

# ICF baseret redskab til beskrivelse af den samlede helbredstilstand og rehabiliteringsbehov hos patienter og borgere med kronisk sygdom

## NOTAT



**Titel – ICF baseret redskab til beskrivelse af den samlede helbredstilstand og rehabiliteringsbehov hos patienter og borgere med kronisk sygdom**

©CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling, Region Midtjylland, 2014

Emneord: ICF, kronisk sygdom, rehabilitering

Versionsdato: 1. marts 2014

Layout og korrektur: Inger Hornbech

Notat er sat med: Verdana

ISBN: 978-87996678-4-0 (pdf/elektronisk version)

Dette notat citeres:

Melchiorsen H, Maribo T, Terkelsen S, Jürgensen BB. ICF baseret redskab til beskrivelse af den samlede helbredstilstand og rehabiliteringsbehov hos patienter og borgere med kronisk sygdom.

Notatet kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Hanne Melchiorsen

MarselisborgCentret, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Email: [Hanne.Melchiorsen@stab.rm.dk](mailto:Hanne.Melchiorsen@stab.rm.dk)

Eller

Susanne Terkelsen

Esbjerg Sundhedscenter

Email: [suter@esbjergkommune.dk](mailto:suter@esbjergkommune.dk)

Notatet kan downloades via:

<http://www.marselisborgcentret.dk/> - se under publikationer

## Baggrund

I Danmark er der et stadigt stigende antal borgere med en eller flere kroniske sygdomme, bl.a. som følge af bedre levevilkår og behandlingsmuligheder. Omkring hver tredje dansker har en eller flere kroniske sygdomme (1,2).

Kronisk sygdom er bl.a. karakteriseret ved følgende:

- Tilstanden er vedvarende og fører ubehandlet til dårligere livskvalitet og/eller tidligere død. Jo tidligere sygdommen opspores, jo større muligheder er der for at bedre prognosen og forebygge forværring (proaktiv indsats).
- Sygdommen har blivende følger. Der er behov for langvarig behandling eller pleje, og der er ofte behov for rehabilitering (3).

Behandling og rehabilitering foregår både indenfor sekundær- og primærsektoren, hvilket kræver et koordinerende samarbejde på tværs af såvel fagområder som sektorer. Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse taget initiativ til at udarbejde en række forløbsprogrammer for patienter med specifikke kroniske diagnoser fx diabetes, KOL, hjertekarsygdomme, muskelskelet sygdom. Forløbsprogrammerne er udarbejdet og påbegyndt implementeret i perioden 2009-12, dog er enkelte forløbsprogrammer påbegyndt tidligere.

Et forløbsprogram er i den generiske model for forløbsprogrammer (disease management program) defineret som "den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter." (4).

Formålet med forløbsprogrammerne er gennem en faglig og organisatorisk ramme for de tværsektorielle, komplekse og langvarige forløb at sikre: Høj kvalitet af den samlede indsats, patientinddragelse, sammenhængende patientforløb og hensigtsmæssig ressourceudnyttelse (1).

Som det fremgår af forløbsprogrammerne, har den kommunale sektor en stor opgave i hele det patientrettede behandlings- og rehabiliteringsforløb, og tilbud til kronisk syge er en fast del af kommunernes sundhedsindsats. I rapporten "Det nære Sundhedsvæsen" er opstillet en række anbefalinger, hvoraf fremhæves punkter med speciel relevans for netop dette projekt:

- At Sundhedsstyrelsen udvikler en model for kommunal rehabilitering på tværs af diagnoser. Dvs. et generisk rehabiliteringstilbud, der har fokus på borgerens hele livssituation, og støtter borgeren i et selvstændigt og meningsfuldt liv.
- At kommunerne skal have fokus på rehabilitering og prioritere indsatsen for kronisk syge på tværs af de kommunale velfærdsområder. Dvs. understøtter at indsatser udvikles på tværs af sundhedsområdet, ældreområdet, arbejdsmarkedsområdet mv. Samtidig er der behov for, at kommunerne i de eksisterende indsatser for kronisk syge generelt benytter rehabiliteringstankegangen, dvs. inkluderer fokus på beskæftigelse samt psykiske og sociale evner og muligheder (5).

Kommunerne er hovedaktører på rehabiliteringsområdet, idet ansvaret for ydelser og tilbud med et rehabiliterende sigte hovedsageligt er forankret i kommunerne. Som inspiration og støtte til den kommunale indsats har Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet i samarbejde udarbejdet en vejledning. Formålet med denne vejledning er at sikre samarbejde og koordination mellem fag- og forvaltningsområder, der har ansvar for, at der er kvalitet og sammenhæng i den enkelte

borgers forløb. Kommunerne har rammerne til at tilrettelægge et samlet rehabiliteringsforløb med tilbud og ydelser indenfor såvel sundheds-, social-, beskæftigelses- som undervisningsområdet (6).

Som supplement til den fælles vejledning er der udarbejdet et idékatalog i et samarbejde mellem Danske Regioner, KL samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Formålet med kataloget er at sætte fokus på en forbedret tværfaglig og tværsektoriel indsats for borgere med behov for rehabilitering ved at formidle gode eksempler på god praksis i organiseringen af rehabiliteringsindsatsen i regioner og kommuner (7).

Vigtige elementer i rehabilitering er: Afdækning af borgerens funktionsevne, inddragelse af og samarbejde med borgeren og de nærmeste pårørende, planlægning af den samlede indsats, herunder opstilling af fagligt velfunderede, realistiske og opnåelige mål for indsatsen, vurdering af hvilken tidsramme, der er nødvendig til opnåelse af de opstillede mål, relevante indsatser af høj faglig kvalitet, tværfagligt samarbejde og koordinering af forløbet, så de relevante forskellige faglige instanser iværksættes på det rigtige tidspunkt og i den rigtige rækkefølge, og endelig løbende opfølgning på forløb herunder evt. evaluering (6).

En forudsætning for at kunne tilbyde og igangsætte et individuelt og helhedsorienteret rehabiliteringsforløb er at afdække patientens funktionsevne og rehabiliteringsbehov. Funktionsevnen betragtes ikke isoleret men skal ses i den kontekst, dvs. de omgivelser den enkelte lever og agerer i.

I dette projekt er valgt at tage udgangspunkt i International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF), der er udarbejdet af WHO. ICF arbejder ud fra en bio-psyko-social forståelse af sundhed og funktionsevne (8,9). Yderligere vil man ved anvendelse af ICF som referenceramme bruge samme terminologi og arbejde med en ensartet systematik, hvilket er en fordel, når flere faggrupper og sektorer er involveret.

Esbjerg Kommune (EK) tog i 2011 initiativ til udarbejdelse af "Guide til startsamtale med mennesker med kronisk sygdom" (10). Guiden og den tilhørende klassifikationsmodel er udarbejdet på baggrund af et antal publicerede ICF Core Set (et afgrænset antal ICF kategorier) og anvendt til startsamtale med patienter/borgere med kroniske sygdomme. Guiden har mødt stor national interesse med et ønske om at udbrede anvendelsen til en større og bredere målgruppe. I den forbindelse har EK taget initiativ til at indgå et samarbejde med MarselisborgCentret (MC) om en forskningsbaseret opkvalificering af det eksisterende ICF redskab.

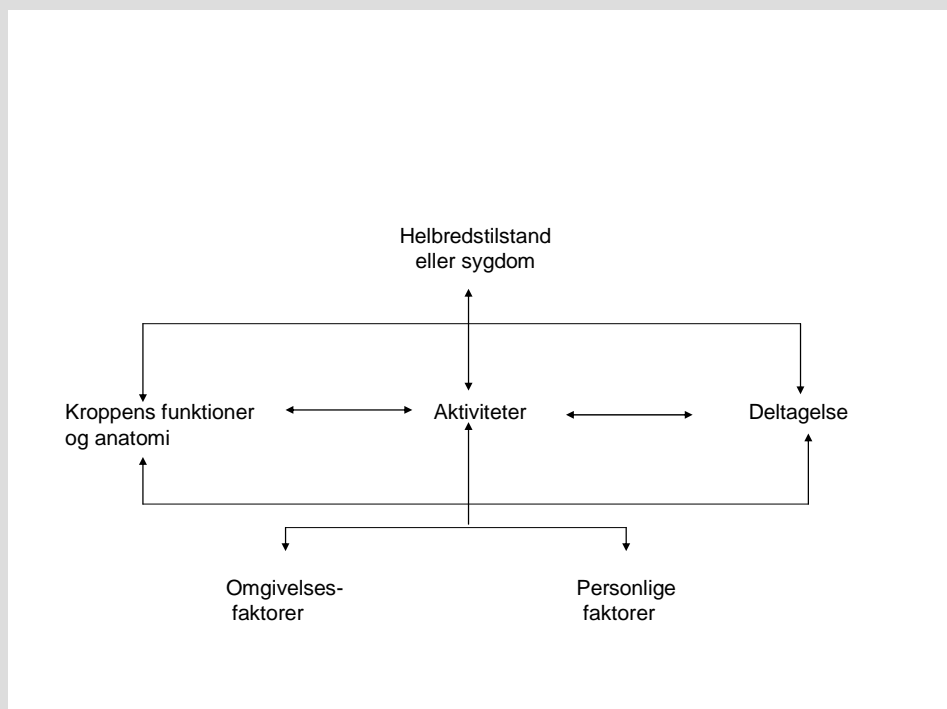
### ***Fakta om rehabilitering***

#### **Rehabilitering defineres på følgende måde:**

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. (11)

## Fakta om ICF

ICF blev godkendt af WHO i 2001 som klassifikationssystem til international anvendelse (8). International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand er den danske udgave af ICF, udgivet i 2003 (9). Det overordnede sigte med ICF er at tilbyde et fælles og standardiseret sprog og en tilsvarende begrebsramme til beskrivelse af helbred og dermed forbundne tilstande. I 2011 udarbejdede MarselisborgCentret en dansk vejledning i brug af ICF med det formål at sikre en ensartet brug af klassifikationen på tværs af fag og sektorer til personer med funktionsevnenedsættelse (12).



ICF er en bio-psyko-social model med samspil mellem komponenterne. 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.

## Målgruppe

Målgruppen for det **udarbejdede redskab ICF Code Set**:

Primære målgruppe:

- Patienter med påvirket helbredstilstand, der har en eller flere kroniske sygdomme og er i kontakt med den kommunale rehabiliteringsinstans.

Sekundære målgruppe:

- Patienter med påvirket helbredstilstand, fx cancer, muskuloskeletale problemer, der er i kontakt med den kommunale rehabiliteringsinstans.

I dette projekt afgrænser vi afprøvningen af det ICF baserede redskab til den primære målgruppe. De ICF kategorier, der medtages til beskrivelse af funktionsevnen hos den primære målgruppe, forventes ligeledes at være dækkende hos den sekundære målgruppe. Hensigten er at udarbejde et ICF Code Set (et udvalgt antal ICF kategorier), der efterfølgende afprøves og opkvalificeres, således at det også kan omfatte den sekundære målgruppe.

## Formål

- At udvikle et tværfagligt ICF baseret redskab (Code Set) til afdækning af rehabiliteringsbehov, der indgår i beskrivelsen af den samlede helbredstilstand hos patienter/borgere med kroniske sygdomme, der er i kontakt med kommunal instans.

## Metode

1. Udarbejdelse af Comprehensive Code Set vha. Delphiteknikken.
2. Udarbejdelse af Brief Code Set vha. Delphiteknikken.
3. Pilotafprøve Brief Code Set på målgruppen i en udvalgt kommune.
4. Fokusgruppeinterview med fagpersoner der har deltaget i pilotafprøvningen af Brief Code Set.
5. Revidere Brief Code Set.

## Resultater

### 1. Udarbejdelse af Comprehensive Code Set vha. Delphiteknikken

#### 1.1. Deltagere i processen

Til udarbejdelse af Comprehensive Code Set blev der rettet henvendelse til sundhedsfaglige personer indenfor kommuner og forskningsnetværk om at deltage i et ekspertpanel. Kriterierne for at deltage var en bred erfaring indenfor kommunal rehabilitering, specifikt indenfor kronikerområdet. Henvendelsen foregik dels ved personlig henvendelse, via mailkorrespondance og ved invitation gennem LinkedIn til gruppen "Rehabilitering i Danmark".

Af samtlige adspurgte gav 36 personer umiddelbart tilsagn om at deltage i processen med at udarbejde det ICF baserede redskab vha. Delphiteknikken. Før processtart var antallet reduceret til 32 deltagere med en faglig fordeling, der fremgår af tabel 1.

Tabel 1 Fordeling af eksperter til udarbejdelse af Comprehensive Code Set

Profession	antal
Sygeplejerske	10
Ergoterapeut	6
Fysioterapeut	9
Læge	5
andre	2

De 32 deltagere i ekspertpanelet var fordelt på 16 kommuner og 9 regionale institutioner, uddannelsessteder m.fl. Der var deltagere fra alle fem regioner, fordelingen var hhv. Region Hovedstaden 8, Region Sjælland 3, Region Midtjylland 8, Region Nordjylland 3, Region Syddanmark 10.

Forud for udvælgelse af ICF kategorier så eksperterne en video, der indeholdt tre gange 10 minutters præsentation af hhv. ICF, Delphiteknikken og målgruppen. Endvidere blev der tilsendt følgebrev forud for hver Delphirunde med uddybning af opgavens indhold.

## 1.2 Udarbejdelse af Comprehensive Code Set

Delphiteknikken er en struktureret kommunikationsproces med fire karakteristika: anonymitet, gentagelse med kontrolleret feedback, statistisk grupperespons og ekspert input.

Delphiteknikken er opbygget som konsensusberegning efter 3 email-spørgerunder (Delphirunder), der foretages med 2 - 3 ugers interval. I dette projekt var tidsperioden for udarbejdelse af Comprehensive Code Set på to måneder, 2. april til 5. juni 2013. Tidsinterval for de tre Delphirunder var hhv. 22, 23 og 14 dage.

I første Delphirunde blev eksperter bedt om at tilkendegive, hvilke kategorier de fandt relevante/ikke relevante blandt 362 ICF kategorier på 2. niveau, i forhold til projektets målgruppe. Der blev foretaget en konsensusberegning blandt indkomne besvarelser, hvor kategorier med en konsensus  $\leq 40\%$  udgik, kategorier med en konsensus  $\geq 75\%$  gik direkte til Comprehensive Code Set uden yderligere ekspertudvælgelse, mens ICF kategorier imellem 41 og 76 % gik videre til næste Delphirunde.

Anden Delphirunde foregik på samme måde som første Delphirunde, dog forholdt eksperterne sig nu udelukkende til de ICF kategorier, der gik videre fra første Delphirunde. I denne runde fik eksperterne tillige oplysninger om graden af enighed for de udvalgte ICF kategorier med specificering af såvel egne som andre eksperters besvarelser (andre eksperter i anonymiseret form).

Tredje Delphirunde foregik på samme måde som anden Delphirunde.

Tabel 2 Resultater fra de tre Delphirunder

Delphirunde	Deltagende eksperter	ICF kategorier ved start	Konsensus $\leq 40\%$	Konsensus $\geq 75\%$	Konsensus $> 40$ og $< 75\%$
1	28	362	213	31	118
2	23	118	27	22	69
3	24	69	16	12	41

Det endelige Comprehensive Code Set blev på i alt **106 ICF kategorier**, udarbejdet som samlet antal ICF kategorier  $\geq 75\%$  fra hver af de tre runder (65 kategorier) samt ICF kategorier  $> 40\%$  og  $< 75\%$  fra tredje Delphirunde (41 kategorier). Fordelingen af de 106 ICF kategorier er: kroppens funktioner 35, kroppens anatomi 6, aktivitet og deltagelse 46, omgivelsesfaktorer 19.

## 2. Udarbejdelse af Brief Code Set vha. Delphiteknikken

Næste proces var at udarbejde et Brief Code Set, med udvælgelse af ICF kategorier fra Comprehensive Code Set, svarende til at udvælge fra typiske til vigtige problemområder for målgruppen.

### 2.2 Deltagere i processen

Til denne opgave rettede vi henvendelse til eksperter fra de 16 deltagende kommuner, der indgik i udvælgelse til Comprehensive Code Set. 7 kommuner gav tilsagn om at indgå i opgaven, og i alt indgik 29 eksperter.

Tabel 3 Fordeling af eksperter til udarbejdelse af Brief Code Set

Kommune	Fysioterapeut	Ergoterapeut	Sygeplejerske	Psykolog	Ernæring og sundhed	diætist	i alt
A	3	1	1		1		6
B	3	1	2			1	7
C	1	1	1				3
D	1	1	1				3
E	1		1				2
F	1	1		1	2	1	6
G	1	1					2
I alt	11	6	6	1	3	2	29

### 2.2. Udarbejdelse af Brief Code Set

Til udvælgelse af Brief Code Set bad vi hver kommune sammensætte et team, bestående af én til to repræsentanter fra tre til fem sundhedsfaglige grupper. Forudsætningen for at deltage i teamet var erfaring med rehabiliteringsarbejdet til målgruppen. Samtidig opfordrede vi til, at en af deltagerne i teamet var en ekspert, der havde deltaget i udvælgelse til Comprehensive Code Set, hvilket var muligt at praktisere i seks af de syv kommuner. Udvælgelsen til Brief Code Set foregik ved kun én Delphirunde.

Ud fra besvarelser fra Delphirunden blev der foretaget en konsensusberegning, hvor procentsatsen blev sat, så der blev udvalgt mellem 20 og 30 ICF kategorier. Til de indkomne besvarelser blev sikret at de syv ICF kategorier fra Generic Set, som WHO anbefaler indgår i alle Core/Code Set, blev medtaget. Generic Set består af ICF kategorierne: b130, b152, b280, d230, d450, d455, d855.

Det endelige Brief Code Set blev på i alt **27 ICF kategorier**, udarbejdet ved en konsensusberegning på  $\geq 70\%$  af besvarelsen fra Delphirunden. Fordelingen af de 27 ICF kategorier er: kroppens funktioner 12, aktivitet og deltagelse 10 og omgivelsesfaktorer 5 (tabel 4).



Tabel 4 Brief Code Set

## KROPPENS FUNKTIONER

b126 Temperament og personlighed  
b130 Energi og handlekraft  
b134 Søvn  
b152 Følelsesfunktioner  
b180 Oplevelse af eget selv og af tidsforløb  
b280 Opfattelse af smerter  
b455 Udholdenhed  
b460 Kardiovaskulære og respiratoriske sanseindtryk  
b530 Vægtregulering  
b620 Vandladningsfunktioner  
b640 Seksualfunktioner  
b730 Muskelstyrke

## AKTIVITETER OG DELTAGELSE

d177 Tage beslutninger  
d230 Udføre daglige rutiner  
d240 Klare stress og andre psykologiske krav  
d430 Løfte og bære  
d450 Gå  
d455 Bevæge sig omkring  
d570 Varetage egen sundhed  
d850 Have lønnet beskæftigelse  
d910 Deltage i fællesskaber  
d920 Deltage i rekreative aktiviteter og fritidsaktiviteter

## OMGIVELSESFAKTORER

e110 Produkter og stoffer til indtagelse  
e310 Opvækstfamilie  
e320 Venner  
e355 Sundhedspersonale  
e580 Tjenester, systemer og politikker vedrørende sundhedsvæsen

### 3. Pilotafprøve Brief Code Set på målgruppen i en udvalgt kommune

Brief Code Set blev afprøvet i en periode på én måned, på nytilkomne borgere, der tilhører såvel den primære som sekundære målgruppe. I pilotafprøvningen havde 12 ud af 38 borgere diagnosen kræft, og var således fra den sekundære målgruppe. Det vurderes, at afprøvningen kan inkludere begge målgrupper, da det er dem, vi ser i kommunal praksis. De fagpersoner, der udførte forsamtalerne med borgerne, havde alle deltaget i processen med udvælgelse af ICF kategorier til et Brief Code set.

Til visualisering af Brief Code Set blev der til forsamtalerne anvendt et "samtalehjul", hvor ICF kategorierne er inddelt i temaer med tilhørende kort, der illustrerer et emne, fx er et tema – "krop og energi", hvor tilhørende kort er: søvn, personlighed, åndedræt og hjerte, opfattelse af sig selv og tid, vægtregulering, oplevelse af smerte.

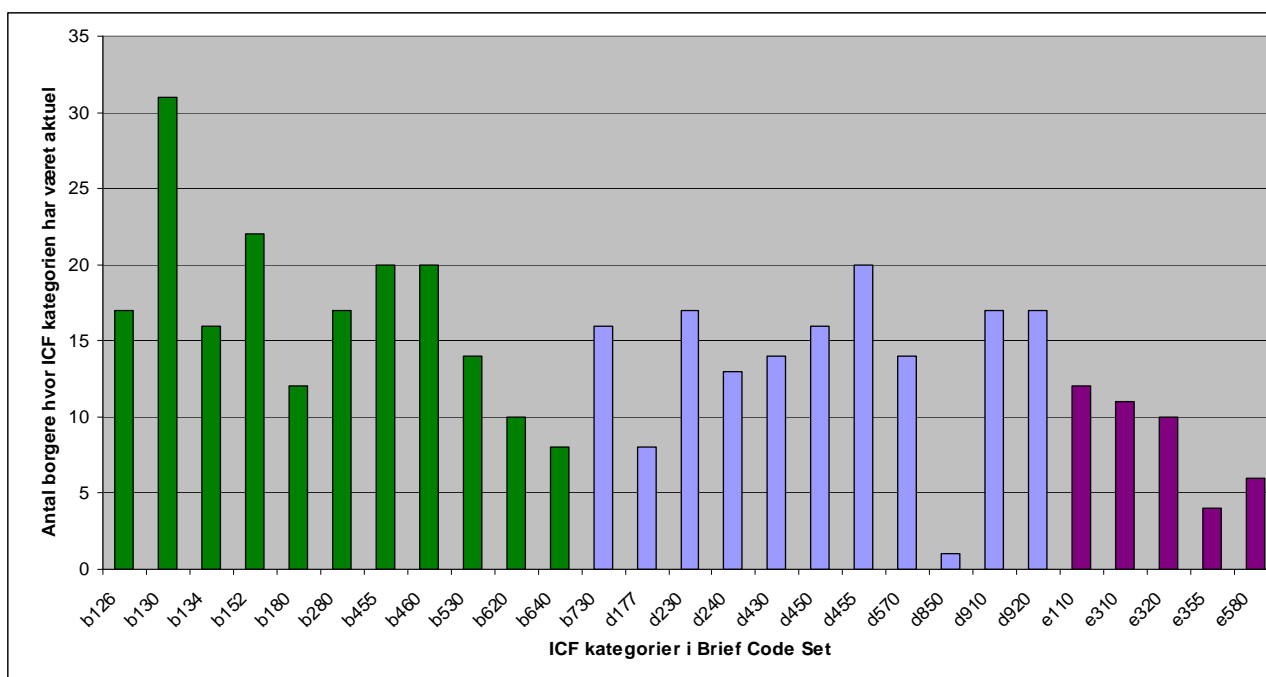
## Resultater fra Pilotafprøvningen

5 fagpersoner deltog i pilotafprøvningen hhv. 2 sygeplejersker, 2 fysioterapeuter og 1 klinisk diætist. Alle har supplerende coachuddannelse.

I alt er der udført 38 samtaler, hvor hver person har haft mellem 2 og 15 samtaler.

Brief Code Set er anvendt som vist i figur 1, hvor farverne viser kategorierne under komponenterne i ICF: grøn svarer til kroppens funktioner, lilla til aktivitet og deltagelse og bordeaux til omgivelsesfaktorer.

Figur 1: ICF kategorierne i Brief Code Set og hyppigheden af anvendelse ved forsamtaler med 38 borgere.



Fagpersonerne blev bedt om at udfylde skemaer med angivelse af hvilke ICF kategorier, de havde anvendt under forsamtaler med borgerne. Der fandtes stor variation i, hvordan skemaer for anvendelighed blev udfyldt. Som eksempel kan nævnes, at en af fagpersonerne har markeret og været omkring alle ICF kategorierne i Brief Code Set ved forsamtalerne, hvor andre kun har markeret for anvendelighed ved de problemområder, som borgeren gav udtryk for. Et andet eksempel på forskellig anvendelse/udfyldelse af skemaerne er for kategorien d177 (tage beslutninger), hvor kun én af fagpersonerne har markeret for anvendelighed til otte ud af ti borgere, hvorimod ingen af de andre fagpersoner har markeringer for denne kategori.

Yderligere blev fagpersonerne opfordret til at medtage yderligere ICF kategorier fra Comprehensive Code Set, hvis der var behov for dette, eller skrive udsagn/områder, der ikke indgik i de to Code Set.

Kun i få af forsamtalerne var medtaget kategorier fra Comprehensive Code Set, hhv. b144 (hukommelse) og b180 (oplevelse af eget selv og tidsforløb).

Af udsagn fra forsamtalerne, der ikke var dækket ind i Code Set var: Pårørendes reaktioner og behov for støtte, tanker om mig selv mht. om jeg slår til, og hvordan passer jeg på mig selv, svært ved at sige fra overfor andre og tænke dårligt om sig selv.

Af figur 1 fremgår, at alle ICF kategorierne i Brief Code Set har været anvendt ved forsamtalerne, nogle mere end andre. Den ICF kategori, der har været anvendt hyppigst er b130 (energi og handlekraft), og den der har været anvendt mindst er d850 (have lønnet beskæftigelse). Resultaterne fra figuren skal læses med fagpersonernes forskellige anvendelse, (beskrives under resultater fra fokusgruppeinterview) og set i forhold til målgruppen, hvor sygdom og alder kan være årsag til, at fx d 850 (have lønnet beskæftigelse) ikke har fundet stor anvendelighed.

Udover ICF registreringer blev der tillige indhentet oplysninger på de 38 borgere, der deltog i forsamtalerne mht. diagnose og henvisningsmønster, hvor fordelingen kan læses i tabel 5 og 6

Tabel 5: Fordeling af diagnoser på 38 borgere

Diagnose/henvisningsårsag	antal
Cancer	12
KOL	17
Diabetes	3
Hjertekar	3
Smerter	1
Adipositas/overvægt	2

Som det fremgår af tabel 5 indgår tre borgere, der ligger udenfor den primære målgruppe med diagnoserne smerter og adipositas/overvægt.

Tabel 6: Fordeling af henvisningsmønster på 38 borgere

Henvist fra	antal
Egen læge	17
Kræftens bekæmpelse	1
Egen henvendelse	9
Sydvestjysk sygehus	11

#### 4. Fokusgruppeinterview med fagpersoner der har deltaget i pilotafprøvningen af Brief Code Set

En uge efter afslutning af pilotafprøvningen blev der foretaget et fokusgruppeinterview af halv anden times varighed med fire af de fem fagpersoner, der havde udført forsamtaler. Interviewet blev foretaget af to personer fra MarselisborgCentret med kendskab til projektet. Udgangspunktet for interviewet var en semistruktureret interviewguide, der omhandlede såvel anvendeligheden af Brief Code Set og samtalehjulet.

Fokusgruppeinterviewet blev ikke efterfølgende transskriberet og analyseret efter forskrifter for kvalitative metoder, idet hensigten med interviewet var at indhente erfaringer med anvendelse af Brief Code Set til brug for en evt. opkvalificering af Brief Code Set og et perspektiverende sigte.

Interviewet er aflyttet, og meningsgivende udsagn er nedskrevet i anonymiseret form og sammenfattet i det følgende:

#### *Erfaringer med at bruge Brief Code Set?*

- Brief Code Set åbner op for nogle spørgsmål, man måske ikke lige selv ville komme ind på.
- Ved at borgeren i forvejen har udfyldt et spørgeskema med temaer, der indgår i forsamtalen, har de haft mulighed for at reflektere og markere ud for det, de oplever, der har størst betydning i deres hverdag og giver mest mening. På den måde går de aktivt ind i udvælgelse af kort (fra samtalehjulet), hvor de under samtalen ofte finder, at tingene hænger sammen fx smerter påvirker humør, træthed og søvn. Kortene gør, at man kan snakke om, at fx tristheden ikke er en del af dem, men noget man kan gøre noget ved – handle på.
- Det, at borgeren er forberedt, gør at man kan bruge mere tid, på de områder borgeren har valgt, og det der fylder mest for ham lige nu.
- Ved at anvende samtalehjulet flyttes fokus fra sygdom til at omhandle det hele menneske og livskvalitet. Man kommer omkring det hele og ikke kun de områder, man som fx diætist, fysioterapeut eller sygeplejerske normalt spørger ind til.

#### *Er der noget, der er mindre godt ved at bruge Brief Code Set, og hvad er det vigtigste?*

- Kontakten med borgeren er det allervigtigste, hvorfor det kan virke kunstigt at tage fx et følelseskort ind og sige, nu skal vi snakke om det her. Kortene bliver lagt ved siden af, for vi kommer alligevel rundt omkring det hele. Men modsat kan der være områder borgeren slet ikke havde tænkt på og så tager med, når de ser kortene.
- Man kan blive overrasket over de områder borgeren har taget med, fordi man er vant til at tænke ud fra diagnoser og henvisningsårsager (forudsigelighed).
- Et godt redskab for at bevare nysgerrigheden for borgeren.
- Det kan være lidt svært at omsætte spørgsmål fra det selvudfyldte spørgeskema til ICF kategorierne (temaer i samtalehjulet). At leve sundt, kan være et vanskeligt spørgsmål for borgeren. Svaret kan være; "Ja, jeg lever sundt, for jeg spiser grøntsager".

#### *Har ICF kategorierne i Brief Code Set været dækkende?*

- Ja, der har ikke manglet områder, men noget har været svære at svare på. Hjælpe midler er et overflødig spørgsmål...(under fokusgruppeinterviewet bliver der gjort opmærksom på, at hjælpemidler er andet end stokke og kørestole, men også fx kost og medicin). Nogle har brugt kategorien, hvis der er tale om fx inkontinens og dermed brug for hjælpemidler.
- Spørgsmål om hvordan borgeren har det med sig selv – tanker – sige fra overfor andre osv. er ikke med i Brief Code Set men sindssygt vigtige spørgsmål, der får dem til at reflektere.

#### *Hvordan har I valgt afkrydsning udfor ICF kategorier i Brief Code Set?*

- Nogle har afkrydset ICF kategorier ud fra hvad, samtalen har omhandlet – hvad der er snakket om, og ikke hvad borgeren synes er et problem. Andre har krydset af ved borgerens problemområder.
- Nogle har taget udgangspunkt i temaer, hvor borgeren scorer lavt i det selvudfyldte spørgeskema, og spørger så ind til det.
- Nogle kommer omkring det hele, og bruger kortene som en tjekliste. Spørger ind til alle områderne.

*Har der været brug for at hente kategorier ind fra Comprehensive Code Set eller andre kategorier?*

- Der mangler noget om pårørendes brug for støtte og hjælp. Ikke om borgeren har støtte, men om pårørende har støtte (oplevet indenfor kræftområdet).

*Tænker I, at Brief Code Set passer bedre til nogle målgrupper end andre?*

- Der er borgere, hvor det slet ikke var relevant. Fx en borger der ville vide noget specifikt om kost. Nogle står af overfor det (spørgeskemaet), hvor der også har været borgere, der har ringet og sagt at det spørgeskema, det vil jeg ikke have noget med at gøre, mens andre har skrevet side op og side ned. Ved ikke om det går for tæt på, eller de ikke ser sig selv som syge. Fx en med diabetes og overvægt, ser ikke sig selv som syg.
- Oplevet at nogle borgere kommer blot for at træne, og "så skal der ikke koges suppe på alt det der".

*Er det bestemte grupper eller personligheder, der står af overfor spørgeskemaet?*

- Ja fx unge og overvægtige, der undrer sig over, hvorfor de skal svare på brugen af hjælpemidler m.m.
- Måske skal man gemme nogle af spørgsmålene til et senere møde, hvor borgeren føler en større tryk ... det kan være en "kæmpe mundfuld" ved første møde.
- Anvende det som et kontinuerligt redskab og forsøgt at bruge det i en evaluering, men det duer det ikke til. Ændringer kan ikke rigtig registreres på skemaet, selvom borgeren giver udtryk for at have fået det bedre.
- Det har givet god mening, at have kortene liggende ved siden af sig, hvis man fornemmer, at nogle tænker, skal vi nu spille billedlotteri ... det kan godt være, at kortene kommer i spil, og det er de færreste, der har modstand imod det. Men hvis de ikke selv tager kortene, er de rare at have liggende, så man selv kan skimme og bruge det som en "husker".

*Tror I, at andre kan bruge redskabet?*

- Ja, både til målgruppen som det er udarbejdet til men også i andre forvaltninger, så det ikke kun er de kronisk syge, også børn, psykisk syge osv.
- Fra de kursusdage, der er holdt, hvor deltagerne kommer fra mange forskellige steder, kan vi mærke en stor motivation for at anvende redskabet.
- Ansvarer bliver lagt over på borgeren, hvor vi førhen kørte meget i KRAM-faktorer. Al den energi og undervisning der er lagt i at fortælle om kost og motion m.m. har ikke rigtig haft effekt, hvis borgeren ikke er motiveret. Ved brug af spørgeskema forud for forsamlinger, sætter de sådan set selv på dagsordenen, de definerer, hvad der er vigtigt for dem, og de laver selv aftalen og handleplanen. Så jeg tænker, at alle kan bruge det her redskab, hvor man skal sætte sig lidt tilbage og med nysgerrighed finde ud af, hvad der er vigtigt for denne borger.
- Det, at vi i Esbjerg har en coachuddannelse, gør, at vi er bevidste om spørgeteknikken og kan systematisere.
- Tror at alle kan anvende redskabet, selvom de ikke har samme forudsætninger som i Esbjerg – (coachuddannelse og kendskab til ICF).
- Synes redskabet er det bedste, vi har haft, fordi det åbner så mange muligheder og fokuserer på, hvad der er vigtigt for borgeren. Ofte bliver man overrasket over, at det lige netop er "det", der har betydning for borgeren. Måske var en af årsagerne til, at det ikke lykkedes førhen, det, at vi havde en idé om, hvad der var godt for borgeren. Der bliver lavet aftaler ud fra, hvad borgeren har lyst til og ikke som tidligere baseret

på "hyldevarer". Tilbagemeldinger fra borgeren var også, hvor var det rart, at jeg ikke skulle igennem en masse for at komme frem til det, jeg faktisk havde behov for. De får selv lov at reflektere, og deres behov kommer frem på den måde – det har absolut været positivt. Borgeren føler sig meget mere set og mødt med – respekt – tillid – nærvær og nysgerrighed. Man tænker, at sådan burde man møde alle mennesker.

- I starten var jeg bekymret for, at hvis et behov blev afdækket, kunne vi så honorere det, det kræver et bredt spektrum af tilbud, hvor vi skal vide, hvor vi kan henvende os ... det er en udfordring. Måske har en borger brug for undervisning, hvor et hold endnu ikke er oprettet ... så skal vi passe på, at det ikke smuldrer...

*Har det været svært ikke at lade fagligheden styre?*

- Ja, men man opnår ikke noget, hvis man kan mærke, at borgeren ikke er med - ikke motiveret. Kommer man til at byde ind med løsninger, kan man hurtigt mærke borgerens reaktion. Det er bedre at spørge ind til noget fx træthed, og så få dem til selv at reflektere og konkludere.

*Effektmåling? Hvordan kan man måle ændring?*

- Spørgeskemaerne i deres nuværende form duer ikke til at måle ændringer. Lige nu bruger vi VAS.
- Livskvaliteten er svær at måle. Bevidstheden om deres situation kan gøre, at de scorer lavt, hvor de indledende scorede højere, det er svært at forklare en sådan måling! Og ikke godt hvis det kobles til, at vi vurderes på, hvad vi yder.

*Kunne man fx tage tre områder ud, som man ville vurdere på? Ikke stille de samme spørgsmål igen, men sige her gør vi en indsats i et forløb – kunne man gøre det?*

- På den måde, kunne man måle effekten på det problem, men ikke på det hele menneske.
- Vi skriver oftest, hvad borgeren er blevet bedre til – ikke noget der kan angives på en streg eller med et tal – svært at måle på!
- Det er nemmest at måle på konkrete ting som energi og kost, men sværere med sociale kontakter.
- Det kunne måske være en god ide, hvis vi beslutter, at det er indenfor de her tre områder, vi skal arbejde, fx i dag scorer du det til et 3-tal, og så ser vi om tre måneder, hvad du så scorer det til! Vi kan så sidde med borgeren og sige, sidst vurderede du det til 3, hvordan så i dag?
- Man skal jo også være realistisk og medtage områder, man kan gøre noget ved. Fx en borger med kroniske smerter, kan man jo ikke få bedre, måske tværtimod, når man starter en træning.

*Hvordan har det været, at bruge redskabet til andre målgrupper – borger henvist med fedme, kroniske smerter?*

- Det har været lidt svært, fordi de kan synes, det er lidt voldsomt, de stejler lidt, og de føler sig ikke syge på samme måde. Det er især spørgeskemaet, der tilsendes inden og ikke så meget samtalehjulet.

*Har I nogle afsluttende kommentarer?*

Jeg tænker, at redskabet har en rigtig god grundform og kan bruges rigtig mange steder. Hvis det skal bruges til børn, skal der evt. medtages legetøj og kortene tilpasses til fx borgere med afasi eller psykisk syge.

Måske skal ikke alle have spørgeskemaet, og måske skal noget i spørgeskemaet ændres. Men spørgeskemaet er vigtigt, fordi borgeren har gjort sig tanker og reflekteret, før de kommer til samtalen. Det lægger op til, at det ikke er fagspecifikt men en koordinatorsamtale, hvor udgangspunktet er det hele menneske. Måske finder man så ud af, at det især er en fysioterapeut, der er brug for lige nu.

Flere kommer til samtalen og fortæller, at de har siddet med ægtefællen og diskuteret spørgsmål og svarkategorier, hvilket også giver dem en god snak om, fx spørgsmålet: "Jeg har god kontakt og styr på mine følelser", eller "mine seksuelle funktioner fungerer optimalt".

Afprøvningen af redskabet har vist, at det ikke er velegnet til alle såvel i som udenfor den primære målgruppe. Eksempler på dette er: En borger der har et specifikt ønske om fx træning og ikke interesseret i yderligere tilbud, samt en borger med henvisningsårsag fedme, der ikke betragter sig som syg.

## **5. Revidere Brief Code Set**

På baggrund af resultaterne fra afprøvningen og kommentarer fra fokusgruppeinterviewet er der ikke forslag til ændringer af det udarbejdede Brief Code Set.

Ved at afprøve det på en udvidet eller ny målgruppe, vil der evt. være behov for flere eller færre ICF kategorier. En validering af Brief Code Set vha. fokusgruppeinterview med borgere med forskellige diagnoser, kunne ligeledes medføre ændringen af det udarbejdede Code Set.

## **6. Konklusion**

Fundamentet i "Guide til startsamtale 2011" og "Samtalehjulet" (GBCS 2011) er igennem det udarbejdede ICF Brief Code Set (BCS 2013) blevet verificeret. BCS 2013 indeholder flere ICF kategorier, der er med til at understøtte, at borgerens samlede helbredtstilstand afdækkes bredere i dansk kontekst.

## **7. Perspektivering**

Det udarbejdede ICF Code Set (BCS 2013) til borgere med kronisk sygdom er fundet anvendeligt ved pilotafprøvning på 38 nyhenviste borgere i Esbjerg kommune. I et perspektiverende sigte vil BCS 2013 kunne udvikles indenfor forskellige retninger:

### Borgerinvolvering

Forskningsmetoden til udarbejdelse af BCS 2013 har været baseret på eksperter med særlig viden indenfor rehabilitering af borgere og patienter med kronisk sygdom. Esbjerg Kommune arbejder målrettet på at inddrage borgerne i udviklingen af fremtidige indsatser, hvor forskningsdesignet, i dette projekt, ikke har medtaget borgerne som eksperter. Næste opgave er at få involveret borgerne i valideringen af det udarbejdede ICF Code Set.

### Videreudvikling af spørgeskema

Fokusgruppeinterviewet med fagprofessionelle konkluderer, at et spørgeskema baseret på ICF kategorierne, udfyldt af borgeren forud for startsamtale, gør en stor forskel i forhold til borgerens selvrefleksion og parathed til samtalen. Spørgeskemaet vurderes som et anvendeligt behovsvurderingsredskab til at afdække borgerens/patientens behov og ønsker for rehabilitering.

Næste opgave er at få linket spørgsmålene til de specifikke ICF kategorier og få spørgeskemaet valideret.

### Effektmålingsinstrument

Fokusgruppeinterviewet med fagprofessionelle konkluderer, at et spørgeskema baseret på ICF kategorierne, udfyldt af borgeren forud for startsamtale, ikke er anvendelig til måling af rehabiliteringsoutcome.

Næste opgave er at finde frem til eller udarbejde et instrument, der kan anvendes nationalt til måling af komplekse indsatser, der kan opfange effekter på handlekompetence, mestring og livskvalitet.

### Afprøvning

Det udarbejdede ICF Code Set har vist sig at være anvendeligt til borgere på tværs af diagnoser og borgere med forskellige udfordringer og kompleksitet. Det udarbejdede ICF Code Set til beskrivelse af den samlede helbredstilstand og rehabiliteringsbehov hos patienter og borgere med kronisk sygdom er fundet anvendeligt, som et generisk redskab.

Potentialet i det udarbejdede ICF Code Set vurderes at være stort, da ICF kategorierne ikke relateres til bestemte sygdomsdiagnoser, men til de vigtigste problemområder for borgere/patienter i kontakt med en kommunal instans.

Næste opgave er at få afprøvet det udarbejdede ICF Code Set og vurdere, om det har en bredere anvendelighed fx indenfor psykiatrien, børneområdet, beskæftigelsesområdet, det sociale område eller generelt indenfor forebyggelse. Endvidere kunne det overvejes, at undersøge om Almen praksis og sygehusene kan se det anvendt i relation til patienterne i deres regi.

### Samtalehjulet (22)

Der har vist sig stor interesse omkring den generiske tilgang, og de positive tilbagemeldinger viser, at ICF Code Set er anvendeligt i mange forskellige kontekster. Det, der har gjort det nemmere at se anvendt i praksis, er helt klart Esbjerg Kommunes dialog-redskab; Samtalehjulet, der er baseret på generiske ICF kategorier (GBCS 2011) på tværs af målgrupper og helbredstilstande. Esbjerg Kommune opkvalificerer fundamentet i Samtalehjulet til BCS 2013.

Mange kommuner anvender allerede i dag Samtalehjulet som redskab, og en indsamling af erfaringer i disse kommuner kan gøre os klogere på redskabet anvendelse i forhold til visitering, differentiering af indsatser, brugeroplevet effekt og dokumentation.



## Referencer

1. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. Sundhedsstyrelsen; 2012
2. <http://www.sst.dk/kronisksygdom>
3. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – generisk model og forløbsprogram for diabetes. Sundhedsstyrelsen; 2008
4. <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom/Forloebprogrammer.asp>  
[X](#)
5. Det nære Sundhedsvæsen. Kommunernes landsforening (KL) 2012
6. Vejledning om kommunal rehabilitering. Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2011
7. God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats. Et idékatalog. Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2011
8. WHO International Classification of Functioning, Disability and health: ICF. Geneva: WHO, 2001
9. Schiøler G, Dahl T. ICF International klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnedensættelse og Helbredstilstand, Munksgaard 2003
10. Terkelsen S. Guide til startsamtale med mennesker med kronisk sygdom. Sundhed & Omsorg, Esbjerg kommune; 2011
11. Johansen JS et al. Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Aarhus:MarselisborgCentret; 2004
12. Melchiorsen H, Østergaard H, Nielsen CV. ICF og ICF-CY- en dansk vejledning til brug i praksis. Aarhus: MarselisborgCentret; 2011
13. Weigl M, Cieza A, Andersen C, et al. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health condition: A Delphi Exercise. J. Rehabil Med. 2004;(44 Suppl.):12-21
14. Finger ME, Cieza A, Stoll J, et al. Identification of Intervention Categories for Physical Therapy Base don the International Classification of Functioning, Disability and health: A Delphi Exercise. Phys Ther. 2006 Sept; 86: 1203-1220
15. Rudolf KD, Kus S, Chung KC, Jongston M, Lebalnch M, Cieza A. Development of International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for Hand Conditions – results of the World Health Organization international Consensus Process. Disability & Rehabilitation, 2012; 34 (8):681-693
16. Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G .ICF Core Sets. Manual for Clinical Practice. ICF Research Branch, Hogrefe Publishing; 2012
17. Melchiorsen H. "ICF som dokumentations- og monitoreringsredskab - anvendt til primært traumatiserede flygtninge", Rapport, MarselisborgCentret, 2009
18. Jørgensen U, Melchiorsen H, Gottlieb AG, Hallas V, Nielsen CV. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to describe the functioning of traumatised refugees. Torture 2010;20(3):57-75
19. Melchiorsen H, Jørgensen U, Gottlieb AG, Hallas V, Vinther Nielsen C. Vurdering af funktionsevnen hos traumatiserede flygtninge. Fysioterapeuten 2010;92(11):22-6.
20. Melchiorsen H., Østergaard H. og Vinther Nielsen C. "Funktionsevne hos børn med CP - kortlagt vha. af ICF-CY og PEDI i et udviklingsprojekt". Rapport, MarselisborgCentret 2011
21. Melchiorsen H., Østergaard H., Vinther Nielsen C.: Funktionsevne hos børn med CP, Fysioterapeuten nr.1, 2012
22. Terkelsen S.: "Model for koordination med borgeren i centrum - en Esbjerg-model", Sundhed & Omsorg, Esbjerg Kommune; 2013. ISBN: 978-87-996385-0-5