
Fysisk helbred (53)	31 (27-41)	Maksimal aktivitetsscore Mean aktivitetsscore	0.001 0.001
Psykisk helbred (54)	53 (44-59)	A240	0.001

× Scoringsværdi for ICF fremgår af Tabel 5 og 6

\*A Maximal og median score af a415, a430, a410, a450, a640, a540 og a530

\*B Maximal og median score af b280, b2800, b2801, b28010, b28013, b28014, b28015, b28016, b2803, b2804

*Overensstemmelse mellem ændring i scoring af ICF fra første til anden test på Center for Sundhed og Træning, Århus sammenholdt med ændring i RM og SF-36*

ICF-scoren ændres signifikant fra indlæggelse til udskrivelse, men overensstemmelsen mellem ændring i ICF-scoren og ændring i henholdsvis Roland og SF-36's dimensioner er kun signifikant vedrørende egen vurdering af RM, samt SF-36 for fysisk funktion og vitalitet. Dette kan være udtryk for at ICF-scoren er for grov i graderingen og specielt her, hvor der er beregnet en samlet score for henholdsvis 'Aktivitet og deltagelse' samt 'Krop og anatomi'.

**Tabel 10. Ændring af score fra 1. til 2. test på CST beskrevet ved 1. gradient**

I alt 36 patienter har fået udfyldt komplette skemaer ved indlæggelse og udskrivelse

No	Kode	Positiv ændring	Ingen ændring	Negativ ændring	P
	<b>Kroppens funktioner</b>				
B280	Opfattelse af smerte	16	18	2	**
B2800	Generelle smerter	6	27	3	
B2801	Smerter i kropsdel	15	17	4	
B28010	Smerter i hoved og hals	8	22	22	
B28013	Rygsmarter	16	5	15	*
B28014	Smerter i overekstremitet	8	4	23	
B28015	Smerter i underekstremitet	12	19	3	
B28016	Ledsmerter	13	17	6	
B2803	Smerter i dermatom	3	26	4	
B2804	Strålesmerter i et segment eller region	9	16	7	
B730	Muskelstyrke	5	28	3	
B710	Ledbevægelighed	16	11	9	
B740	Muskulær udholdenhed	12	19	5	*
B735	Muskeltonus	1	34	1	
B715	Ledstabilitet	16	13	7	
B455	Udholdenhed	11	20	5	
B130	Energi og handlekraft	20	14	2	**
B134	Søvn	14	16	5	
B152	Følelsesfunktioner	11	19	6	
	<b>Kroppens anatomi</b>				
S120	Rygmarv og tilhørende strukturer	1	26	5	
S760	Trunkus	1	31	4	*
	<b>Aktivitet og deltagelse</b>				
A415	Fastholde kropsstilling	17	15	3	**
A430	Løfte og bære	12	16	6	
A410	Ændre kropsstilling	17	14	2	**
A450	Gå	14	18	2	*
A640	Lave husligt arbejde	17	14	3	*
A540	Af- og påklædning	12	20	2	*
A240	Klare stress og andre psykologiske krav	14	14	6	
A530	Gå på toilettet	2	30	2	
P850	Have lønnet beskæftigelse	14	16	4	*
P859	Have andet specificeret arbejde og beskæftigelse	14	13	7	*
P760	Skabe familiære relationer	8	21	5	
P845	Finde, have og fratræde et job	8	21	5	

\* P&lt;0,05, \*\*P&lt;0,001

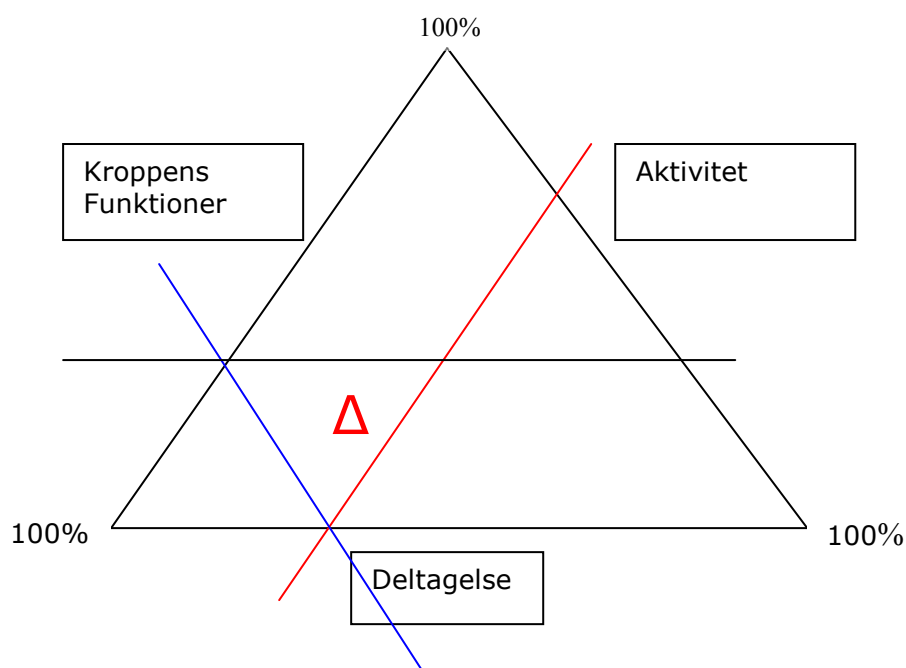
## 12.6 Forslag til visuel rapportering af scoreværdier fra ICF

Ved scoring i ICF Core Set vurderes mange funktioner, der alle rapporteres ved henholdsvis 0-4, 5-24, 25-49, 50-95 eller 96-100 % funktions-nedsættelse for hver af Core Sets 34 koder (Bilag 4). For at skabe overblik over den samlede funktionsevnenedsættelse og ikke mindst over interaktionen mellem de tre dimensioner, kroppens funktioner (krop og anatomi), aktivitet og deltagelse, med henblik på at gøre informationerne praktisk anvendelige i daglige praksis, vurderes, at det er nødvendigt at udvikle en model til rapportering af data.

Et forslag, der inddrager oplysninger om funktionsevnenedsættelse indenfor dimensionerne krop og anatomi, aktivitet og deltagelse, kan være en model som skitseret i trekanten nedenfor. For hver af dimensionerne identificeres henholdsvis den sværeste og den gennemsnitlige funktionsnedsættelse. Værdierne indsættes i to trekanter, der repræsenterer den sværeste respektivt den gennemsnitlige funktionsevnenedsættelse. Som anført angives sværeste grad længst oppe mod modsidige vinkel i trekanten. Billedet vil da afspejle lokalisation for hver af de tre dimensioner og beskrives ved fællesmængden  $\Delta$ . I denne model beskrives kun 1. gradient. 2. og 3. gradient foreslås beskrevet i andre parallelle trekanter eller i samme trekant med alternativ markering.

Modellens validitet foreslås eftervist mhp. praktisk anvendelse.

Vurdering af omgivelsernes betydning kan *ikke* umiddelbart passes ind, idet der for hvert domæne kodes både begrænsende og fremmende indflydelse. Omgivelsernes betydning kunne evt. skitseres i lignende funktionalitet.



Visualisering betinges af, at der oprettes funktionel database, hvor data kan testes løbende, som samtidig kan generere en skriftlig rapport med specifikke data og konstruerede trekanter. I forbindelse med aktuelt projekt er udviklet en database i KMS (Klinisk Måle System), der kan anvendes af personalet on-line, og som kan udvikles til, at patienterne selv kan taste.

### **Overensstemmelse mellem første, anden og tredje gradient**

Tidligt i forløbet valgte ICF Core Set-gruppen at score 1., 2. og 3. gradient under aktivitet og deltagelse. Det viste sig hurtigt, at det ikke er logisk at score alle 3 gradienter i forbindelse med et intensivt rehabiliteringsforløb, idet det den enkelte tilbydes er en kompleks 'pakke' af løsningsmodeller, som ikke kan fjernes ved opfølgende testning. Pakken består bl.a. af øget viden, bedre fysisk form og forståelse for ergonomiske tiltag. ICF Core Set-gruppen valgte derfor, at scoringen skulle foretages svarende til 1. og 3. gradient, hvilket har fungeret i forbindelse med testning på Center for Sundhed og Træning, Århus. Den observerede funktion er vurderet på baggrund af den enkeltes adfærd i testsituationer i fysioterapien, ergoterapien og ved samtale med sygeplejerske og læge.

Forskellen på 1. og 3. gradient er at 1. gradient er den enkeltes selvoplevede funktionsnedsættelse, hvorimod 3. gradient er den observerede funktionsnedsættelse. I tabel 7 er overensstemmelsen mellem 1. og 3. gradient vist.

På baggrund af tidligere vejledning blev det, ved den indledende planlægning, besluttet at score for aktivitet og deltagelse på forskellige koder. Aktivitet er den enkeltes faktuelle udførelse af en funktion, hvorimod deltagelse er vedkommendes intention om at gøre det. Overensstemmelsen mellem vilje og evne afspejles ikke i aktuelle kodning. Det foreslås på baggrund af den erfaring der er i teamet omkring rehabilitering at de koder, der scores under aktivitet også scores under deltagelse mhp. på at afspejle denne vigtige nuance, idet den vil kunne danne udgangspunkt for behandlingsmæssige tiltag – er det patientens forventning til, hvad de kan gøre, der skal justeres, eller kan aktivitetsfunktionen ændres ved behandling eller ved at etablere kompenserende faktorer.

## **12.7 Diskussion og konklusion**

I forbindelse med planlægning af projektet blev der oprettet et Projekt-ryg-ambulatorie, hvorfra der som planlagt er inkluderet 80 lænderygpatienter. Inklusionen var specielt i starten langsommere end ventet, hvorefter der blev etableret ekstra ambulatoriedage, og målet blev nået.

Antallet af patienter, der fra Projekt-ryg-ambulatoriet var egnede til intensivt rehabiliteringsforløb, var således forsinket. Den mulighed var forudset, hvorfor de til projektet afsatte pladser på Center for Sundhed og Træning, Århus blev udnyttet til patienter, der ifølge henvisning fra egen læge passede i projektet. I de følgende analyser indgår hele gruppen af patienter, der blev scoret iflg ICF-Core Set-rehab på Center for Sundhed og Træning, Århus i 2006. Den gruppe, der inkluderes i 2007, scores iflg revideret ICF-Core Set, som præsenteret i bilag 4. Antallet af patienter, der var egnede til henvisning til AMK, var ikke så højt som planlagt, hvilket det ikke har været muligt at ændre på i projektperioden. Det blev derfor besluttet, at inkludere klienter undersøgt i forbindelse med revalideringsforløb på Job Center Syd, idet denne gruppe klienter blev undersøgt som patienterne set i Projekt-ryg-ambulatoriet inden henvisning til AMK. Patienter henvist til AMK og Job Center Syd er alle planlagt til intensive forløb af minimum 3 måneders varighed, hvorfor alle data endnu ikke er indhentet.

Mhp. at belyse formålet med aktuelle undersøgelse rapporteres data fra Projekt-ryg-ambulatoriet og Center for Sundhed og Træning, Århus. På baggrund af den erfaring, der er opnået i forløbet, foreslås ændring af ICF-Core Sets opbygning, og det foreslås at definitioner i Core Set tydeliggøres. Disse forslag danner grundlag for de scoringer, der foretages på Center for Sundhed og Træning, Århus i foråret 2007, og resultatet vil efterfølgende blive offentliggjort, som led i vejledning omkring scoring af ICF for patienter undersøgt og behandlet i rehabiliteringsforløb. På baggrund af den erfaring, der er opnået frem til nu, er det klart, at der er behov for hjælpetekst for at øge validiteten af besvarelserne. Denne hjælpetekst kunne med fordel tænkes helt frem til at spørgsmålene stilles, så den enkelte patient selv kan svare.

Data viser, at oplysninger indhentet ved scoring af ICF af fagpersoner er i overensstemmelse med oplysninger indhentet via selvudfyldte spørgeskemaer. Om oplysningerne indhentet via selvudfyldte spørgeskemaer helt eller delvist kan erstatte samtale med den enkelte patient, bør vurderes i fremtidige analyser. Er det tilfældet, kan anvendelse af selvudfyldte spørgeskemaer udnyttes som en vigtig ressource i forbindelse med beskrivelse af den enkeltes aktuelle status og derved lette den ellers omfattende og ressourcekrævende scoring, som ligger i ICF. Overvejes denne udvikling er det vigtigt, at der fokuseres på den forskel, der er i tilgangen til vurdering af funktion. I Roland Morris og SF-36 er tilgangen en vurdering, der bygger på den enkeltes faktuelle beskrivelse af begrænsning, i ICF vurderes helt eksplicit sammenhæng mellem det enkelte symptom og funktionsbegrænsningen som følge heraf. Det giver en klar forskel som bliver meget synlig i diskussion af hvordan henholdsvis aktivitet og deltagelse skal scores. Se nedenfor.

Data viser, at der er overensstemmelse mellem ændring i ICF score for aktivitet og deltagelse på 1. gradient og ændring i score fra det selvudfyldte spørgeskema - men kun på områderne fysisk aktivitet og vitalitet. Idet tidligere undersøgelser har vist, at ændring i RM og SF-36 er følsom for ændringer i forbindelse med intervention eksempelvis i forbindelse med rehabilitering, konkluderes, at scoring i ICF er følsom for ændring i forbindelse med rehabiliteringsforløb som det, der er gennemført på Center for Sundhed og Træning, Århus for områderne fysisk aktivitet og vitalitet, men samtidig at scoren er relativt grov. Om denne viste sammenhæng også er gældende for forløb på AMK og Job Center Syd vil blive analyseret som led i validering af den foreslåede model for en samlet score, der er beskrevet i det efterfølgende.

Oplysninger indhentet ved scoring iflg. ICF er omfattende. Der er foreslået rapporteringsark, der omfatter alle oplysninger indhentet i Projekt-ryg-ambulatoriet og i forbindelse med forløb på Center for Sundhed og Træning, Århus. I forhold til anvendeligheden i daglig praksis er der behov for at data samles i oversigtsform. På baggrund af den kliniske erfaring foreslås, at oplysninger fra ICF-scoringen samles i én model. Modellen er her i rapporten skitseret, men fremtidig brug kræver at modellen udvikles og valideres. Modellen planlægges kvalificeret på baggrund af nærværende data og kan med fordel efterfølgende efterprøves i tværfagligt og tværsektorielt miljø, primært for patienter med kroniske lænderygsmærter, men kan med fordel også afprøves i andre patientgrupper for hvem, der er beskrevet ICF-Core Set.

Tidligt i forløbet valgte Core Set-gruppen at score 1., 2. og 3. gradient under aktivitet og deltagelse. Det viste sig hurtigt, at det ikke er logisk at score alle 3 gradienter i forbindelse med et intensivt rehabiliteringsforløb, idet den indsats den enkelte tilbydes er en omfattende 'pakke' af løsningsmodeller, som ikke kan fjernes ved opfølgende testning. Pakken består bl.a. af øget viden, bedre fysisk form og forståelse for ergonomiske tiltag. Core Set-gruppen valgte derfor, at scoringen skulle foretages svarende til 1. og 3. gradient, hvilket har fungeret i forbindelse med testning på Center for Sundhed og Træning, Århus. Den observerede funktion er vurderet på baggrund af den enkeltes adfærd i testsituationer i fysioterapien, ergoterapien og ved samtale med sygeplejerske og læge. Det foreslås, at testsituationerne vælges specifikt og afhængigt af patientens hovedproblemstilling, og den valgte testsituation efterfølgende standardiseres, så den kan anvendes på tværs af centre og personalegrupper.

Aktivitet og deltagelse scores for forskellige koder. Aktivitet er den enkeltes faktuelle udførelse af en funktion, hvorimod deltagelse er vedkommendes intention om at gøre det. Overensstemmelsen mellem vilje og evne afspejles ikke i aktuelle kodning. Det foreslås, at de koder, der scores under aktivitet også scores under deltagelse mhp. på at afspejle denne nuance. Om det er nødvendigt, at alle koder scores for både aktivitet og deltagelses foreslås vurderet i et set-up, der har dette specifikke formål.

### 12.7.1 ICF som et tværfagligt kommunikationsredskab, specifikt for patienter med kroniske rygmerter

Fokus i det aktuelle projekt har været at operationalisere ICF, så det kan indgå i den daglige praksis og fungere som fælles kommunikationsredskab på tværs af afdelinger, faggrupper og sektorer.

En sådan operationalisering kræver fælles:

- Forståelse
- Rapporteringsredskab
- Scoringsredskab

For at opnå fælles forståelse for ICF-rammen blev der afholdt undervisning på hvert af de steder, scoringen blev gennemført. Alle, der har scoret iflg ICF-Core Sets, har arbejdet med bevidstheden om rammen og ikke mindst om den fundamentale forskel, der er mellem den daglige beskrivelse af praksis, og den praksis der indtræder, såfremt hver enkelt skal beskrives i relation til 'krop og anatomi', 'aktivitet', 'deltagelse' og 'omgivelser'.

Resultatet af den forståelsesændring, der har været tilsigtet ved brug af ICF, som ramme er forsøgt vurderet ved fokusgruppe-interviews udført før og efter den periode, hvor patienter er testet iflg. ICF-Core Set på Center for Sundhed og Træning, Århus. Som grundlag for interviewet er udformet ICF-henvisning (bilag 5) og ICF-epikrise (Bilag 6). Der henvises til fokusgruppeinterviewet mhp. vurderingen af den informationsgevinst, der kan opnås ved strukturering iflg. ICF.

Med baggrund i ICF-rammen og de koder, der indgår i ICF-Core Set-rehab, er udviklet en IT-journal (Bilag 7). Brugen af en sådan journal kræver fælles datasikret brugerflade, hvor alle teamets medarbejdere kan være aktive skribenter. Ved projektets start var det målet at få opbygget et sådan IT-baseret redskab, hvilket resulterede i udveksling af erfaringer med kolleger i Frederiksborg Amt omkring en brugerflade, der fungerer i deres netværk. Strukturen i ICF-journalen i Frederiksborg Amt er en web-baseret IT-journal, der er opbygget efter samme struktur, som den foreslåede. Al information er i prosa-tekst. Der indgår i journalen ikke scoringer, der angiver grad af funktionsnedsættelse. Derimod er den planlagt, så den kan anvendes på tværs af sektorer.

Vi fandt, at journalen var tilgængelig, idet den er net-baseret, men at den med fordel kan udbygges med vurderingen af sværhedsgraden af funktionsevnenedsættelsen - scoring.

En sådan udbygning viste sig at være en omfattende opgave, der i rammen af nærværende projekt ville blive alt for dyr.

Vi tog derefter kontakt til Kvalitetssikringsenheden, Århus Universitetshospital mhp. mulige IT-baserede løsningsmodeller. Der er i det bestående IT-system ikke interne muligheder for en IT-løsning, der kan honorere de fremsatte ønsker og en kombineret prosa-baseret journal kombineret med en løbende scoring. Sådanne systemer er under udvikling og er en struktur, der er indtænkt i den kommende EPJ.

Resultatet af projektledernes afsøgning af muligheder for en IT-løsning blev:

- At vi på nuværende tidspunkt **ikke** kan honorere en samlet ICF-journal.
- At vi har oprettet en database til brug for scoring, der opfylder datatilsynets krav til datasikkerhed, men vi kan ikke løbende trække scorekort, hverken for den enkelte undersøgelse eller for forløb, hvilket er en betingelse for at ICF kan integreres i den daglige klinik, som et aktivt redskab.
- At vi **ikke** har kunnet implementere og afprøve det redskab, som vi havde som mål at oprette.

På baggrund af de erfaringer, vi har opnået ved ovenstående, vil vi foreslå at man i forbindelse med udvikling af EPJ planlægger følgende og meget vigtige elementer i funktionaliteten: kombineret prosa- og data-baseret rapportering, der kan læses som tekst og data, udvekslingsmulighed af rapporten mellem sektorer og helt optimalt en rapport, der løbende kan suppleres med oplysninger om udvikling. Kan et sådan miljø skabes, er der basis for et effektivt og dynamisk værktøj til udveksling af informationer, der støtter et optimalt patientforløb.

Disse erfaringer er gyldige for enhver rapport, der tænkes anvendt på tværs af faggrupper og sektorer. Her tænkes specifikt på genoptræningsplanen, der er opbygget efter ICF-rammen, og som i fremtiden vil optimeres betydeligt, hvis anvendelse af gradienter inddrages.

## 13. Brugerperspektivet

### 13.1 Baggrund og formål

**Spørgsmål der søges belyst på baggrund af projektets formål er:**

- **Kan man anvende ICF som et tværfagligt klassifikationsredskab for patienter med kroniske lænderygsmærter, der undersøges og behandles i et tværfagligt og tværsektorielt miljø?**

**Det overordnede spørgsmål kan uddybes med mere specifikke spørgsmål som:**

- **Er der forskel på de professionelles praksis før og efter implementering af ICF?**
- **Vil patienterne opleve en bedre sammenhæng i forløbet og desuden opleve en større tilfredshed, i forhold til de data der indsamles og videregives i de forskellige led i behandlerkæden?**
- **Kan ICF medvirke til at de indsamlede data og videregivne data bliver mere og bedre struktureret, mere komplette og helhedsorienterede?**

I forbindelse med indsamling af data vha. fokusgruppeinterview ønsker man:

- 1) At afdække fagpersoners og patienters beskrivelse og vurdering af nuværende praksis i forhold til indhentning, modtagelse samt videregivelse af patientoplysninger samt ønsker til kvaliteten og strukturen af patientoplysninger.
- 2) At afdække status såvel før som efter implementering af ICF som referenceramme og klassifikationsredskab med henblik på at afdække, om ICF medvirker til at forbedre kvaliteten af patientoplysninger.

Disse to ønsker afspejles i analysens og præsentationens struktur, og kommer således til at udgøre to delmål:

- 1) At afdække hvilke patientoplysninger, der i nuværende praksis modtages, bliver indsamlet og videregivet samt hvilke patientoplysninger, der ønskes modtaget, indsamlet og videregivet.

- 2) At afdække om der er sket en forbedring af kvaliteten af patientoplysninger, mere specifikt vha. fokusgruppeinterviews at belyse om ICF kan medvirke til at de indsamlede data og videregivne data bliver mere og bedre strukturerede, mere komplette og helhedsorienterede?

## 13.2 Kvalitativ metode

### 13.2.1 Beskrivelse af analysemodel

Denne undersøgelse lægger sig op ad de generelle krav til kvalitative interviewundersøgelser, som cand.psyk., dr. phil Steinar Kvale er fortaler for i *InterView* (63). Henning Olsen, behandler og underbygger denne tilgang i *Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet* (64), ligesom Kvales tilgang behandles og diskuteres i følgende to publikationer: Delholm-Lambertsen, B. & Maunsbach, M., *Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning – fem artikler fra Nordisk Medicin 1997*, Forskningsenheden for Almen Medicin, Århus 1998 (65) samt R. Gut, I. Grothen, M. Freil, *Kvalitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an?*, Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt, 2004 (66). Disse to publikationer er skrevet i og til en sundhedsfaglig undersøgelseskontekst og er derfor særdeles relevante i denne sammenhæng.

De generelle krav og præmisser for kvalitative undersøgelser er: Krav til udvælgelseskriterier, design, interview og naturligvis metode. Da kvalitativ metode er kendetegnet ved fraværet af én analytisk hovedvej, medfører det at kvalitative undersøgelser kan gennemføres på mange forskellige måder, og netop derfor bliver transparens – kravet om en gennemsigtig analysestrategi – et afgørende vigtigt krav i forhold til rapportering (65).

Når man anvender kvalitative metoder, arbejder man begrebsligt induktivt. Det betyder, at man først undervejs i forløbet, og på grundlag af de løbende resultater og den dertil knyttede indsigt, opstiller hypoteser om, hvilke elementer, faktorer, temaer og begreber, der er centrale for det fænomen, som studeres.

Typen af information, man kan udlede af en kvalitativ undersøgelse, kan beskrives som abstrakt, hypotesegenererende og modelopstillende med udgangspunkt i tendenser.

### 13.2.2 Analysen

For kvalitative analyser gælder det grundlæggende princip, at analysen begynder samtidigt med transskriberingen. Følgelig er der sideløbende med transskribering begyndt en systematisering og meningskondensering, hvorved det væsentligste er dechifreret af de interviewedes udsagn (63). Ud fra den meningsdannende transskribering udledes således derivater af relevante oplysninger. Som en del af analysen er der udfærdiget en tabel til analyse af hver gruppe informanter, hvor de enkelte informanters svar er repræsenteret i den meningskondenserede form. Ud over at være en del af analysen fungerer tabellerne også som en metode til at anskueliggøre mangfoldigheden af informanternes besvarelser i de udførte fokusgruppeinterviews, ligesom den fungerer som en metode til at opfylde det overordnede formål, herunder de to delformål.

I det omfang det er relevant, holdes de analyserede data op og diskuteres i forhold til komponenterne i ICF.

Data fra interviewene kan ikke sammenlignes som en før/efter måling, men kan vise status og tendenser hos de udvalgte grupper af informanter henholdsvis før og efter implementering af ICF som referenceramme og klassifikationsredskab. Disse tendenser kan desuden være hypotesegenererede ift. nye projekter.

### 13.3 Metode til dataindsamling

Til belysning af ovenstående spørgsmål er som metode valgt fokusgruppeinterview.

Fokusgruppeinterview er en særlig form for gruppeinterview, der er fokuseret om ét emne. I dette projekt er det overordnede emne: patientoplysninger og struktur i forhold til indsamling og videregivelse af disse oplysninger.

Karakteristisk for fokusgruppeinterviewet som dataindsamlingsmetode er, at der er tale om en produktion af viden, der er afhængig af samspillet og evnen til at diskutere i den gruppe, der til lejligheden er sat sammen. Den produktion af viden, der fremkommer, er således afhængig af interaktionen i gruppen, hvorfor den er vanskelig at opnå gennem andre kvalitative og kvantitative metoder. Andre metoder betragter ikke gruppedeltagernes sociale interaktion som en grundlæggende metode til at forstå forskellige virkelighedsopfattelser (67).

Fokusgruppeinterviews anvendes for at få deltagernes egne opfattelser og vurderinger af et afgrænset emne. Formålet med fokusgruppeinterviews er at få afdækket vanlig praksis i forhold til dette emne; at få belyst deltagernes forskellige erfaringer, holdninger, vaner og rutiner, som har med dette emne at gøre.

I fokusgruppeinterview er det vigtige således ikke at nå frem til enighed omkring emnet. Der er intet, der er rigtigt eller forkert, alle erfaringer tæller lige meget – kravet til deltagerne i et fokusgruppeinterview er ikke at kunne drøfte sig frem til enighed. Tværtimod skal deltagerne lade sig inspirere af hinanden med deres forskellige erfaringer (67).

Fokusgruppeinterview er kendetegnet ved tilstedeværelsen af en moderator, hvis opgave bl.a. er at stille spørgsmål til gruppen. Derudover kan man vælge at lade en anden indgå som observatør af gruppedynamikken og/eller som referent.

Fokusgrupper kan i størrelse variere fra 4-12 informanter.

Fokusgruppeinterview anvendes i stigende grad inden for sundhedsvidenskaben, fx i forbindelse med ønsket om en dybere forståelse af og holdninger til særlige emner i en gruppe (65).

Fokusgruppeinterviews kan have forskellige grader af struktur. I dette projekt er valgt en såkaldt stram model med flere og mere specifikke spørgsmål, idet denne form egner sig bedst til projekt, hvor der er mere fokus på indholdet af diskussionerne, end på hvordan interaktionen udfolder sig blandt deltagerne (66).

Interviewene optages på diktafon, men alle deltagere er anonymiserede. Optagelserne er til brug for de efterfølgende analyser.

### 13.4 Udvalgelse af informanter

Der er blevet peget på 4 grupper som værende centrale som informanter i forbindelse med projektet. Ud over patienter indlagt på Center for Sundhed og Træning, Århus er det repræsentanter for personale på Center for Sundhed og Træning, Århus, de praktiserende læger, der modtager henvisninger fra Center for Sundhed og Træning, Århus (samt Reumatologisk afdeling U) samt jobkonsulenter/sagsbehandlere på JobCenter Syd, der modtager klienter, som har været indlagt på Center for Sundhed og Træning, Århus.

For efterfølgende at kunne give en kort karakteristik af informanterne indhentes flg. data:

- **Hos de professionelle:** køn, alder, faggruppe og anciennitet på jobbet
- **Hos patienterne:** køn, alder, nuværende arbejdsforhold og antal år med kroniske rygsmerter

Der har været et todelt formål med indsamling af data vha. fokusgruppeinterview, hvor det andet delmål er, at vurdere om ICF har medvirket til en kvalitetsforbedring af patientoplysninger. Følgelig blev der, i det omfang det var muligt, foretaget interviews af de fire grupper før og efter implementering af ICF (se nedenfor).

De indhentede udsagn vil være præget af de enkelte informanternes subjektive holdninger og vurderinger, og på denne baggrund er det ikke muligt at foretage en direkte sammenligning af udsagn fra informanter ved før- og efter-interviews. Som en følge af det subjektive element er det heller ikke muligt at generalisere ud fra de indhentede oplysninger. De kvalitative data og efterfølgende analyser lægger således op til at afdække nogle tendenser for de personer, der repræsenterer de fire grupper, og disse tendenser kan efterfølgende være hypotesegenererende for den videre implementering af ICF på Center for Sundhed og Træning, Århus samt for evt. kommende projekter og undersøgelser.

For netop at afdække nuværende status hos personalet på de involverede afdelinger/institutioner, har undervisning af personalet først kunne påbegyndes efter færdiggørelse af første runde fokusgruppeinterview.

#### **13.4.1 Patienter på Center for Sundhed og Træning, Århus**

Som et eksempel på en gruppe af informanter blandt patienter med LBP er valgt en delvis tilfældig sammensat gruppe af personer med LBP indlagt på Center for Sundhed og Træning, Århus. Det var et krav, at der skulle indgå informanter af begge køn.

Gruppen af informanter kunne af praktiske årsager ikke være identisk før (1. interviewrunde) og efter (2. interviewrunde) implementering af ICF.

##### *Data fra 1. interviewrunde:*

Køn: 1 mand og 3 kvinder.

Gennemsnitsalder: 45 år (43 – 49 år).

Arbejdsforhold: 1 sygemeldt, 1 uden arbejde, 1 i arbejde fuldt tid og 1 i arbejde ½ tid.

Periode med kroniske rygsmerter gennemsnit: 5,4 år (½ - 15 år).

##### *Data fra 2. interviewrunde:*

Køn: 1 mand og 2 kvinder.

Gennemsnitsalder: 39 år (34 - 46 år).

Arbejdsforhold: 1 sygemeldt, 1 uden arbejde, 1 i arbejde fuld tid.

Periode med kroniske rygsmerter gennemsnit: 2,2 år (1,5 - 3,5 år).

#### **13.4.2 Personale på Center for Sundhed og Træning, Århus**

Som et eksempel på en gruppe af informanter fra personalegruppen er valgt en delvis tilfældig sammensat gruppe af personale fra Center for Sundhed og Træning, Århus. Det var et krav, at gruppen skulle være tværfaglig (dvs. repræsenteret af hhv. sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter), og at alle informanterne skulle have arbejdsfunktioner ift. gruppen af patienter med Low Back Pain.

Informanterne var identiske ved interviewet før og efter implementering af ICF, dog deltog 3 færre ved 2. interview grundet hhv. nyt job og langtidssygemelding.

Alle personalegrupper var repræsenteret ved såvel 1. som 2. interviewrunde.

##### *Data fra 1. interviewrunde:*

Alle 7 deltagere var kvinder (øvrige data mangler).

##### *Data fra 2. interviewrunde:*

Alle 4 deltagere var kvinder.

Gennemsnitsalder: 42 år (35-51 år).

Gennemsnitsanciennitet: 16 år (8-25 år).

### 13.4.3 Praktiserende læger

Der blev sendt brev ud til ca. 50 tilfældigt udvalgte praktiserende læger i Århus Kommune. Målet var at samle en gruppe på 5-8 praktiserende læger, der ønskede at medvirke i projektet. Lægerne er blevet aflønnet efter PLO's takster.

De samme informanter var inviteret ved begge fokusgruppeinterview før og efter implementering af ICF, dog deltog 5 færre ved 2. interview begrundet med andre aftaler i samme tidsrum eller generel travlhed.

*Data fra 1. interviewrunde:*

Køn: 4 mænd og 6 kvinder.

Gennemsnitsalder: 52 år (42 – 63 år).

Gennemsnitsanciennitet: 14 år (4-31 år).

*Data fra 2. interviewrunde:*

Køn: 2 mænd og 3 kvinder.

Gennemsnitsalder: 56 år (44-63 år).

Gennemsnitsanciennitet: 26 år (13-36 år).

### 13.4.4 Personale på Jobcenter Syd

Som et eksempel på en gruppe af sagsbehandlere og jobkonsulenter blev udvalgt en delvis tilfældig gruppe af personer fra henholdsvis Jobcenter Syd og Beskæftigelsescenter Syd i Århus. Det var et krav, at gruppen skulle være tværfaglig sammensat, og at alle informanter skulle have arbejdsfunktioner ift. gruppen af patienter med Low Back Pain.

*Data fra 1. interviewrunde:*

Køn: 1 mand og 4 kvinder.

Gennemsnitsalder: 42 år (36-55 år).

Gennemsnitsanciennitet: 10 år (8-13 år).

2. interviewrunde i denne gruppe er fravalgt grundet det lange rehabiliteringsforløb for patienter på Jobcentret. Ændringer i henvisningsmønstre skønnes derfor ikke at kunne vurderes indenfor projektets tidsperiode.

## 13. 5 Resultater

I denne del præsenteres resultaterne af de analyserede fokusgruppeinterviews.

Der fremkommer en mængde informationer i fokusgruppeinterviews, hvorfor det kan være vanskeligt i prosaform at skabe et generelt overblik af besvarelserne. Der er udfærdiget en tabel til hver gruppe informanter, se nedenfor, hvor informanternes diskussion og svar er repræsenteret i den meningskondenserede form. Ud over at være en del af analysen fungerer tabellerne også som en metode til at anskueliggøre mangfoldigheden af informanternes besvarelser i de udførte fokusgruppeinterviews, ligesom den fungerer som en metode til at opfylde det overordnede formål, herunder de to delmål.

Tabellerne skal således læses sideløbende med præsentationen af resultaterne af de enkelte fokusgruppeinterviews, dvs. præsentation af resultater og tabeller hører sammen på følgende måde:

- Fokusgruppeinterview patienter på Center for Sundhed og Træning, Århus - Tabel 1 – Bilag 8
- Fokusgruppeinterview personale på Center for Sundhed og Træning, Århus - Tabel 2 – Bilag 9
- Fokusgruppeinterview praktiserende læger – Tabel 3 – Bilag 10
- Fokusgruppeinterview personale på Jobcenter Syd – Tabel 4 – Bilag 11

De mest markante resultater diskuteres mere uddybende i 13.7 Diskussion.

### **13.5.1 Fokusgruppeinterview - Patienter på Center for Sundhed og Træning, Århus**

I det følgende præsenteres resultaterne af fokusgruppeinterviews med patienter på Center for Sundhed og Træning, Århus henholdsvis før og efter implementering af ICF.

Indledningsvis skal det bemærkes, at der hos flere i 1. runde fokusgruppeinterview var forundring og frustration over, at de ikke har fået en diagnose. Det kom de gentagne gange tilbage til.

#### **Fokus på nuværende praksis: Indhentning af oplysninger ved indlæggelse på Center for Sundhed og Træning, Århus**

##### ***Hvad blev I spurgt om ved indlæggelse på Center for Sundhed og Træning, Århus?***

Før implementering af ICF:

Der blev spurgt ind til specielt fysiske/sygdomsmæssige oplysninger, i mindre grad sociale oplysninger (familie, arbejde, økonomi) og personlige oplysninger (samliv, fritid).

Efter implementering af ICF:

Der bliver spurgt om fysiske/sygdomsmæssige oplysninger (herunder medicin), sociale oplysninger (familie, arbejde, økonomi) samt om personlige oplysninger (samliv, fritid). Generelt er der fokus på både ressourcer og begrænsninger.

Patienterne skal sammen med en ergoterapeut udfylde et skema, herunder udvælge 5 aktiviteter, der skal laves måling på indledningsvist samt afslutningsvist i forløbet på Center for Sundhed og Træning, Århus samt sammen med ergoterapeut lave kortsigtede og langsigtede mål.

##### ***Er disse oplysninger, I bliver bedt om at give, tilstrækkelige?***

Før implementering af ICF:

Generelt synes patienterne, at personalet på Center for Sundhed og Træning, Århus spørger ind til mange relevante ting, men der er blandt patienter en generel forundring over, at de ikke bliver spurgt om deres forhistorie/ til det forløb, der har bragt dem til Center for Sundhed og Træning, Århus.

Der mangler mere fokus på familieforhold.

Efter implementering af ICF:

I det store og hele ja. Men det er lidt overvældende at blive udspurgt om alle de ting 1. dag – måske skulle man vente med noget af det mere personlige til senere. Blandt andet derfor bliver målsætningen i samarbejde med ergoterapeuten ikke bedømt entydigt positivt.

Konkret mangler en psykolog, samt at der spørges mere ind til oplysninger, der vedrører/inddrager patienten, jævnfør nedenfor.

#### **Fokus på ønsker: Indhentning af oplysninger ved indlæggelse på Center for Sundhed og Træning, Århus**

##### ***Hvad kunne I ønske jer der vil blive spurgt om ved indlæggelse på Center for Sundhed og Træning, Århus?***

Før implementering af ICF:

Som det fremgår af tabel 1 ønsker patienterne bredt, at der efterspørges flere oplysninger, der ligger inden for alle komponenter, specielt har de ønsker om, at der bliver spurgt mere ind til komponenterne omkring aktivitet og deltagelse, men også ift. kroppens funktion og anatomi. Således har flere oplevet, at oplysninger om objektive undersøgelser ikke blev efterspurgt, fx røntgenbilleder, ligesom der heller ikke bliver spurgt efter behandlingsresultater.

Endelig er der generelt et ønske om, at der spørges mere ind til oplysninger, der vedrører/inddrager patienten mere; bl.a. patientens egen oplevelse af sygdomsforløb, frustration og bekymringer, ligesom der er ønske om at (sygdomsmæssige) status expliciteres med mulighed for uddybning og tilføjelser fra patient.

Efter implementering af ICF:

Der bliver i det store og hele spurgt ind til det væsentlige, hvad angår fokus på fysiske/sygdomsmæssige oplysninger (begrænsninger og ressourcer), fokus på sociale oplysninger (familie, arbejde, økonomi) og fokus på personlige oplysninger (samliv, fritid). Dog ønskes der noget om økonomi, ligesom der ønskes en psykolog tilknyttet Center for Sundhed og Træning, Århus.

Så set fra patienternes synspunkt ligger problemet ikke så meget i indsamling af oplysninger, som hvad man gør med de oplysninger. Det der mangler er mere samarbejde med udgangspunkt i patientens ønsker omkring målsætning samt opfølgning bagefter. Denne opfølgning er blandt andet nødvendig ift. patientens erkendelse af ens situation, ens økonomiske situation, og der bliver i det hele taget åbnet op for en masse, og så bliver der pludseligt lukket af, når man kommer ud. På den måde synes deltagerne, at det kunne være godt at være tilknyttet Center for Sundhed og Træning et helt år – de påpeger, at erkendelsen af ens situation ofte først kommer efter udskrivelse.

### **Fokus på ønsker: Videregivelse af informationer**

#### ***Hvilke oplysninger ønsker I, der bliver videregivet til egen læge?***

Der er hos alle enighed om, at oplysninger der videregives – uanset om det er oplysninger til egen læge, sagsbehandler eller andet - skal godkendes af patienten selv, så der ikke står noget, man ikke vil kunne stå inde for.

Før implementering af ICF:

Bag ønskerne om at videregive informationer om henholdsvis diagnose og oplysninger til egen læge ligger patienternes oplevelse af "systemets" generelle krav til dokumentation i form af en diagnose og/eller i form af fagpersoners vurdering af, hvad smerter kan betyde for eventuel arbejdsevne. Og det skal være skriftlig dokumentation – mundtlig er ikke tilstrækkelig, ligesom patienterne ikke kan huske det, hvis de blot får det overleveret mundtligt fra fagpersonale.

Efter implementering af ICF:

De deltagende i fokusgruppeinterviewet mener, at alle oplysninger skal videregives til læge, for det er den eneste person, der er tovholder.

#### ***Hvilke oplysninger kunne I ønske jer, der blev videregivet til JobCentre, sagsbehandlere?***

I begge runder fokusgruppeinterview er der generelt stor frustration over egne sagsbehandlere, ligesom der igen er et udtalt ønske om, at de oplysninger, der videregives, skal godkendes af patienten selv, så der ikke står noget, man ikke vil kunne stå inde for.

Før implementering af ICF:

Bag ønskerne om at videregive informationer om diagnose, smerters betydning for bl.a. arbejde samt klare faglige udmeldinger fra sundhedspersonale ift. jobsituation og oplysninger til egen læge, ligger patienternes oplevelse af "systemets" generelle krav til dokumentation og en oplevelse af mistro fra sagsbehandlernes side, hvilket har affødt ønsket om lægedeltagelse ved møder, dvs. faglig bisidder ved møder.

Efter implementering af ICF:

Deltagerne er enige om, at det ikke er lige så relevant at give alle oplysninger, som det er til egen læge. Det der skal videregives er:

- Alt det der er sygdomsrelateret, også det fysiske og sygdomsmæssige (hvad man kan og ikke kan). Og her er det et meget stort problem, at sagsbehandleren ikke sidder inde med sygdomsmæssige oplysninger
- Sociale oplysninger og det der berører familie, arbejde og økonomi, det ligger i sagens natur, det bliver de jo nødt til

2. runde fokusgruppeinterview:

### **Udlevering af ny epikrise på en ukendt person opbygget efter ICF modellen**

Efter udlevering og læsning af ny epikrise opbygget efter ICF-modellen blev patienterne bedt om at tage stilling til følgende spørgsmål:

#### ***Svarer denne epikrise til de oplysninger, du synes, der skal videregives om en person, der har modtaget et intensivt træningsforløb på Center for Sundhed og Træning, Århus?***

Deltagerne er entydigt positive og bedømmer oplysningerne i denne epikrise som værende særdeles relevante: Heri står mange af de oplysninger, deltagerne har efterlyst. Ligeledes udtrykker de ønske om, at de selv får kopi af epikrisen samtidig med de professionelle.

#### ***Er disse oplysninger relevante/giver de en uddybende beskrivelse af situationen? Hvordan vurderer du fx ICF-opdelingen i kroppens funktioner, aktivitet og deltagelse og omgivelsesfaktorer?***

Deltagerne er enige om, at opdelingen gør det nemmere at forstå end de normale epikriser. Denne ICF-opdeling bevirker et bedre helhedsbillede og har en god systematik.

### **13.5.2 Fokusgruppeinterview - Personale på Center for Sundhed og Træning, Århus**

I det følgende præsenteres resultaterne af fokusgruppeinterviews med personale på Center for Sundhed og Træning, Århus henholdsvis før og efter implementering af ICF.

#### **Fokus på nuværende praksis: Modtagne oplysninger fra henvisende instans**

Der modtages patientoplysninger fra både Reumatologisk afdeling U og fra praktiserende læger, hvorfor der laves en opdeling.

#### ***Hvilke oplysninger modtager I typisk om patienter henvist til Center for Sundhed og Træning, Århus fra Reumatologisk Afdeling U?***

Før implementering af ICF:

Reumatologisk afd. U eller Ambulatoriet, som det ofte vil være, sender en meget formel henvisning efterfulgt af de kontinuationsark, der er i journalen. Dvs. der er relativt mange oplysninger af lægemæssig karakter, både om sygdomsforløbet, sociale status og objektive undersøgelser, samt hvad de har været igennem rent undersøgelsesmæssigt, og hvad resultatet er af disse undersøgelser.

Detaljeringsgraden er dog både afhængig af hvilken læge, der har henvist, og hvordan de henviser. Der er ingen fast praksis. Der kan være en kort konklusion/et kort resumé til sidst, der opsummerer patienten.

Efter implementering af ICF:

Billedet er det samme i 2. runde fokusgruppeinterview. I en henvisning fra Reumatologisk afd. U vil typisk stå en diagnose, navn og adresse, efterfulgt af journaluddrag med kopi af relevante kontinuationsark.

Der er generelt mange oplysninger, og journaluddragene er ofte meget lange.

#### ***Er disse oplysninger fra Reumatologisk afd. U strukturerede på en bestemt måde?***

Før implementering af ICF:

Strukturen i Reumatologisk afd. U's henvisning er journalen, problemet er, at journalen er lang, og oplysningerne dermed bliver uoverskuelige. Hvis resumeet er med, er der fast struktur på dette.

Efter implementering af ICF:

Billedet er det samme som i fokusgruppeinterviewet udført før implementering af ICF.

### **Hvilke oplysninger modtager I typisk om patienter henvist fra praktiserende læge?**

Det generelle billede fra fokusgruppeinterview med personalet på Center for Sundhed og Træning, Århus både før og efter implementering af ICF er, at de praktiserende læger ikke sender særligt mange oplysninger, samt at oplysningerne har en lav detaljeringsgrad.

Før implementering af ICF:

Henvisningerne fra de praktiserende læger er meget korte, ofte 3-4 linjer.

Der er følgende oplysninger deri:

Kort resumé af sygdomsforløb, behandlingsforslag, patientens jobsituation, diagnose, konkrete resultater af undersøgelser

Efter implementering af ICF:

Billedet er det samme som i 1. runde fokusgruppeinterview.

### **Er disse oplysninger fra de praktiserende læger strukturerede på en bestemt måde?**

Før implementering af ICF:

Hvis de praktiserende læger anvender afkrydsningsskema, der er opdelt i en række bestemte hovedområder, er oplysningerne strukturerede. Personalet kan ikke helt huske rækkefølgen, men følgende hovedområder optræder: Diagnose, sygdomsforløb, konkrete undersøgelsesresultater, motivation for træning, om patienterne er træningsegnede, jobsituation samt familiære forhold.

Men oftest er der generelt stadig meget få oplysninger.

Efter implementering af ICF:

Billedet er igen overvejende det samme.

### **Hvordan vurderer I som hovedregel de modtagne oplysninger fra Reumatologisk afd. U? Er de fx tilstrækkelige?**

Før implementering af ICF:

Der er mange gode oplysninger, men personalet modtager dels nogle gange for mange oplysninger, dels er de ofte ikke strukturerede. Endelig kan personalet modtage papirer, der er flere år for gamle.

Efter implementering af ICF:

Diskussionen kredser overvejende om det samme igen. Dog nævner flere af deltagerne, at de reelt ofte ikke bruger oplysningerne fra Reumatologisk afd. U.

### **Hvordan vurderer I som hovedregel de modtagne oplysninger fra praktiserende læger? Er de fx tilstrækkelige?**

Før implementering af ICF:

De praktiserende læger sender ofte ikke særligt mange oplysninger, oplysningerne har en lav detaljeringsgrad, og de kan være for gamle.

Efter implementering af ICF:

Det samme. De praktiserende læger sender ofte ikke særligt mange oplysninger, oplysningerne har en lav detaljeringsgrad, og de kan være for gamle.

### **Fokus på ønsker: Modtagne oplysninger**

### **Hvilke (yderligere) oplysninger kunne I som tværfaglig gruppe ønske jer at modtage?**

Før implementering af ICF:

Dette spørgsmål affødte en længere diskussion, der bl.a. bundede i forskellige faglige diskussioner. Konkluderende kan siges, at personalet på Center for Sundhed og Træning, Århus, fra Reumatologisk afd. U, efterlyser kortere og mere præcise oplysninger, mens personalet på Center for Sundhed og Træning, Århus, fra de praktiserende læger, ønsker flere samt bedre strukturerede oplysninger. I første omgang kom personalet frem til en liste, der indeholder følgende hovedpunkter, og som dækker informationer, man allerede får, og de oplysninger man ønsker derudover:

- Patientens nuværende funktionsniveau
- Udførlig beskrivelse af tidligere behandling(er)
- Søvn mønster
- Motivation (herunder økonomisk motivation)
- Lyst- tid- penge (vil patienten fx bruge penge på træningsudstyr?)
- Patientens motivation for og mål med opholdet
- Psykiske niveau: ressourcer + begrænsninger
- Patientens indstilling til vedligehold af træning
- Indstilling til at ændre livsvaner
- Smertebehandling
- Smertehåndtering
- Uddannelse
- Sociale netværk
- Jobsituation
- Samliv/sekuelle

Efter implementering af ICF:

Diskussionen kredser om de samme emner som i første fokusgruppeinterview, men det var sværere denne gang at få overskrifter sat på – disse kom først i diskussion og i besvarelse af nedennævnte spørgsmål omhandlende struktureringen af oplysningerne.

### **Hvordan skulle disse oplysninger mest hensigtsmæssig struktureres?**

Før implementering af ICF:

Efter yderligere diskussion ender deltagerne med et forslag til struktur, hvor oplysninger vedrørende motivation i bred forstand står øverst, fulgt af oplysninger om det fysiske og endelig oplysninger om det sociale. En lang række underpunkter figurerer under disse tre hovedpunkter.

Det skal bemærkes, at specielt placering af det psykiske affødte megen diskussion – om det er tilstrækkeligt, at det ligger under de 3 andre punkter, eller om det også skal have et pkt. for sig selv.

Efter implementering af ICF:

Der er en meget lang diskussion om strukturen, og der opnås ikke fuldstændig enighed om den ønskede struktur. Dog er der enighed om, at første punkt var diagnose, efterfulgt af anamnese og planen var et afsluttende 6. punkt. Uenigheden drejer sig om placeringen af punkterne omgivelsesfaktorer, aktivitet og kroppens funktioner.

### **Fokus på nuværende praksis: Videregivne oplysninger**

### **Hvilke oplysninger videregiver I ved behandlingsophør i jeres epikriser til næste led i behandlerkæden?**

Før implementering af ICF:

Faggrupperne afgiver monofaglige oplysninger til lægen på Center for Sundhed og Træning, Århus, der udfærdiger epikrisen på baggrund af disse oplysninger samt på baggrund af den tværfaglige opsamling på sidste konference for patienten.

Den afsluttende lægeepikrise sendes både til egen og til henvisende læge.

Efter implementering af ICF:

Det samme billede.

Faggrupperne afgiver monofaglige oplysninger til lægen på Center for Sundhed og Træning, Århus, der udfærdiger epikrisen på baggrund af disse oplysninger samt på baggrund af den tværfaglige opsamling på sidste konference for patienten.

Den afsluttende lægeepikrise sendes både til egen og til henvisende læge.

### **Hvordan struktureres disse oplysninger?**

Før implementering af ICF:

De monofaglige bilag har hver deres monofaglige struktur. Strukturen i den afsluttende lægeepikrise er bestemt af lægen på Center for Sundhed og Træning, Århus.

Efter implementering af ICF:

De monofaglige bilag har hver deres monofaglige struktur. Strukturen i den afsluttende lægeepikrise er bestemt af lægen på Center for Sundhed og Træning, Århus. Det er således tale om samme procedure som før implementering af ICF.

Dog har man på Center for Sundhed og Træning, Århus for øjeblikket en pågående diskussion omkring værdien af de oplysninger, der sendes videre, bl.a. i forhold til de test, der ligger til grund for fx hjælpemiddelansøgninger, oplysninger om eventuelle forbedringer for patienten mv.

Deltagerne i fokusgruppeinterviewet anfører, at det i epikrisen burde uddybes, under hvilke forhold testene er blevet foretaget: At det afspejler en ideel og ikke en virkelighedsnær, dagligdags situation. Det vil sige, at en given patient fx er blevet bedre til at gå på trapper og/eller tackle smerter, og at smerteniveauet måske er ændret, men disse forbedringer er sket under nogle forudsætninger, som ikke er til stede i hjemmet.

### **13.5.3 Fokusgruppeinterview - Praktiserende læger**

I det følgende præsenteres resultaterne af fokusgruppeinterviews med de praktiserende læger henholdsvis før og efter implementering af ICF.

De praktiserende læger har typisk 10 minutter til hver konsultation. I første fokusgruppeinterview blev det angivet som en årsag til, at det er begrænset, hvor mange patientoplysninger man som praktiserende læge kan nå at indhente.

#### **Fokus på nuværende praksis: Indhentning af oplysninger**

##### **Hvilke oplysninger indhentes hos patienter, der henvender sig med kroniske rygsmerter?**

Før implementering af ICF:

De praktiserende læger vil som gruppe indhente en lang række oplysninger. Deltagernes diskussion efterlader et indtryk af, at denne gruppe praktiserende læger har fokus på den samlede helbredstilstand – ikke kun på aspekter, der vedrører kroppens funktioner og anatomi. I en ICF terminologi vil det sige, at denne gruppe praktiserende læger prioriterer den samlede helbredstilstand, når de indhenter oplysninger, dvs. de indhenter oplysninger både vedrørende funktionsevne (kroppens funktioner og anatomi samt aktivitet og deltagelse) og kontekstuelle faktorer (omgivelsesfaktorer samt personlige faktorer).

Efter implementering af ICF:

Fokus på lægernes indhentning samt videregivelse af oplysninger blev nedtonet i 2. runde, idet det vurderes, at det vigtigste er at afdække deltagernes holdninger til gamle samt nye epikriser. Men både dette og de følgende spørgsmål om de praktiserende lægers rolle, ift. indhentning og videregivelse af oplysninger om patienterne, bliver løbende diskuteret. Det overordnede indtryk er det samme som i 1. runde fokusgruppeinterview:

Deltagerne mener generelt, at det er særdeles vigtigt ikke kun at indhente oplysninger omhandlende de rent fysiske aspekter, men netop indhente og i mindre grad også viderebringe oplysninger, der berører alle aspekter af patientens samlede helbredstilstand.

**Fokus på nuværende praksis: Videregivelse af oplysninger**

***Hvilke oplysninger videregiver I til næste led i behandlerkæden? Struktureres disse indhentede og videregivne oplysninger efter en bestemt struktur?***

De praktiserende læger videregiver både oplysninger til Reumatologisk Afdeling U samt til sagsbehandlerne, hvorfor besvarelsen deles i to.

***Videregivne oplysninger til Reumatologisk afd. U***

Før implementering af ICF:

I deres diskussion, om hvilke oplysninger de videregiver til Reumatologisk afd. U, er de praktiserende læger meget opmærksomme på, at netop deres oplysninger bl.a. danner basis for afdelingens beslutning om, hvorvidt patienten skal opereres eller indstilles til træning/rehabilitering.

De praktiserende læger mener, at de generelt videregiver en lang række oplysninger, der ikke kun omhandler de "hårde" kendsgerninger. Disse oplysninger giver langt hen ad vejen en dækkende beskrivelse af, det man med ICF terminologi kan betegne patientens samlede helbredstilstand (dvs. at samtlige fire komponenter i en vis forstand er inddraget i de oplysninger, de praktiserende læger mener at give videre om patienten).

Samtidig erkender de, at de er varsomme med at videregive oplysninger, de ikke har tilstrækkeligt objektivt belæg for, fx noget omkring patientens psykiske tilstand. Grunden er bl.a., at de kan risikere en klagesag, hvis fx patienten ikke finder det tilstrækkeligt dokumenteret, samt at det overhovedet kan være vanskeligt at videregive de bløde oplysninger. Blandt andet fordi - som en af deltagerne oplyser - de synes, de videregivne oplysninger skal være korte og præcise, så de hurtigt kan læses af modtagerne.

Efter implementering af ICF:

Jævnfør ovenfor blev besvarelsen af bl.a. dette spørgsmål nedtonet, men den løbende diskussion viser, at billedet i store træk er det samme i anden runde fokusgruppeinterviews.

Deltagerne kommer flere gange ind på, at samarbejde/kommunikation på tværs af sektorer/faggrupper mv. som fx i dette projekt er særdeles befordrende og den bedste måde, at få hjælp til at ændre indgroede vaner, idet de får øjnene op for, dels hvilke typer oplysninger andre led i behandlerkæden har brug for, dels at de praktiserende lægers oplysninger er essentielle, når man fx på Reumatologisk afd. U skal danne sig et billede af patienten, og fx sidder og skal tage stilling til, om denne skal opereres eller ej.

***Videregivne oplysninger til sagsbehandlere***

Før implementering af ICF:

De praktiserende læger mener, at sagsbehandler - både af hensyn til sagsbehandler samt til patienten - har krav på alle relevante oplysninger, og det vil bl.a. sige de oplysninger, der skal gives i en Generel Helbredsattest (GHA), hvis en sådan skal udarbejdes. I deres videregivelse af oplysninger søger de praktiserende læger ligeledes at sætte fokus på patientens situation frem for på paragraffer, som de mener, sagsbehandlerne har en tendens til at fokusere for meget på.

Efter implementering af ICF:  
Billedet synes i store træk at være det samme.

### **Fokus på ønsker: Ønsker til egen struktur af videregivne oplysninger**

***Hvis oplysningerne ikke struktureres, kunne en struktur i så fald være ønskelig og i givet fald, hvordan kunne en sådan struktur se ud?***

Før implementering af ICF:

Deltagerne fokuserer mere på det vigtige i at gøre oplysningerne så overskuelige, korte og enkle som muligt end på en egentlig struktur.

### **Fokus på nuværende praksis: Modtagne oplysninger**

***Når I har henvist en patient til en speciallæge el. lign., hvilke informationer får I retur efter afsluttet behandling hos denne speciallæge? Er disse oplysningerne tilstrækkelige?***

Før implementering af ICF:

Oplysningerne er oftest aldrig tilstrækkelige, og informationsniveauet varierer meget.

Efter implementering af ICF (her blev deltagerne bedt om at tage stilling til, hvilke oplysninger der mangler i den udleverede epikrise, skrevet efter "normal" model):

Der mangler generelt oplysninger, der dækker de psykosociale aspekter, men derudover mangler også en række konkrete oplysninger vedrørende bl.a. medicin og patientens egenvurdering.

Deltagerne pegede også på problemet med den lange svartid fra specialafdelinger.

### **Fokus på ønsker: Modtagne oplysninger**

***Hvis I ikke får tilstrækkeligt med oplysninger, hvilke oplysninger ville være ønskelige?***

Før implementering af ICF:

Deltagerne ønsker en kort redegørelse med en kort konklusion, men samtidig ønsker de oplysninger om en række elementer vedr. patienterne:

- Undersøgelsesresultat
- Funktionsbeskrivelse
- Behandlingsresultater (herunder plan)
- Forventet erhvervsevne
- Medicin
- Patientens egenvurdering
- Konklusion - hvor følgende spørgsmål skal besvares kort: Kan I gøre noget? (kort svar - ja, nej)

Fra speciallægerne forventer deltagerne ikke den samme detaljerighed.

Efter implementering af ICF:

Ønskerne er i det store og hele de samme.

### **Tillægsspørgsmål i 2. interviewrunde, efter implementering af ICF**

Ved 2. interviewrunde blev ud over ovennævnte spørgsmål afslutningsvis spurgt direkte ind til patientoplysningerne, som de oprindeligt forventedes at optræde i den nye udformning af epikriser modtaget over patienter med Low Back Pain, der har været indlagt på Center for Sundhed og Træning, Århus i projektperioden. Da moderator kunne oplyse, at de inviterede praktiserende læger, endnu ikke på tidspunktet for det udførte fokusgruppeinterview, har modtaget epikriser, lavet over den nye model, blev en ICF-epikrise udleveret, gennemlæst, hvorefter følgende tillægsspørgsmål blev stillet:

***Giver de oplysninger I har modtaget - som har ændret struktur - et bedre billede af patienten end de oplysninger I normalt har fået? Hvordan er disse oplysninger ændrede?***

Overordnet bedømmes epikrisen positivt; den giver et noget bedre billede af patientens samlede helbredtstilstand, og den er langt mere overskuelig. Strukturen bedømmes meget positivt, dog er der en lille eftertanke fra en deltager, der bemærker, at faren ved en fast struktur er, at der er en tendens til at blive så forblændet af denne, at man ikke er tilstrækkeligt opmærksom på mangler, der kan opstå undervejs.

Derudover går kritikken bl.a. på oplysningsniveauet omkring de anvendte functionsscores – det burde være bedre, ligesom der stilles spørgsmål ved testen anvendelighed, idet testresultater ikke kan sige noget om patienternes funktionsniveau i dagligdagen. Der burde også være en konklusion, der kan give et umiddelbart overblik.

Nogle af deltagernes kritikpunkter tages op og behandles mere uddybende i den efterfølgende diskussion.

***Er disse oplysninger ændret i en retning, som er anvendelige?***

Deltagerne er overvejende positive over for spørgsmålet om anvendelighed, strukturen bliver som ovenfor nævnt betragtet som et plus. Ligeledes bedømmes sproget positivt: Kan forstås af både professionelle og patienter.

Diskussionen kommer bl.a. til at dreje sig om de praktiserende lægers vs. sagsbehandlerne's ansvarsområder. Den bliver startet af en af deltagerne, der mener, at epikrisen vil være mere relevant for sagsbehandlere ud fra den betragtning, at der ikke er tale om operation eller ej (jvf den udleverede case). "Det gælder om at få patienterne videre med deres liv, og det er sagsbehandlerne, der er vigtige dér – den skal ikke kun ende på mit bord". Adspurgt af moderator, om det ikke også er hans opgave, siger han: "Det er sagsbehandlerne, der spørger ind til, om der skal opstartes revalidering. Det er jo ikke mig, der skal sætte det i gang". Dette peger på et centralt aspekt vedrørende ansvarsfordeling og bliver behandlet nærmere i diskussionsafsnittet.

#### **13.5.4 Fokusgruppeinterview - Personale på Jobcenter Syd**

I det følgende præsenteres resultaterne af fokusgruppeinterviews med de jobkonsulenter på Jobcenter Syd før implementering af ICF.

Som tidligere nævnt var det mest hensigtsmæssigt blot at udføre fokusgruppeinterview blandt personale på jobcenter Syd før implementering af ICF. Tidligt i forløbet med implementering af ICF vidste projektledelsen således, at personalet på tidspunktet for udførelsen af 2. runde fokusgruppeinterview ikke ville have modtaget data struktureret efter det nye skema.

Jobkonsulenterne diskuterede ligeledes patientoplysningerne med udgangspunkt i en case.

#### **Fokus på nuværende praksis: Modtagne oplysninger**

***Hvilke oplysninger modtager i typisk fra den instans/afdeling, som I modtager en henvisning fra?***

Der er generelt stor variation i informationsmængden, men i en case som denne vil jobkonsulenterne typisk få følgende oplysninger:

1. Ressourceprofil (fra kommunen)
2. Lægefaglige oplysninger (diagnose, undersøgelser – kan være både fysiske og psykiske)
  - a. Statusattest fra lægen (helbredsstatus)
  - b. Journaloplysninger fra Sygehus (For denne case's vedkommende er det undersøgelse fra speciallægen 2001 og scanning fra 2003)

Alt afhængig af sagens karakter vil der kunne være tale om flere oplysninger, men jobkonsulenten skal ofte selv spørge efter disse oplysninger.

Der vil sandsynligvis også blive sendt en Generel Helbredsattest (GHA) fra patientens egen læge.

***Er disse oplysninger strukturerede på en bestemt måde?***

Både i ressourceprofilen og GHA er der en fast struktur.

***Hvordan vurderer I som hovedregel de oplysninger, I modtager? Er de tilstrækkelige samt tilstrækkeligt strukturerede?***

Med indførelsen af ressourceprofil er der kommet flere oplysninger, ligesom de er blevet bedre struktureret. Stadig skal jobkonsulenterne dog dels ofte spørge om flere oplysninger, dels er de oplysninger de modtager ofte af svingende kvalitet.

**Fokus på ønsker: Modtagne oplysninger**

***Hvilke yderligere oplysninger kunne I som tværfaglig gruppe ønske jer at modtage?***

Deltagerne ville ønske, at en GHA altid fulgte med. Derudover en bedre ressourceprofil samt en række oplysninger, der vedrører både kontekstuelle faktorer samt funktionsniveau. Endelig mere fokus på borgerens vurderinger, ligesom det ville være ønskeligt, at alle sagsakter fulgte borgeren. Deltagerne påpeger det problematiske i, at de involverede speciallæger normalt ikke kommunikerer; dette problem ville bl.a. blive løst, hvis papirerne fulgte patienten.

***Hvordan skulle disse oplysninger mest hensigtsmæssigt struktureres?***

Det er en vanskelig udfordring. Selv om deltagerne mener, det ville være godt med en udvidet ressourceprofil, hvor alle oplysninger (også journaloplysninger) lå i en på forhånd given struktur, er denne idé næppe realistisk.

**Fokus på nuværende praksis: Videregivelse af oplysninger**

***Hvilke oplysninger videregiver I ved behandlingsophør til det næste led i behandlerkæden?***

1. Afslutningsstatus, der er udarbejdet af sagsbehandler/socialrådgiver på Jobcenter Syd samt/evt.
2. Afslutningsstatus fra fysioterapeut, psykolog eller sociallæge

***Hvordan er disse oplysninger strukturerede?***

Afslutningsstatus har en fast struktur med de samme punkter som ressourceprofil, dvs bygget over arbejdsevne-metodens 12 punkter, mens de monofaglige bilag udarbejdet af psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeut og evt. sociallæger ikke i samme grad har fast struktur.

## 13.6 Sammenfatning

I det foregående er resultaterne af de to runder fokusgruppeinterview blevet præsenteret. I det følgende diskuteres resultaterne for hver af de 4 informantgrupper i forhold til de to delmål. Jævnfør tidligere er delmålene:

- 1) At afdække hvilke patientoplysninger, der i nuværende praksis modtages, bliver indsamlet og videregivet samt hvilke patientoplysninger, der ønskes modtaget, indsamlet og videregivet
- 2) At afdække om der er sket en forbedring af kvaliteten af patientoplysninger, mere specifikt vha. fokusgruppeinterviews at belyse om ICF kan medvirke til, at de indsamlede data og videregivne data bliver mere og bedre struktureret, mere komplette og helhedsorienterede?

### **13.6.1 Patienter**

#### Ad 1:

- Generelt ønsker patienterne meget stærkt, at journalen skal følge patienten, og at der skal være flere oplysninger på skrift, både ift. dokumentation over for det offentlige og ift. bedre oplysning til dem selv.
- Konkret ift. opholdet på Center for Sundhed og Træning, Århus anbefaler patienterne at vente med at spørge ind til de mere personlige forhold: personalet ville få flere oplysninger, hvis der ikke blev spurgt om alt 1. dag
- Patienterne anbefaler en psykolog tilknyttet Center for Sundhed og Træning, Århus
- De oplysninger der videregives, skal godkendes af patienten
- Alle oplysninger skal videregives til egen læge
- Ikke alle oplysninger skal videregives til sagsbehandler

#### Ad 2:

- Patienterne udtrykker en vis skepsis over den foreløbige anvendelse af ICF, bl.a. målsætningssamtalen med ergoterapeuten og valget af de 5 aktiviteter, der skal laves tilfreds-hedsmåling på
- De vigtige psykologiske aspekter ville blive bedre behandlet, hvis en psykolog var tilknyttet Center for Sundhed og Træning, Århus
- Patienterne er særdeles positive over for den viste ICF epikrise, idet den giver et mere helhedsorienteret og bedre struktureret billede
- Denne epikrise skulle automatisk sendes til både egen læge og sagsbehandler

### **13.6.2 Personale**

#### Ad 1:

- Mange oplysninger er ikke nødvendigvis bedre (jf. informationsmængden fra Reumatologisk afd. U over for oplysninger fra de praktiserende læger)
- Et resumé i henvisninger modtaget fra Reumatologisk afd. U anbefales
- Flere "bløde" oplysninger fra praktiserende læger
- Generelt ønske om flere oplysninger med bedre og mere ensartet struktur fra henvisende instanser samt nye oplysninger (i 2. fokusgruppeinterview påpeger personalet, at de i den udleverede case får langt flere relevante og velstrukturerede oplysninger, end der nogle gange er på 10 sider fra Reumatologisk Afd. U)
- Der mangler generelt oplysninger om patienternes egenoplevelser
- Flere oplysninger om de psykiske aspekter

Ad 2:

- Personalet anvender ikke en ICF-terminologi i 2. runde fokusgruppeinterview. Samtidig har personalet vanskeligere ved at sætte struktur på oplysninger end ved 1. fokusgruppeinterview, og disse oplysninger bliver ikke struktureret efter en ICF-ramme
- Personalet leverer stadig hver deres monofaglige bilag ind til lægen på Center for Sundhed og Træning, Århus.
- Der er for øjeblikket en diskussion omkring test. Deltagerne mener, at det i epikrisen burde bemærkes, at test er foretaget i en ideel situation, der ikke afspejler den virkelighed patienterne skal ud i.

### 13.6.3 Praktiserende læger

Ad 1:

- De praktiserende læger indsamler langt flere oplysninger end de videregiver
- De videregivne oplysninger omfatter fysiske/objektive aspekter. Lægerne peger selv på, at det er lettere at videregive objektive undersøgelser, og henholder sig til, at oplysninger skal være korte og præcise
- De er bange for at videregive oplysninger, der har været genstand for deres tolkning
- Samtidig beklager de, at de ikke modtager flere oplysninger med et bredere fokus
- Generelt ønske om flere oplysninger med bedre og mere ensartet struktur fra henvisende instanser samt nye oplysninger. En konklusion anbefales ligeledes
- Flere oplysninger om patientens egenvurdering
- Flere oplysninger om psykosociale aspekter

Ad 2:

- De praktiserende læger har endnu ikke modtaget henvisninger lavet over den ny ICF-struktur
- Ved forevisning af ICF-epikrise er de overvejende positive. Epikrisen er bedre struktureret og indeholder flere relevante oplysninger
  - Anbefaling af en kort præsentation af anvendte test samt en forklaring af tallenes betydning i functionscores
  - En lille kritik af testenes relevans – de giver et laboratorieagtigt billede

### 13.6.4 Jobkonsulenter

Ad 1:

- Sagsakterne skal følge patienterne
- Mere fokus og flere oplysninger om borgeren, herunder borgerens egenvurdering
- Ønske om at GHA altid fulgte med
- Jobkonsulenterne mener, at i princippet ville det være godt med en model, hvor alle oplysninger lå i en på forhånd given struktur, men i realiteten mener de, det er umuligt.

## 13. 7 Diskussion

Undervejs i analysen er fremkommet en række centrale emner og problemstillinger. Disse behandles nærmere i det følgende.

### Inddragelsen af patienter

Der er for så vidt ikke uenighed om, at patienterne skal inddrages mere bl.a. i målsætning, men som det er fremgået, kan det være vanskeligt at gennemføre i praksis. Der er ligeledes enighed om, at der skal lægges mere vægt på patienters egenvurdering.

Jobkonsulenter og patienter er enige om, at en måde at sikre bedre inddragelse af patienterne samt sikre bedre information og kommunikation på tværs, vil være at lade alle sagsakter følge patienterne.

### Praktiserende læger og oplysninger

De praktiserende læger indhenter langt flere oplysninger, end de videregiver. Som tidligere nævnt, angiver de selv en række grunde til dette. Det er i denne sammenhæng interessant at søge at finde ud af, hvad der kan få dem til at videregive oplysninger, der dækker patientens samlede helbredstilstand. I 2. runde fokusgruppeinterview kommer deltagerne flere gange ind på, at samarbejde/kommunikation, på tværs af sektorer/faggrupper mv som fx i dette projekt, er særdeles befordrende og den bedste måde at få hjælp til at ændre indgroede vaner, idet de får øjnene op for, dels hvilke typer oplysninger andre led i behandlerkæden har brug for, dels at de praktiserende lægers oplysninger er essentielle, når man fx på Reumatologisk afd. U skal danne sig et billede af patienten, og fx sidder og skal tage stilling til, om denne skal opereres eller ej.

Lægerne påpeger, at en sidegevinst ved deltagelse i projektet er, at de er blevet mere bevidste om Center for Sundhed og Træning, Århus' eksistens.

### Ansvarsfordelingen/faggruppernes rolle

Som tidligere nævnt er der lidt usikkerhed vedrørende ansvarsfordelingen mellem praktiserende læger og sagsbehandlere. Er det kun sagsbehandlere, der skal sætte en eventuel revalideringssag i gang, eller påhviler denne opgave også de praktiserende læger?

Den læge, der finder den nye ICF-epikrise mest velegnet til sagsbehandlere, angiver som grund bl.a., at der ikke er tale om et spørgsmål om operation eller ej; følgelig er disse oplysninger ikke så relevante for ham som praktiserende læge. Han erkender, at det psykosociale naturligvis også er relevant for praktiserende læger, men at disse mere fungerer som informanter videre ud i systemet til fx sagsbehandlere og ikke så meget ift. at sætte gang i en eventuel revalidering.

Man kan, som moderator gjorde i fokusgruppeinterviewet, gøre opmærksom på, at de praktiserende læger også har et ansvar i forhold til at sætte gang i en videre proces fx revalidering, ligesom det er de praktiserende læger, der vil være tovholdere i næste fase.

### Implementering af ICF i personalegruppen på Center for Sundhed og Træning, Århus

Blandt de deltagende i 2. fokusgruppeinterview var det bemærkelsesværdigt, at man ikke kan spore en større effekt af ICF. Det kan tyde på en utilstrækkelig implementering. Implementering omhandler både, hvordan ny viden/nye værktøjer bliver afleveret (dvs. fx kvalitet af undervisning), og hvordan det bliver modtaget af brugerne. Der skal tænkes over, hvordan man sikrer en succesfuld implementering, således at den ny viden og den ønskede praksis forplanter sig nedad i organisationen. Et problem som ressourcemangel kan også spille ind. Men derudover skal man være opmærksom på den banale men vigtige kendsgerning, at ting tager tid. Det er en omfattende ændring at implementere et system som ICF, og det tager tid.

Der kan således opstilles en række hypoteser for, hvorfor der ikke kan spores en udvikling hos personalet:

- 1) Undervisningen har ikke aflejret sig, personalet har på baggrund af undervisningen ikke været i stand til at relatere det til deres praksis
  - Undervisningen er måske ikke blevet gjort tilstrækkeligt anvendelsesorienteret
- 2) Personalet har ikke været tilstrækkeligt inddraget
  - Specielt samfundsvidenskabelig forskning har arbejdet med begreber som deltagelse og inddragelse. For at sikre en succesfuld implementering af nye værktøjer på en arbejdsplads er det essentielt, at man inddrager medarbejderne, de skal føle at det også at deres projekt, og de skal kunne se nytten af det nye, der implementeres
  -
- 3) Ressourcemangel
  - Ressourcemangel kan både dække over manglende økonomiske såvel som manglende personalemæssige ressourcer

### **Patientoplysninger**

Det er et paradoks, at alle synes, det er vigtigt at indsamle og videregive strukturerede patientoplysninger, hvor man vha. ICF terminologi kan betegne patientens samlede helbredstilstand (dvs. at samtlige fire komponenter i en vis forstand er inddraget i indsamlede og videregivne oplysninger om patienterne), men alle i mere eller mindre grad også forsømmer at bringe oplysningerne videre. Man kunne have en hypotese om, at der mangler en ramme at gøre det i, men man kan ikke ud fra de indsamlede data (og de dermed fremkomne resultater) afgøre, om ICF-rammen er den rette. Der er dog noget der tyder på det, jævnfør de overvejende positive tilkendegivelser fra patienter og praktiserende læger om den viste ICF-epikrise. Men et positivt resultat vil afhænge af en succesfuld implementering af ICF, samt om ICF-epikrisen medtager de mangler, de adspurgte har gjort opmærksom på.

### **De psykiske aspekter, herunder personlighed**

Der er enighed om, at personligheden hos patienten, patientens psyke, spiller en utrolig stor rolle for et succesfuldt forløb, hvorfor det vurderes vigtigt at indsamle og videregive oplysninger, der vedrører de personlige faktorer, herunder fx et specifikt begreb som mestringsevne. Men som flere er inde på – bl.a. de praktiserende læger - er der nogle vanskeligheder forbundet med at måle bl.a. personlighed.

I ICF Core Set for LBP indgår nogle faktorer, der omhandler psykologiske funktioner. Konkret vurderes aspekter af personlighed/patientens psyke på Center for Sundhed og Træning, Århus i komponenten *Kroppens funktioner* med koderne: b130 (energi og handlekraft) og lidt som b152 (følelsesfunktioner) samt i komponenten *aktivitet* med koden: a240 (klare stress og andre psykologiske krav).

Personlige faktorer kan endnu ikke scores i ICF. Ved udarbejdelse af ICF Klassifikationen fravalgtes dette, da man mente, at kulturelle særegenheder ville spille for meget ind, dvs. de personlige faktorer skønnes at være for kulturspecifikke til at kunne lave verdensomspændende klassifikation herfor. Det er vanskeligt at vurdere, om det ville have kunnet lade sig gøre, men det er en svaghed, at man ikke har haft psykologer ind over i udarbejdelsen af Core Set til patienter med LBP, og det er da også et af de aspekter af ICF, der har været genstand for en del kritik.

Ikke kun på grund af ovenstående, men også fordi oplysninger, der relaterer sig til aspekter af psyken, er vanskelige at indsamle og videregive kunne man have en hypotese om, at fagpersonale på dette område er vigtige ift. til at indsamle og videregive de oplysninger, der vedrører aspekter af personlighed. Patienterne i 2. runde fokusgruppeinterview ønsker en psykolog tilknyttet Center for Sundhed og Træning, Århus, da de ikke synes, det nuværende personale i tilstrækkelig grad er i stand til at indhente patientoplysninger vedr. psykologiske forhold og i det hele taget tage hånd om oplysninger, der berører psykologiske forhold.

De praktiserende læger er inde på problemet med patientsikkerhed blandt andet i forhold til at indsamle oplysninger, der vedrører psykologisk profil. Hvordan sikres det, at oplysningerne ikke kommer andre for øre? Hvordan sikres det, at det er korrekte oplysninger, der indsamles? Noget kan muligvis løses ved at inddrage patienten/klienten i, hvilke oplysninger denne synes er relevant. Men dette er ikke en garanti.

### **Anvendelsen af test**

Personalet på Center for Sundhed og Træning, Århus nævnte, at man for øjeblikket har en diskussion om de valgte tests anvendelighed. De praktiserende læger diskuterede også test-anvendeligheden. Ud over at påpege, at der manglede forklaringer til scoringer, gjorde en af lægerne opmærksom på, at resultaterne fra de anvendte test angiver en laboratorieagtig situation langt fra virkeligheden – de siger ikke noget om patientens funktionsniveau i deres hverdag.

## **13.8 Konklusion**

På baggrund af de udførte fokusgruppeinterviews og den efterfølgende analyse kan der konkluderes følgende:

Data fra interviewene kan ikke sammenlignes som en før/efter måling, men kan vise status og tendenser hos de udvalgte grupper af informanter henholdsvis før og efter implementering af ICF som referenceramme og klassifikationsredskab. Disse tendenser kan desuden være hypotesegenererede ift nye projekter.

Det er lykkedes at opfylde 1. delmål: Man har fået en mængde information om, hvilke patientoplysninger der modtages, bliver indsamlet og videregivet samt ønskes modtaget, indsamlet og videregivet.

Derimod kan 2. delmål ikke opfyldes. På grund af manglende implementering af ICF i projektperioden er det ikke muligt at afgøre, om ICF kan medvirke til, at de indsamlede data og videregivne data bliver mere og bedre strukturerede samt mere komplette og helhedsorienterede.

Således er vi på baggrund af de foretagne analyser heller ikke i stand til at udtale os positivt om de mere specifikke spørgsmål stillet i indledningen til kapitel 13.

- Vi kan ikke med sikkerhed sige, om patienterne med ICF oplever en bedre sammenhæng i forløbet og en større tilfredshed, i forhold til de data der indsamles og videregives i de forskellige led i behandlerkæden
- Vi må erkende, at der i dette projekt ikke er nævneværdig forskel på de professionelles praksis før og efter implementering af ICF
- Vi kan ikke afgøre, om ICF kan medvirke til, at de indsamlede og videregivne data bliver mere og bedre strukturerede, mere komplette og helhedsorienterede.

## **14. Samlet Diskussion**

I diskussionen uddrages de væsentligste fordele og kritisk punkter fra hhv. teknologi og brugerperspektivet, som er fremkommet ved anvendelsen af ICF i praksis i dette projekt. Dette sammenholdes med synspunkter fremkommet under litteraturgennemgangen.

## Anvendelse

Kan Core Set for patienter med Low Back Pain anvendes i praksis?

En tværfaglig gruppe fra de i projektet involverede afdelinger besluttede, at det udarbejde Core Set for patienter med Low Back Pain, Brief version, med få tilføjelser kunne anvendes i projektet. Faggrupperne scorede patienterne enten sammen eller monofagligt. Under forløbet viste det sig, at items ikke alle var lige letforståelige og blev tolket forskelligt af faggrupperne. Dette medførte diskussioner, hvor det blev besluttet at tilføje hjælpetester for at ensrette scoringer så meget som muligt.

*I litteraturen* er ikke nævnt lignede problematikker, hvor der indgår forskellige faggrupper, men monofagligt er der tilsvarende forskellig tolkning indenfor enkelte komponenter samt gradienter.

Aktivitet og deltagelse er de to komponenter, der har udløst størst diskussion.

I dette projekt er valgt at definere aktivitet som den enkeltes faktuelle udførelse af en funktion (det fysiske at udføre), hvorimod deltagelse er den enkeltes intention om at gøre det (det psykiske element at involvere sig).

I dette projekt har man under den fælles domæneliste under aktivitet og deltagelse, valgt at medtage domænerne 2, 4, 5, 6 under aktivitet og 7 og 8 under deltagelse, som anbefalet i ICF Core Set for patienter med Low Back Pain. Denne opdeling fandt man begrænsende i forbindelse med scoringer og anbefaler i fremtidigt arbejde, at alle domæner medtages under såvel aktivitet som deltagelse.

*I litteraturen* er beskrevet vanskeligheder med at trække klare skel mellem aktivitet og deltagelse, et skel der også vil variere afhængig af blandt andet profession, teoretisk forståelse og kulturel tilhørsforhold. Aktivitetsdimensionen er beskrevet til at indeholde en blanding af basale aktiviteter (at stå, at gribe) og sammensatte aktiviteter (påklædning, indkøb).

Ligeledes er der udtrykt vanskeligheder med, at aktivitet og deltagelse i ICF har fælles domæneliste, hvilket betyder, at man frit kan afgøre hvilke domæner, der skal medtages under hhv. aktivitet og deltagelse, betragte dem som fælles, eller medtage dem alle både under aktivitet og under deltagelse. Dette giver en mulighed for fleksibilitet men vanskeliggør sammenligneligheden med andre studier. Et andet studie anbefalede derimod, at aktivitet og deltagelse slås sammen for at udvide aktivitetsbegrebet.

Gradienter under komponenterne aktivitet og deltagelse skabte også diskussioner i form af tolkning og anvendelse af 1., 2. og 3. gradient.

Tidligt i forløbet viste det sig, at det ikke gav mening at medtage 2. gradient "kapacitet uden assistance". For det første skal det defineres, hvad der forstås ved assistance, er det en bred tilgang til begrebet fra opmærksomhed, samtale til et hjælpemiddel som briller eller kørestol? Hvis det tolkes som et hjælpemiddel, giver det ikke mening at vurdere begrænsninger uden denne hjælp. Man vælger således kun at medtage 1. gradient, der i originalversionen defineres som "udførelse", men i projektet er valgt defineret som "personens subjektive oplevelse af sin funktionsnedsættelse i sine daglige omgivelser" og 3. gradient, der i originalen defineres som "Kapacitet med assistance", men i projektet er valgt defineret som "personens funktion i test-situationen", således den observerede begrænsning.

*I litteraturen* er gradienter ligeledes diskuteret. Gabet mellem udførelse (hvad personen kan i sine vante omgivelser) og kapacitet (hvad personen kan i standardiserede omgivelser) er i rehabiliteringsperspektiv af stor betydning, idet man i gabet kan se, hvad der kan gøres/ændres for personen og personens omgivelsesfaktorer. Så følger diskussionen, hvad er vante omgivelser!

*Også i litteraturen* belyses problematikken omkring 2. gradient, hvor man foreslår en tillægs-kode, som adskiller personlig/ikke personlig assistance. "Uden assistance" er personens sande evne, der ikke forbedres af et hjælpemiddel eller personlig assistance og defineres som den højst mulige grad af funktionsevne, som en person kan nå indenfor et givent domæne, på et givent tidspunkt. Udførelse er en subjektiv vurdering, hvori indgår vilje og værdinormer, men kapacitet er en objektiv vurdering.

Skalaområderne i gradienter fra 0 – 4 er fundet vanskelig at anvende, hvorfor der i et enkelt studie er foreslået at reducere antal gradientniveauer til tre, mens flere studier i stedet har anvendt dikotom måling.

### **Resultater**

Efter implementering af ICF på Center for Sundhed og Træning, Århus kan der ikke spores en tydelig effekt af anvendeligheden. Det er en omfattende ændring at implementere ICF, og det tager tid, hvilket sandsynligvis er en af årsagerne til den sparsomme udvikling.

Hypoteser til hvorfor ICF ikke har haft en større effekt kan være: Utilstrækkelig anvendelsesorienteret undervisning og inddragelse af personale samt ressourcemangel.

*I litteraturen* har såvel sygeplejersker som ergoterapeuter fundet ICF anvendelig i deres daglige arbejde, men her er det kun belyst fra én specifik faggruppe, hvilket muligvis influerer på anvendeligheden.

Endvidere har det i anvendelse af ICF været vanskeligt at inddrage patienterne mere i målsætningen.

*I litteraturen* har man ved inddragelse af patienterne i forbindelse med rehabiliteringskonference bl.a. opnået et bedre kendskab til patientens målsætning.

Under fokusgruppeinterview fremkom kritik om oplysningsniveauet af de anvendte tests, funktionscore, som ikke skønnes at sige noget om patientens funktionsniveau i det daglige.

Dette stemmer meget godt overens med de forslag, som rejses i teknologiafsnittet om udarbejdelse af en model, der, visualiseret ved en trekant, markerer funktionsniveauet på hhv. krop, aktivitet og deltagelse.

*I litteraturen* er beskrevet, at ICF er omfattende og uoverskueligt og meget lidt præcist til at angive funktionsevne.

Ligeledes under fokusgruppeinterviewene blev udtrykt, at patientens personlighed og psyke spiller en stor rolle, hvorfor det er vigtigt at indsamle disse data. Da disse endnu ikke er klassificeret i ICF, må de medtages som supplerende oplysninger ved en status beskrivelse.

*I litteraturen* er denne problematik også nævnt i flere studier.

### **Validitet**

I projektet er validiteten belyst ved hhv. overensstemmelse mellem scoring i ICF og de selvudfyldte spørgeskemaer, og overensstemmelse mellem ændring i scoring fra 1. til 2. test på Center for Sundhed og Træning, Århus sammenholdt med ændringer i selvudfyldte spørgeskemaer.

Data viser, at oplysninger indhentet ved scoring af fagpersoner er i overensstemmelse med oplysninger fra selvudfyldte spørgeskemaer. Et resultat der rejser spørgsmålet, om selvudfyldte spørgeskemaer helt eller delvis kan erstatte oplysninger, indhentet ved interview og således direkte overføres til ICF score.

Ligeledes viser data, at der er overensstemmelse mellem ændring i ICF score for udvalgte items, men samtidig at scoren er grov og således vanskelig at anvende til registrering af ændringer i funktionsbegrænsningerne.

*I litteraturen* har det ikke været muligt at finde studier, der som i projektet sammenholder selvudfyldte spørgeskemaer med fagpersoners ICF scoring.

*Litteraturen* behandler studier, hvor det belyses, om items anvendt i forskellige spørgeskemaer var sammenlignelige med items i ICF Core Set, ud fra "sammenligningsreglerne". Kun i ganske få tilfælde er fundet spørgeskemaer, hvor alle begreber fra hvert spørgeskema kan sammenlignes med ICF Core Set, fx er alle SF-12 items sammenlignelige med items i ICF-generiske Core Set.

Omvendt viser andre studier, at det ikke er alle items i ICF Core Set, der kan sammenlignes med items i et enkelt anerkendt spørgeskema.

For at dække alle items i et ICF Core Set er det således nødvendigt at anvende flere spørgeskemaer, og her må man så udvælge skemaer, der supplerer og ikke overlapper.

Man kan også vende problematikken og få fagprofessionelle til at definere helbredsbegreber for udvalgte tilstande og efterfølgende sammenholde dem med ICF items evt. i et Core Set.

Hermed er det muligt at vurdere om Core Set er dækkende for de begreber, som eksperter har udvalgt og vurderet som vigtige indenfor en specifik tilstand. Dette kunne anvendes i en udvikling af de allerede udarbejdede Core Set. Ligeledes har man i studier bedt patienter beskrive hvilke aspekter indenfor deres helbredstilstand, de vurderer, der er væsentlige at medtage i udvikling af et eksisterende Core Set.

### **Reliabilitet**

Der er i dette projekt ikke foretaget inter-reliabilitet på de forskellige fagpersoners scoringer. Under processen viste den forskellige opfattelse af begreber i ICF, at reliabilitetsmålinger nok ville have været en god idé for at vurdere en evt. forskel i vurdering i graden af funktionsevnenedsættelse, således om der scores forskelligt.

*I litteraturen* er kun fundet få studier, der medtager reliabilitet. I et studie er reliabilitet anvendt ved kategorisering af anvendte klassifikationer til ICF koder og i et andet har 2 forskellige faggrupper uafhængigt af hinanden scoret den samme patient på baggrund af indlæggelsesinterview.

## **15. Samlet konklusion og perspektivering**

Formålet med aktuelle projekt var at undersøge om ICF kan anvendes som kommunikations- og kvalitetssikringsredskab i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

ICF er et generisk redskab, som ideelt omfatter en beskrivelse af alle facetter af det enkelte individs funktion. Anvendes redskabet i sin helhed, bliver det imidlertid alt for omfattende og uoverskueligt og derved ubrugeligt i daglig praksis. Anvendes det derimod målrettet og specificeret til en udvalgt gruppe i en given kontekst, har det mange kvaliteter, men erfaringen fra aktuelle projekt viser, at daglig brug kræver omhyggelig udvælgelse af såvel domæner som niveauer for informationernes detaljeringsgrad. På baggrund af de erfaringer, der er opnået igennem den praktiske håndtering af ICF-Core Set for Low Back Pain, foreslås ændringer til fremtidig brug af ICF, hvis det skal anvendes i et diagnostisk afklarende forløb eller i forbindelse med intervention som eksempelvis et rehabiliteringsprogram eller arbejdspladsfastholdelsesinitiativ.

I aktuelle projekt er der taget udgangspunkt i det af Stucki og collegers omfattende arbejde, hvor der på baggrund af eksperters udsagn er valgt bestemte domæner til beskrivelse af den enkeltes funktion. Domænerne, der indgår i det her anvendte Core Set, er fokuseret på gruppen af patienter med kronisk lænderygbesvær. Denne gruppe patienter har ofte mange andre problemstillinger, der følger med det at have kroniske smerter eksempelvis depression. Afhængigt af hvilke tilbud en given behandling rummer kan det blive aktuelt helt eller delvist at inddrage informationer, der indgår i andre Core Sets. Hvilke domæner og i hvilket omfang disse skal inddrages bør bero på løbende evaluering herunder vurdering i forhold til andre måleparametre.

Rammen for beskrivelse af den enkelte fremstår anvendelig i daglig praksis, men er hensigten at inddrage den faktuelle scoring af funktionsevnededsættelse, kræver det, at oplysningerne kan sammenstilles på en overskuelig måde med det formål at iværksætte en målrettet og målbar intervention. Her foreslås en model, der kan sammenfatte oplysningerne om anatomi, aktivitet og deltagelse. Modellen planlægges afprøvet som en teoretisk model og efterfølgende i en ny kohorte af patienter med lænderygsmærter, der tilbydes diagnostisk afklaring og behandling.

Af de afholdte fokusgruppe-interviews fremgår klart, at rammen er tilfredsstillende, og at den omfatter de ønsker, de implicerede parter har vedrørende beskrivelse af den enkeltes funktionsbegrænsning. Samtidigt opleves at omfanget af informationer er stort, men at den uoverskuelighed, der derved kunne opstå, opvejes af den systematiske struktur, som informationerne er organiseret i.

Samarbejde mellem sundhedsprofessionelle, beslutningstagere og befolkningen kræver, at der etableres et fælles sprog for at fremme kommunikationen parterne imellem. Implementering af ICF som konkret arbejdsredskab vil dog kræve et betydeligt udviklingsarbejde. Med baggrund i de overvejelser projektgruppen har gjort vedrørende terminologien i den danske udgave af ICF, vil vi som det første foreslå følgende klarificering af begreberne aktivitet, deltagelse og assistance:

#### Aktivitet og deltagelse:

Der skal ved scoring skelnes klart mellem aktivitet, defineret som en persons udførelse af en opgave eller handling og deltagelse, defineret ved involvering i dagliglivet. Følgende værdiladning foreslås anvendt: aktivitet som det *fysiske at udføre*, og deltagelsen som det *psykiske element at involvere sig*.

I komponenterne aktivitet og deltagelse vil divergens mellem 1. og 3. gradient kunne læses, som en patient udfører mere, end denne har kapacitet til, når kræfterne ligeledes skal disponeres, om en kapacitet ikke udnyttes eller om der er god sammenhæng mellem patientens egen oplevelse af funktionsevne og den målte eller observerede kapacitet.

Med det formål at kunne adskille en oftest multifaktoriel problemstilling og dermed, efter behov, at score domænerne som enten aktivitet eller deltagelse, eller som begge foreslås at aktivitet og deltagelse adskilles helt, således alle 8 kapitler er fuldt overlappende og alle domæner kan scores i såvel koden a som p. Når samme domæne optræder både under aktivitet og deltagelse skabes muligheden for at tydeliggøres, hvorvidt et problem har sit udspring i evnen til at udføre eller involvere sig i et område.

Med opdelingen af aktivitet og deltagelse skabes et redskab, der giver mulighed for at dokumentere funktionsevnen i både aktivitet og deltagelse, ud fra såvel patientens eget perspektiv i 1. gradient som den vurderede kapacitet i 3. gradient.

Gennem brugen af denne praksis anerkendes væsensforskellen i aktivitet og deltagelse. Dette vil understøtte vores kliniske erfaring med, at en funktionsnedsættelse i involvering og funktionsevne i udførelsen har stor gensidig påvirkning og dermed afgørende betydning for tilgangen til patienten. Derved tydeliggøres den kliniske hverdag og sikrer fælles tilgang.

Såvel manglende deltagelse som overinvolvering skal kodes med funktionsnedsættelse således, at det er konsekvensen i begrænsningen for personens funktionsevne, der bliver tydeliggjort.

#### Assistance:

Under aktivitet og deltagelse er forskellen mellem 2. og 3. gradient grad af assistance. Assistance findes i litteraturen kun defineret med: den hjælp en person får f.eks. hjælpemidler eller boligændringer.

Kun få rygpatienter anvender faktuelle hjælpemidler, hvorimod mange gør brug af viden, fysiks tilegnede færdigheder eller copingstrategier, som de ikke kan tage til eller fra i en given situation, hvor de skal scores. På den baggrund giver det ikke mening at score 2. gradient for aktivitet og deltagelse i en situation, hvor assistancen består af fysisk træning, sygdomsforståelse, ergonomiske viden, smertetackling, mestring m.m., derimod giver det mening at sammenligne forskellen mellem scoring af 1. og 3. gradient før og efter intervention.

3. gradient foreslås beskrevet på baggrund af standardiserede tests, hvorfor ikke alle domæner kan beskrives ved 3. gradient i alle situationer. Kompletheden af scoringer må afhænge af målet med beskrivelsen og derved justeres fra situation til situation.

Skal ICF indpasses i den daglige klinik, skal systemet indgå som en naturlig del af EPJ, og scoringerne skal indtastes direkte, så resultatet løbende kan rapporteres mht. intervention.

Implementeres ICF ikke i denne kontekst, vil der opstå konflikt mellem systemerne, og ICF risikerer at drukne i sin mangfoldighed. Lykkes det at etablere et funktionelt IT-medie til kommunikation, vil hver enkelt person, der har kontakt til flere forskellige afdelinger og sektorer, kunne beskrives løbende ved symptomer og disses betydning for det aktuelle funktionsniveau. I forbindelse med henvisning fra egen læge kan indgå oplysninger om tidligere forløb, sociale forhold og erhvervsmæssige forhold, der kan suppleres med oplysninger fra sagsbehandler, hvis der er etableret kontakt. Ved undersøgelsen og testning kan beskrivelsen af symptomerne udbygges og danne udgangspunkt for fortsat behandlingstilbud og vurdering af behov for intervention på arbejdspladsen eller i hjemmet. Mange af de oplysninger, der efterlyses, kan den enkelte selv rapportere og derved tage ansvar for grundlaget for det videre forløb.

Et sådan scenarium kan forekomme urealistisk og langt ude i fremtiden, hvilket aktuelle projekt også har bekræftet, at det er. Implementering af ICF som referenceramme vil kræve afstemning og tilpasning af nuværende systemer. Udgangspunktet for at kunne gennemføre en sådan implementering er helt essentielt – at der er et fælles ønske om at anvende ICF som fælles referenceramme ellers nås målet aldrig. Er udgangspunktet, at ICF er fælles mål, så vil man kunne anvende nærværende rapport i planlægningen.

Planlægningen kan som næste etape med fordel fokusere på følgende områder:

1. *IT-brugerflade, der er dynamisk og som kan anvendes på tværs af sektorer.* I aktuelle projekt er afprøvet stamdatabase til rapportering af scoring iflg. ICF. Databasen kan anvendes til indrapportering, men der forestår et udviklingsarbejde vedrørende rapportering, der kan anvendes til beskrivelse af den enkeltes funktionsniveau.
2. *Selvrapporteret information, som del af den samlede rapport.* I aktuelle projekt er vist, at der for udvalgte områder er overensstemmelse mellem selvrapporteret funktion og scoring iflg. ICF, men der er ikke enslydende rapportering og direkte brug af selvudfyldte spørgeskemaer, som de her anvendte til udfyldelse af ICF, er ikke umiddelbart mulig.
3. *Justering af de internationalt foreslåede Core Sets for udvalgte diagnosegrupper afhængigt af i hvilken sammenhæng informationerne skal indgå som deskriptive såvel som prognostiske mål.* I aktuelle projekt er der taget udgangspunkt i det foreslåede Core Set for patienter med kroniske lænderygsmærter. De informationer, der indgår, fremstår dækkende - men omfattende. Der har i forløbet vist sig en del ulogiske scoringer, som foreslås ændret og afprøvet i fornyet kohorte af patienter, der indgår i diagnostiske og behandlingsmæssige forløb, hvor der ønskes omfattende status for den enkelte.

ICF er som udgangspunkt et generisk redskab, hvilket alle opfordres til at have som udgangspunkt i fremtidig udvikling af ICF, ellers vil målet for brug af ICF som kommunikations- og kvalitetssikringsredskab i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde ikke blive opfyldt.

Tabel 4 – Fokusgruppeinterview Personale på Jobcenter Syd

## 16. Referenceliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Evaluering af udviklingen på rygområdet i Danmark 1999-2004. 2006.  
Ref Type: Generic
- (2) Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jackel W, van der Linden S et al. ICF core sets for low back pain. J Rehabil Med 2004; 36:69-74.
- (3) WHO. ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health. 2001.  
Ref Type: Generic
- (4) Schiøler G, Dahl T. ICF-International klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevne-nedsættelse og Helbredstilstand. 2003.  
Ref Type: Generic
- (5) Sundhedsstyrelsen. ICF-Den danske vejledning og eksempler fra praksis. 2005.  
Ref Type: Generic
- (6) Ondt i ryggen : forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. København K.: Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, 1999.
- (7) Bruyere SM, Peterson DB. Introduction to the special section on the international classification of functioning, disability and health: Implications for rehabilitation psychology. Rehabilitation Psychology 2005; 50(2):103-104.
- (8) Dahl TH. International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. J Rehabil Med 2002; 34(5):201-204.
- (9) The ICF Checklist: Development and Application. 2006.
- (10) WHO. WHODAS II. 2003.  
Ref Type: Internet Communication
- (11) Stucki G. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a promising framework and classification for rehabilitation medicine. Am J Phys Med Rehabil 2005; 84(10):733-740.
- (12) Cieza A, Ewert T, Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. J Rehabil Med 2004; 36:9-11.
- (13) Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. Disability and Rehabilitation 2002; 24(17):932-938.
- (14) Reed GM, Lux JB, Bufka BF, Trask C, Peterson DB, Stark S et al. Operationalizing the International Classification of Functioning, Disability and Health in Clinical Settings. Rehabilitation Psychology 2005; 50(2):122-131.
- (15) Stucki G, Ewert T. How to assess the impact of arthritis on the individual patient: the WHO ICF. Ann Rheum Dis 2005; 64(5):664-668.
- (16) Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. Disabil Rehabil 2003; 25(11-12):565-571.

- (17) Schneidert M, Hurst R, Miller J, Ustun B. The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil* 2003; 25(11-12):588-595.
- (18) Chapireau F. The Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2005; 18:305-311.
- (19) Kjekken I. ICF - rammeverk i rehabilitering. *Ergoterapeuten (Norsk)* 46[2], 16-23. 2003.  
Ref Type: Magazine Article
- (20) Lillemo S, Kjekken I. Trenger vi ICF i vår daglige virksomhet? *Ergoterapeuten (Norsk)* [8]. 2005.  
Ref Type: Magazine Article
- (21) Grimby G, Harms-Ringdahl K, Morgell R, Nordenskiöld U, Sunnerhagen KS. ICF - klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd. Ett internationellt utvecklingsarbete. *Lakartidningen* 2005; 102(37):2556-2559.
- (22) Bruyere SM, Van Looy SA, Peterson DB. The international classification of functioning, disability and health: Contemporary literature overview. *Rehabilitation Psychology* 2005; 50(2):113-121.
- (23) Achterberg TV, Holleman G, heijnen-Kaales Y. Using a multidisciplinary classification in nursing: the international Classification of functioning disability and health. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 49:432.
- (24) Heinen MM, van Achterberg T, Roodbol G, Frederiks CM. Applying ICF in nursing practice: classifying elements of nursing diagnoses. *Int Nurs Rev* 2005; 52(4):304-312.
- (25) Hemmingsson H, Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health--some critical remarks. *Am J Occup Ther* 2005; 59(5):569-576.
- (26) Nordenfelt L. Aktivitet, delaktighet och ICF. *Socialmedicinsk tidsskrift* [6], 515-519. 2002.  
Ref Type: Magazine Article
- (27) Rentsch HP, Bucher P, Dommen N, I, Wolf C, Hefti H, Fluri E et al. The implementation of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disabil Rehabil* 2003; 25(8):411-421.
- (28) Cieza A, Stucki G, Weigl M, Kullmann L, Stoll T, Kamen L et al. ICF Core Sets for chronic widespread pain. *J Rehabil Med* 2004;(44 Suppl):63-68.
- (29) Schult M-L, Ekholm J. Agreement of a work-capacity assessment with the World Health Organisation International Classification of Functioning, Disability and Health pain sets and back-to-work predictors. *International Journal of Rehabilitation Research* 2006; 29(3):183-193.
- (30) Wormgoor MEA, Indahl A, van Tulder MW, Kemper HCG. Functioning description according to the ICF model in chronic back pain: Disablement appears even more complex with decreasing symptom-specificity. *J Rehabil Med* 2006; 38(2):93-99.
- (31) Kuijjer W, Brouwer S, Preuper HR, Groothoff JW, Geertzen JH, Dijkstra PU. Work status and chronic low back pain: exploring the international classification of functioning, disability and health. *Disabil Rehabil* 2006; 28(6):379-388.

Tabel 4 – Fokusgruppintervju Personale på Jobcenter Syd

- (32) Grill E, Ewert T, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* 2005; 27(7-8):361-366.
- (33) Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. *BMC Med Res Methodol* 2006; 6:36.
- (34) Grill E, Stucki G, Boldt C, Joisten S, Swoboda W. Identification of relevant ICF categories by geriatric patients in an early post-acute rehabilitation facility. *Disabil Rehabil* 2005; 27(7-8):467-473.
- (35) Zochling J, Grill E, Scheuringer M, Liman W, Stucki G, Braun J. Identification of health problems in patients with acute inflammatory arthritis, using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Clin Exp Rheumatol* 2006; 24(3):239-246.
- (36) Bergström A. Patientperspektiv med hjälp av ICF. Hur vet vi om rehabilitering haft god effekt? Ved är det vi mäter? *Svensk rehabilitering* [4], 34-36. 2004.  
Ref Type: Magazine Article
- (37) Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med* 2002; 34(5):205-210.
- (38) Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 2005; 37(4):212-218.
- (39) Brockow T, Cieza A, Kuhlow H, Sigl T, Franke T, Harder M et al. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on musculoskeletal disorders and chronic widespread pain using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. *J Rehabil Med* 2004;(44 Suppl):30-36.
- (40) Sigl T, Cieza A, Brockow T, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Content comparison of low back pain-specific measures based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Clin J Pain* 2006; 22(2):147-153.
- (41) Ewert T, Fuessl M, Cieza A, Andersen C, Chatterji S, Kostanjsek N et al. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *J Rehabil Med* 2004;(44 Suppl):22-29.
- (42) Weigl M, Cieza A, Kostanjsek N, Kirschneck M, Stucki G. The ICF comprehensively covers the spectrum of health problems encountered by health professionals in patients with musculoskeletal conditions. *Rheumatology (Oxford)* 2006.
- (43) Cieza A, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Quality of Life Research* 2005; 14(5):1225-1237.
- (44) Stucki G, Cieza A. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for rheumatoid arthritis: a way to specify functioning. *Ann Rheum Dis* 2004; 63 Suppl 2:ii40-ii45.
- (45) Grimby G. ICF som utgångspunkt för rehabilitering. *Socialmedicinsk tidsskrift* 2002; 6:499-503.

- (46) Grill E, Stucki G, Scheuringer M, Melvin J. Validation of International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Sets for early postacute rehabilitation facilities: Comparisons with three other functional measures. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 85(8):640-649.
- (47) Holen EM. ADL-instrumenter og ICF, finnes det likheter? *Ergoterapeuten (Norsk)* 2006;(5):46-53.
- (48) Mayo NE, Poissant L, Ahmed S, Finch L, Higgins J, Salbach NM et al. Incorporating the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) into an electronic health record to create indicators of function: proof of concept using the SF-12. *J Am Med Inform Assoc* 2004; 11(6):514-522.
- (49) Bales ME, Kukafka R, Burkhardt A, Friedman C. Qualitative assessment of the International Classification of Functioning, Disability, and Health with respect to the desiderata for controlled medical vocabularies. *Int J Med Inform* 2005.
- (50) Grill E, Quittan M, Huber EO, Boldt C, Stucki G. Identification of relevant ICF categories by health professionals in the acute hospital. *Disabil Rehabil* 2005; 27(7-8):437-445.
- (51) Stamm TA, Cieza A, Coenen M, Machold KP, Nell VP, Smolen JS et al. Validating the International Classification of Functioning, Disability and Health Comprehensive Core Set for Rheumatoid Arthritis from the patient perspective: a qualitative study. *Arthritis Rheum* 2005; 53(3):431-439.
- (52) Xie F, Thumboo J, Fong KY, Lo NN, Yeo SJ, Yang KY et al. Are They Relevant? A Critical Evaluation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for Osteoarthritis from the Perspective of Patients with Knee Osteoarthritis in Singapore. *Ann Rheum Dis* 2006; 65:1067-1073.
- (53) Okochi J, Utsunomiya S, Takahashi T. Health measurement using the ICF: test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3:46.
- (54) Uhlig T, Lillemo S, Moe RH, Stamm T, Cieza A, Boonen A et al. Reliability of the ICF core set for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2007.
- (55) Ferraz MB, Quresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1990; 17(8):1022-1024.
- (56) Jensen MP, Karoly P, O'Riordan EF, Bland F, Jr., Burns RS. The subjective experience of acute pain. An assessment of the utility of 10 indices. *Clin J Pain* 1989; 5(2):153-159.
- (57) Von Korff M, Jensen MP, Karoly P. Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research. *Spine* 2000; 25(24):3140-3151.
- (58) Bombardier C. Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorders: summary and general recommendations. *Spine* 2000; 25(24):3100-3103.
- (59) Leclaire R, Blier F, Fortin L, Proulx R. A cross-sectional study comparing the Oswestry and Roland-Morris Functional Disability scales in two populations of patients with low back pain of different levels of severity. *Spine* 1997; 22(1):68-71.
- (60) Stratford PW, Binkley J, Solomon P, Gill C, Finch E. Assessing change over time in patients with low back pain. *Phys Ther* 1994; 74(6):528-533.

**Tabel 4 – Fokusgruppeinterview Personale på Jobcenter Syd**

- (61) Albert HB, Jensen AM, Dahl D, Rasmussen MN. [Criteria validation of the Roland Morris questionnaire. A Danish translation of the international scale for the assessment of functional level in patients with low back pain and sciatica]. *Ugeskr Læger* 2003; 165(18):1875-1880.
- (62) Keller SD, Bayliss MS, Ware JE, Jr., Hsu MA, Damiano AM, Goss TF. Comparison of responses to SF-36 Health Survey questions with one-week and four-week recall periods. *Health Serv Res* 1997; 32(3):367-384.
- (63) Kvale S. Interview. en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Kbh.: Hans Reitzel, 2004.
- (64) Olsen H. Kvalitative kvaler. kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet. [Kbh.]: Akademisk, 2002.
- (65) Dehlholm-Lambertsen B, Maunsbach M. Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning. fem artikler fra *Nordisk medicin* 1997. 1. udgave ed. Århus: Forskningsenheden for Almen Medicin, 1999.
- (66) Gut R, Grothen I, Freil M. Kvalitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger - hvad kan de bruges til, og hvordan gribes det an? Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt. 2004.  
Ref Type: Report
- (67) Halkier B. Fokusgrupper. 1. udgave ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur, 2003.