

Utprøving og videreutvikling av verktøy for vurdering av funksjonsnivå og arbeidsevne basert på ICF-kjernesett

Thomas Johansen

Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering

Nina Bugodt

Rehabiliteringssenteret AiR-Klinikk

FORORD

Siden den gang Verdens helseorganisasjon (WHO) lanserte Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) i 2001 har det vært en økende oppmerksomhet rundt det å ta i bruk rammeverket i klinisk praksis og i forskningssammenheng. Dette prosjektet ble initiert av Rehabiliteringssenteret AiR ved AiR-Klinikk og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering med ønske om å samarbeide med det Islandske Rehabiliteringsfondet (VIRK) og NAV Telemark. Det er et metode- og fagutviklingsprosjekt der formålet var å prøve ut en systematisk anvendelse av ICF i klinisk praksis ved AiR-Klinikk. VIRK har lang erfaring i å bruke ICF i klinisk praksis for vurdering av funksjons- og arbeidsevne hos personer som er sykmeldt. AiR-Klinikk har ICF og en biopsykososial modell som tilnærming for sitt rehabiliteringsarbeid. VIRKs erfaring med ICF og AiR-Klinikks teoretiske plattform syntes å være et godt grunnlag for et fruktbart prosjektsamarbeid med NAV.

En stor takk til arbeids- og styringsgruppen fra Rehabiliteringssenteret AiR, VIRK og NAV Telemark. En spesiell takk til brukerne fra NAV Telemark som deltok i prosjektet under oppholdet deres ved AiR-Klinikk. Uten deres deltagelse ville vi ikke vært i stand til å prøve ut og utvikle ICF-baserte verktøy og instrumenter og samarbeide med NAV om oppfølgingsarbeid av sykmeldte.

Det toårige prosjektet er finansiert av NAV gjennom programmet FARVE - forsøksmidler arbeid og velferd.

INNHold

FORORD	3
INNHold	4
SAMMENDRAG	5
1. INNLEDNING	7
2. MÅL	10
3. ORGANISERING	10
3.1. Rehabiliteringssenteret AiR	10
3.2. Islandske Rehabiliteringsfondet (VIRK)	11
3.3. NAV Telemark	11
3.4. Styringsgruppe	11
3.5. Arbeidsgruppe	11
4. METODE	12
4.1. Deltagere	12
4.2. Design	12
4.3. Materiale	12
4.4. Prosedyre	12
4.5. Dataanalyse	13
5. RESULTAT	14
5.1. Videreutviklet ICF-kjernesett versjon 2	14
5.2. ICF-basert spørreskjema og ICF-basert rapport	14
5.3. Brukere	16
5.4. Lærende evaluering	18
6. DISKUSJON	18
6.1. Lærende evaluering	21
6.2. ICF – reduksjonisme eller holisme?	21
6.3. ICF i klinisk praksis innen arbeidsrettet rehabilitering	23
7. KONKLUSJON	25
8. REFERANSER	26
APPENDIKS	29

SAMMENDRAG

Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) er både et begrepsapparat og et kodeverk, og utfyller diagnoseklassifikasjonen ICD-10 ved at hovedvekten legges på funksjonsevne, aktiviteter og samspill med miljøfaktorer (Verdens helseorganisasjon (WHO), 2001). ICF er egnet til å beskrive funksjoner etter dimensjonene kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer, aktiviteter og deltagelse og miljøfaktorer. Hovedvekten legges ikke på sykdom og diagnose, men på den enkeltes funksjonsevne relatert til deltagelse i arbeidsliv, sosiale aktiviteter og mestring av daglige gjøremål. ICF er et felles fagspråk egnet til tverrfaglig individrettet arbeid og tverretatlig og internasjonal virksomhet.

Det er et nasjonalt fokus på å få personer som faller ut av arbeidslivet tilbake i jobb og mange aktører har dette som felles mål. Rehabiliteringssenteret AiR ved AiR-Klinikk og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering har i perioden 2012 – 2013 ledet et samarbeidsprosjekt om systematisk bruk av ICF i tverrfaglig klinisk praksis ved AiR-Klinikk. I samarbeid med det Islandske Rehabiliteringsfondet (VIRK) og NAV Telemark er det i prosjektperioden gjennomført en utprøving og videreutvikling av et ICF-kjernesett utviklet av den Europeiske forsikringslegeforeningen (EUMASS) og VIRK. ICF-kjernesettet består av et utdrag av kategorier fra ICF-rammeverket som er relevante å vurdere innen arbeidsrettet rehabilitering (ARR). I prosjektperioden ble også et ICF-basert spørreskjema og en ICF-basert rapport utviklet. Dette er verktøy som muliggjorde en systematisk vurdering og rapportering av funksjons- og arbeidsevne basert på ICFs begrepsområder aktiviteter og deltagelse, miljøfaktorer, kroppsfunksjoner og personlige faktorer hos brukere som gjennomførte et ARR-opphold ved AiR-Klinikk. Prosjektet representerer en ny tilnærming til metode- og fagutvikling samt, på sikt, grunnlag for forskning innen ARR. Hovedmålet med prosjektet var å støtte NAVs oppfølgingsarbeid av sykmeldte gjennom en systematisk funksjons- og arbeidsevnevurdering basert på ICF, slik at NAV kan iverksette rette tiltak med mål om en mer bærekraftig tilbakeføring til arbeid for brukeren.

En kartlegging av brukeren ved ankomst til ARR ble gjennomført med et ICF-basert spørreskjema som brukeren selv fylte ut og som ga et grunnlag for et tverrfaglig team til å sette opp mål for rehabiliteringsoppholdet i samråd med brukeren. Ved avreise fylte brukeren igjen ut det ICF-baserte spørreskjemaet og et tverrfaglig team gjennomførte en kartlegging med bruk av et ICF-kjernesett, og utarbeidet en ICF-basert rapport. Rapporten og spørreskjemaet ble sendt til brukerens lokale NAV-kontor etter ARR-oppholdet. Resultatene fra kjernesettet og spørreskjemaet ga nyttig informasjon om hvilke endringer i funksjons- og arbeidsevne brukeren opplevde fra ankomst til avreise. Rapporten inneholdt en detaljert vurdering av funksjons- og arbeidsevne basert på ICF.

Vurderingen ga informasjon om brukerens ressurser og hindringer for å komme tilbake i arbeid relatert til arbeidsgivers krav og forventninger i brukerens nåværende eller nye arbeid. I rapporten ble også målene for rehabiliteringsoppholdet spesifisert og målene i etterkant av oppholdet, samt spesifikke oppgaver bruker, NAV, fastlege, arbeidsgiver og AiR-Klinikk har etter oppholdet. Brukeren og det aktuelle NAV-kontoret arbeidet sammen etter ARR-oppholdet og evaluerte og iverksatte relevante tiltak basert på funksjons- og arbeidsevnevurderingen. Ved behov deltok også arbeidskonsulenten ved AiR-Klinikk i dette arbeidet.

ICF er et omfattende teoretisk rammeverk og et klassifikasjons- og kodeverk som krever systematisk arbeid av klinikere og forskere over tid til å opparbeide god kunnskap og forståelse om bruken av ICF i klinisk praksis. Dette prosjektet har bidratt til å styrke kunnskapen om og implementeringen av ICF ytterligere ved AiR-Klinikk, samt stimulert til faglig god samhandling mellom AiR-Klinikk og NAV. En implementering av ICF i klinisk praksis er en tidkrevende prosess og på bakgrunn av prosjektresultatene er det tverrfaglige arbeidet styrket ved at relevante faktorer som har betydning for en bærekraftig tilbakeføring til arbeid er systematisk undersøkt og vidererapportert. Samtidig er kommunikasjonen og samarbeidet med NAV styrket etter oppholdet gjennom samarbeid om gode funksjons- og arbeidsevnevurderinger som muliggjorde en grundig oppfølging av brukere fra AiR-Klinikk. Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering og AiR-Klinikk vil arbeide videre med å implementere relevante prosjektresultater og heve kompetansen på ICF blant alle ansatte i klinikken. Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering vil gjøre prosjektresultatene tilgjengelig i nettverket av institusjoner som tilbyr ARR.

1. INNLEDNING

I Norge tilbyr institusjoner i spesialisthelsetjenesten døgn- og dagbasert arbeidsrettet rehabilitering (ARR). ARR defineres som "tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet" (Fagrådet, 2011). Målgruppen for ARR er mennesker i yrkesaktiv alder som pga. sykdom eller nedsatt funksjonsevne ikke har kommet inn i, eller har falt helt eller delvis ut av arbeidslivet, og som har en realistisk mulighet for å kunne delta i arbeid. Disse personene mottar enten sykepenger, arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon. Den største gruppen personer ute av arbeidslivet kan få bistand på lokalt nivå, men personer med mer sammensatte behov trenger innsats fra spesialisthelsetjenesten. I tråd med IA-avtalen tilbys ARR for å øke funksjons- og arbeidsevne og for å redusere sykefravær og forebygge uførhet.

Arbeidsevne er et sentralt begrep relatert til arbeidslivet og rehabilitering og er et viktig konsept som ikke alltid er tilstrekkelig godt definert. Definisjonen av arbeidsevne foreslått av Nordenfelt (2008) og Tengland (2011) er ofte akseptert. Her defineres arbeidsevne som interaksjon mellom helse, kompetanse (teoretisk og praktisk, generell og personlig, samt ferdigheter), verdier, miljøfaktorer (arbeidsoppgaver, arbeidsforhold, arbeidsmarked, regelverk) og sosiale forhold. Gitt at arbeidsoppgavene er hensiktsmessige og arbeidsmiljøet akseptabelt bør vi skille mellom arbeidsevne som kreves for spesifikke jobber som krever spesiell trening og utdanning, og jobber som de fleste kan utføre etter noe trening og instruksjoner på forhånd. ARR bygger på en biopsykososial og fenomenologisk forståelse av sykdom (Loisel og Anema, 2013), det vil si at både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer bidrar til sykdom og nedsatt funksjonsevne i samspill med brukerens egne opplevelser, erfaringer, dagligliv og arbeidssituasjon. Målet med ARR er å bedre fysisk, mental eller sosial funksjon hos sykmeldte personer, dvs. å forbedre arbeidsevnen og arbeidskapasiteten og dermed øke mulighetene for å komme tilbake i arbeid (Finger et al., 2012).

Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF; Verdens helseorganisasjon (WHO), 2001) er både et begrepsapparat og et kodeverk, og utfyller diagnoseklassifikasjonen ICD-10 ved at hovedvekten legges på funksjonsevne, aktiviteter og samspill med miljøfaktorer. I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011, s. 27) påpekes det at ICF er et nyttig verktøy som bør settes i system i rehabiliteringsprosesser. ICF-rammeverket består av dimensjonene kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer, aktiviteter og deltagelse og miljøfaktorer. Det er et mål med ICF at det enkelte menneske settes inn i en større sammenheng ved å fokusere på funksjonsevne og mestring, deltagelse i arbeid og sosiale aktiviteter i samspill med miljøfaktorer, og representerer en

biopsykososial tilnærming i synet på helse og helserelaterte tilstander. Dette helhetlige menneskesynet er i tråd med Rehabiliteringssenteret AiR-Klinikks tilnærming, hvor både helse- og arbeidsdimensjonen kartlegges slik at man er bedre i stand til å nå det overordnede målet om en bærekraftig tilbakeføring til arbeid for den enkelte bruker. ICF representerer et felles fagspråk som er egnet i tverrfaglig individrettet arbeid og tverretatlig og internasjonal virksomhet gjennom klinisk arbeid, forskning, undervisning og statistikk. ICF er brukt av klinikere, undervisere, forskere, administratorer og helsepolitikere til å dokumentere helse og funksjon. WHO's mål er at ICF skal bli et standardisert felles språk som muliggjør kommunikasjon om helse og helsetjenester verden rundt for forskjellige fag- og vitenskapsområder.

På begynnelsen av 2000-tallet startet WHO i samarbeid med Ludwig-Maximilian-universitetet i München, Tyskland, og en rekke andre forskningsmiljøer å utvikle ICF-kjernesett for en rekke helsetilstander/diagnoser slik som korsryggssmerter, artrose, osteoporose, leddgikt, muskel- og skjelettplager, kronisk smerte, fedme, depresjon, hjerneslag, multippel sklerose, slag, søvn og ARR (vocational rehabilitation). Hovedmålet var å operasjonalisere det omfattende klassifikasjonssystemet, som består av 1454 funksjonskategorier, for å fremme implementeringen av ICF i klinisk praksis. Et ICF-kjernesett består av et utdrag av kategorier fra klassifikasjonen som er relevante for en gitt helsetilstand/diagnose. For hver ICF-kategori skårer helsepersonell brukernes/pasientenes problemer med en modifikator fra 0 (ingen problem) til 4 (komplett problem). Et omfattende og systematisk metode og forskningsarbeid har vært nedlagt i utviklingen, utprøvingen og valideringen av kjernesettene. Målet med utviklingen av kjernesett er å skape et klassifikasjonsverktøy som ivaretar aktivitets- og deltakelsesaspektet samt miljøfaktorer i større grad enn de tradisjonelle effektmålene og symptomfokuset ved ulike lidelser. Kjernesettene skal kunne anvendes på tvers av profesjoner og landegrenser, noe som vil gi mulighet til å sammenligne kliniske og epidemiologiske studier samt å kunne benyttes i klinisk praksis på ulike nivåer i helsetjenesten. Helsedirektoratet har oppmuntret til å ta i bruk kjernesett i klinisk praksis i Norge (Haugsbø og Larsen, 2004).

Flere forskningsmiljøer i Norge ble invitert av Sosial og Helsedirektoratet via WHO og Ludwig-Maximilian-universitetet i München til å være med i utviklingen av kjernesett, men oppslutningen og interessen har vært relativt liten. De miljøene som har deltatt, har vært med i utprøving og validering av et ICF-kjernesett for korsryggssmerter (Bautz-Holter et al., 2008; Røe et al., 2008, 2009) og revmatisk sykdom (Uhlig et al., 2007). I tillegg er et ICF-kjernesett for vurdering av uførhet og retten til trygdeytelser utviklet av den Europeiske forsikringslegeforeningen (EUMASS) der 11 land deltok i arbeidet, deriblant Norge (Brage et al., 2008). Videre, er Norsk Funksjonsskjema, et

samarbeidsprosjekt mellom Universitetene i Oslo og Tromsø og NAV, basert på ICF (Brage et al., 2004). Både fastleger og NAV etterspør funksjonsvurderinger i oppfølging av sykmeldte og Norsk Funksjonsskjema ble utviklet for å møte dette kravet. Det består av 40 spørsmål som belyser fysiske og psykiske områder som å gå, stå, løfte, bære, mestre, kommunisere og evnen til å utføre arbeid.

Dette prosjektet har samlet fire sentrale aktører; Rehabiliteringssenteret AiR ved AiR-klinikk og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, NAV Telemark og det Islandske Rehabiliteringsfondet (VIRK). Formålet med dette prosjektet var å prøve ut et ICF-kjernesett for ARR i klinisk praksis. Et ICF-kjernesett fanger opp vurderinger av funksjons- og arbeidsevne fra et fysisk, psykologisk og sosialt perspektiv. Prosjektet er basert på kjernesettet utviklet av EUMASS og består av 20 ICF-kategorier. VIRK har videreutviklet kjernesettet og lagt til 13 kategorier. VIRK har anvendt kjernesettet i klinisk praksis siden 2008 for å vurdere funksjons- og arbeidsevne hos sykmeldte på Island.

ICF-kjernesettet består av følgende ICF-kategorier:

1. Kroppsfunksjoner (9): Energi og handlekraft, søvn, oppmerksomhetsfunksjoner, emosjonelle funksjoner, høyere kognitive funksjoner, smertesans, fysisk kondisjon, leddbevegelighet, muskelstyrke.
2. Aktiviteter og deltagelse (21): Betrakte, lytte, tilegne seg ferdigheter, ta beslutninger, utføre multiple oppgaver, mestre påkjenninger og andre psykiske krav, uspesifisert form for kommunikasjon, endre grunnleggende kroppsstillinger, opprettholde en kroppsstilling, løfte og bære gjenstander, finere håndbevegelser, bruke hender og armer, gå, bruke transportmidler, ta vare på helsen, sammensatte mellommenneskelige interaksjoner, familierelasjoner, skoleutdanning, betalt sysselsetting, være økonomisk selvhjulpen, rekreasjon og fritid.
3. Miljøfaktorer (3): Nærmeste familie, holdninger i samfunnet, tjenester, systemer og strategier for helsevesen.

Et ICF-kjernesett for ARR (vocational rehabilitation) har som nevnt også blitt utviklet (Finger et al., 2012). Det er utarbeidet både en kort (13 ICF-kategorier) og en lang (90 ICF-kategorier) versjon. Et ICF-basert spørreskjema, Work Rehabilitation Questionnaire, basert på kjernesettet, er også utviklet (Finger et al., 2013). Dette kjernesettet har ikke vært prøvd ut eller blitt validert i Norge. Det er derimot høy grad av overlapp i kategorier mellom ICF-kjernesettet for ARR utviklet av Finger et al. (2012) og ICF-kjernesettet utviklet av EUMASS og VIRK.

Utprøving og videreutvikling av verktøy og instrumenter basert på ICF vil støtte AiR-Klinikks mål om å tilby et godt, faglig forankret innhold innen spesialisthelsetjenesten, der målet er at personer skal komme raskest mulig tilbake i arbeid eller beholde sin yrkesdeltakelse. Utviklingen av en ny metode for å vurdere funksjons- og arbeidsevne i et ICF perspektiv representerer en potensiell innovativ tilnærming til metode- og fagutvikling, samt, på sikt, forskning innen ARR.

2. MÅL

Prosjektets hovedmål:

1) Utprøving av et ICF-kjernesett for vurdering av funksjonsnivå og arbeidsevne i klinisk praksis innen ARR som støtter NAVs oppfølgingsarbeid av sykmeldte.

Prosjektets delmål:

- 1) Videreutvikle et ICF-kjernesett for ARR
- 2) Utvikle ICF-baserte verktøy/instrumenter basert på ICF-kjernesett
- 3) Vurdere sammen med NAV nytteverdien av ICF-baserte verktøy som støtte til NAVs oppfølgingsarbeid av sykmeldte
- 4) Vurdere bruk og tidsbruk av et ICF-kjernesett i klinisk praksis
- 5) Gjennomføre lærende evalueringer med aktørene i prosjektet

3. ORGANISERING

Dette prosjektet er et samarbeid mellom Rehabiliteringssenteret AiR ved AiR-Klinikk og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, VIRK og NAV Telemark.

3.1. Rehabiliteringssenteret AiR

Rehabiliteringssenteret AiR er en privat ideell (non-profit) organisasjon som består av enhetene AiR-Klinikk og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. AiR-Klinikk har status som landsdekkende helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten og leverer rehabiliteringstjenester til regionale helseforetak og NAV. Senteret ble etablert i 1986 og har siden oppstarten vært ledende innen fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering. Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering ble opprettet i 2005 og har som oppgave å utvikle, styrke og skape resultater for fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering. Fagområdene omfatter forskning og fagutvikling, videreutdanning og kurs, nettverk og innovasjon.

3.2. Islandske Rehabiliteringsfondet (VIRK)

VIRK ble opprettet i 2008 og tilbyr ARR på Island. Fondet finansieres gjennom deler av pensjonsmidlene fra den islandske staten og 0.13% av lønnsinntektene til alle arbeidstakerne på Island. VIRK mottar henvisninger fra fastleger, arbeidsgivere og helseinstitusjoner og foretar en omfattende funksjons- og arbeidsevnevurdering. På bakgrunn av disse vurderingene henviser VIRK, samt dekker kostnadene, til relevant ARR. VIRK har hatt en rask utvikling siden 2008, og i 2013 mottok 5% av alle sykmeldte på Island ARR gjennom VIRK.

3.3. NAV Telemark

De seks NAV-kontorene Fyresdal, Vinje, Tokke, Nissedal, Seljord og Kviteseid i Telemark deltok i prosjektet. NAV deltok med en representant i både styrings- og arbeidsgruppen. Gjennom NAVs deltagelse kunne hovedmålet med prosjektet om å støtte NAVs oppfølgingsarbeid av sykmeldte gjennom en systematisk funksjons- og arbeidsevnevurderingen bli møtt.

3.4. Styringsgruppe

Svein Kostveit, direktør, Rehabiliteringssenteret AiR

Ola Heen Strømmen, styreleder, Rehabiliteringssenteret AiR

Gro Karsten Skarholt, leder, AiR-Klinikk

Matthias Reckert, sjefslege, AiR-Klinikk

Chris Jensen, leder, Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering

Gerd Kari Skaalen, leder, NAV Vinje og Tokke

Ása Dóra Konráðsdóttir, direktør arbeidsrettet rehabilitering, VIRK

3.5. Arbeidsgruppe

Thomas Johansen, forsker og prosjektleder, Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering

Nina Bugodt, teamleder tverrfaglig team, AiR-Klinikk

Ett tverrfaglig team, AiR-Klinikk

Hilde Rinden, veileder, NAV Tokke (prosjektets NAV-koordinator/kontaktperson)

4. METODE

4.1. Deltagere

Personer fra Telemark, med tilhørighet til NAV-kontorene Fyresdal, Vinje, Tokke, Nissedal, Seljord og Kviteseid, som deltok i et fireukers ARR-opphold ved AiR-klinikk ble rekruttert. Deltagerne hadde arbeid som mål og var sykmeldt og/eller i ferd med å falle ut av arbeidslivet på grunn av langvarige og sammensatte lidelser knyttet til muskel/skjelettapparatet og/eller lettere psykiske lidelser. Tilsammen 41 brukere ble rekruttert i løpet av prosjektperioden 2012 – 2013. Gjennomsnittsalder var 47 år (standard avvik 6,5) og 69% var kvinner.

Deltagerne i prosjektet ble informert om innholdet i prosjektet og godkjente deltagelse i form av en samtykkeerklæring, noe som for øvrig er en del av standard praksis før brukeren kommer til et rehabiliteringsopphold ved AiR-klinikk.

Det er fire tverrfaglige team ved AiR-Klinikk og ett team ble valgt ut til å være med i prosjektet. Det tverrfaglige teamet består av en arbeidskonsulent, sykepleier, idrettspedagog, fysioterapeut og lege. Det er gruppevis inntak på 17 brukere én gang per måned.

4.2. Design

Dette prosjektet var et metode- og fagutviklingsprosjekt som innebar tverrfaglige vurderinger av funksjons- og arbeidsevne, selvrapportert vurdering av funksjons- og arbeidsevne og rapportering og videreformidling av funksjons- og arbeidsevne til NAV.

4.3. Materiale

Følgende ICF-baserte verktøy og instrumenter ble anvendt (se appendiks):

1. ICF-basert kjernesett versjon 1 (utviklet av EUMASS, Brage et al., 2008 og VIRK).
2. ICF-basert kjernesett versjon 2 (videreutviklet i løpet av prosjektperioden).
3. ICF-basert spørreskjema (utviklet i løpet av prosjektperioden og basert på Work Rehabilitation Questionnaire; Finger et al., 2013).
4. ICF-basert rapport (utviklet i løpet av prosjektperioden).

4.4. Prosedyre

I forberedelsene til utprøvingen av ICF-kjernesettet ble opplæring i å administrere verktøyet gitt av VIRK til fagpersonene i det tverrfaglige teamet. I tillegg gjennomgikk det tverrfaglige teamet sammen med fire ressurspersoner (prosjektleder og en forsker fra Nasjonalt kompetansesenter for

arbeidsretta rehabilitering og fagsjef arbeid og sjefslege ved AiR-klinikk) ICF-kategoriene i ICF-kjernesettet og vurderte at de to miljøkodene tjenester, systemer og strategier for trygdevesen (e570) og tjenester, systemer og strategier for arbeid og sysselsetting (e590) var formålstjenelige til å vurdere i en norsk ARR-setting, og ble lagt til ICF-kjernesettet før utprøvingen startet.

Gjennomføring i tverrfaglig team

Ved avsluttet rehabiliteringsopphold skåret hver enkelt fagperson i det tverrfaglige teamet hvordan de vurderte brukernes hindringer og ressurser i forhold til krav og forventninger i nåværende eller ny arbeidssituasjon. Dette ble gjort for de 35 (versjon 1) og 41 (versjon 2) ICF-kategoriene med modifikatorer fra 0 til 4 for kroppsfunksjoner og aktivitet og deltagelse (0 = ingen, 1 = lette, 2 = moderate, 3 = alvorlige, 4 = komplette). Miljøfaktorene ble angitt som barrierer med modifikatorene 0 til 4 (ingen til komplette), eller fremmede faktorer med modifikatorene 0 til +4 (ingen til komplette). Deretter, i et konsensumøte drøftet det tverrfaglige teamet skåringene for hver enkelt ICF-kategori, og der det var individuell diskrepans drøftet teamet seg frem til en felles skåring/modifikator. Ved diskrepans kom fagpersonenes ulike perspektiver og erfaringer med brukeren i løpet av det fire uker lange ARR-oppholdet tydelig frem. Modifikatorer angitt som 0 ble definert som ressurser for å komme tilbake i jobb og modifikatorer angitt som 1, 2, 3 eller 4 ble ansett som hindringer for å komme tilbake i jobb.

Grunnlaget for å vurdere kategoriene i ICF-kjernesettet var basert på kliniske undersøkelser og dialog (semi-strukturert intervju), og bruk av kartleggingsverktøy. Observasjoner av brukere, som gjøres av det tverrfaglige teamet i ulike situasjoner (i fysisk aktivitet, i undervisning, i samtaler med lege, arbeidskonsulent, sykepleier) i løpet av ARR-oppholdet, ga også et godt grunnlag for å vurdere de ulike kategoriene i ICF-kjernesettet i forhold til hindringer og ressurser for å komme tilbake i arbeid. Brukers stemme kommer frem i prosessen, og en felles vurdering ble foretatt av fagpersonene i samråd med bruker.

4.5. Dataanalyse

Frekvens av rapporterte problemer innenfor de enkelte ICF-kategoriene ble beregnet for versjon 1 og 2 av ICF-kjernesettene. Sammenligning mellom brukerens selvrapporterte funksjonsnivå ved ankomst og avreise ARR ble gjennomført med parret t-test. Signifikansnivået er satt til 0,05. Analysene ble gjennomført ved hjelp av Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versjon 19.0).

5. RESULTAT

Nedenfor beskrives videreutviklingen av ICF-kjernesett versjon 1 og utviklingen av et ICF-basert spørreskjema og en ICF-basert rapport. Relevante resultater fra ICF-kjernesett vurderingen og fra ICF-basert spørreskjema vises også.

5.1. Videreutviklet ICF-kjernesett versjon 2

I samarbeid med VIRK og NAV-kontorene i Telemark har arbeidsgruppen videreutviklet ICF-kjernesett versjon 1. Etter en systematisk gjennomgang av potensielle ICF-kategorier ble følgende 10 kategorier vurdert som formålstjenelige til å ta med i en norsk ARR-setting:

Kroppsfunksjoner (6): Temperament og personlighet, motivasjon (for å komme tilbake i arbeid), hukommelsesfunksjoner, tenkefunksjoner, synsfunksjoner, hørselsfunksjoner.

Aktiviteter og deltagelse (2): Utføre daglige rutiner, skaffe seg, beholde og avslutte et arbeidsforhold.

Miljøfaktorer (2): Legemidler, produkter og teknologi for sysselsetting.

Følgende ICF-kategorier ble vurdert som ikke formålstjenelige og ble tatt ut:

Aktiviteter og deltagelse (4): Betrakte, lytte, finere håndbevegelser, betalt sysselsetting.

5.2. ICF-basert spørreskjema og ICF-basert rapport

Utviklingen av ICF-basert spørreskjema er modellert og oversatt av arbeidsgruppen etter Work Rehabilitation Questionnaire (Finger et al., 2013). Work Rehabilitation Questionnaire er utviklet av forskningsavdelingen for ICF og Swiss Paraplegic Research, Sveits. Spørreskjemaet er et forsøk på å operasjonalisere hver enkelt ICF-kategori der kategoridefinisjonen i ICF-klassifikasjonen legger føringer for spørsmålsformuleringen. Det betyr at hver enkelt kategori er et selvrapportert spørsmål som bruker/pasient skårer.

Eksempel fra Work Rehabilitation Questionnaire:

d730, "Overall in the past week, to what extent did you have problems with... muscle strength" Gradering: "0 = No problem" til "100 = Complete problem"

Eksempel fra ICF-basert spørreskjema:

d730, "I løpet av de siste 4 ukene, i hvilken grad har du...

hatt fysisk styrke til å utføre dine vanlige daglige aktiviteter" Gradering: "0 = i veldig liten grad" til "10 = i veldig stor grad".

Brukerne fylte ut ICF-basert spørreskjema ved ankomst og avreise ARR slik at selvopplevd endring i funksjons- og arbeidsevne kunne dokumenteres. Underveis i utviklingen og utprøvingen av spørreskjemaet har brukerne gitt tilbakemelding på forståelsen av skjemaet, brukervennlighet,

instruksjoner, spørsmålsformulering, egnethet, mangler, antall spørsmål, språk og tanker om skjemaet etter utfyllingen. Derfor har spørreskjemaet vært gjennom en systematisk utprøving der justeringer og forbedringer basert på tilbakemeldingene fra brukerne har blitt implementert fortløpende.

Det tverrfaglige teamet sammenfattet funksjons- og arbeidsevnevurderingene i en ICF-basert rapport som ble sendt til brukerens lokale NAV-kontor ved avreise ARR. I tillegg mottok NAV-kontoret det ICF-baserte spørreskjemaet både fra ankomst og avreise. Innholdet i rapporten er basert på ICF-kjernesett vurderingen (tverrfaglig team) og ICF-basert spørreskjema (selvrapport fra bruker). Drøftinger mellom arbeidsgruppen og VIRK har vært foretatt fortløpende i utviklingen av den ICF-baserte rapporten. Så langt som mulig ble rapporten strukturert i henhold til NAVs arbeidsevnevurdering når det gjelder terminologi og innhold. Rapporten sammenfatter hvilke opplysninger om funksjons- og arbeidsevne AiR-Klinikk mottok fra arbeidsgiver, fastlege og NAV før oppholdet. Og gir deretter en beskrivelse av målene brukeren og det tverrfaglige teamet har satt for oppholdet, samt en oppsummering av funksjons- og arbeidsevne basert på ICF-kjernesett vurderingen og selvopplevd endring i funksjon fra det ICF-baserte spørreskjemaet. Ressurser og hindringer for å komme tilbake i arbeid gitt krav og forventninger i jobben blir også redegjort for. Hvilke mål som blir satt etter oppholdet blir synliggjort og hvilke oppgaver de ulike aktørene har i oppfølgingsarbeidet (bruker, NAV, fastlege, arbeidsgiver og AiR-Klinikk). Utviklingen av ICF-basert spørreskjema basert på ICF-kjernesettet muliggjorde en kobling av brukers (ICF-spørreskjema) og det tverrfaglige teamets (ICF-kjernesett) vurdering av brukers funksjons- og arbeidsevne. Hensikten med spørreskjemaet var brukerinvolvering slik at vurderingen både ved ankomst og avreise ARR kunne dokumenteres.

I utviklingen av den ICF-baserte rapporten har NAV-kontorene i Telemark bidratt med faglige innspill til innholdet slik at fagpersonene i det tverrfaglige teamet ved AiR-klinikk kunne foreta en mer presis, helhetlig og systematisk kartlegging. Den ICF-baserte rapporten og det ICF-baserte spørreskjemaet ga NAV-veilederen ved det lokale NAV-kontoret et godt grunnlag for å vurdere tiltak som var hensiktsmessige for en raskere og mer bærekraftig tilbakeføring til arbeid for brukeren, og videre faglig støtte om funksjons- og arbeidsevnevurderinger i oppfølgingsarbeidet med brukeren. Der det var hensiktsmessig samarbeidet NAV og brukeren sammen med arbeidskonsulenten fra AiR-Klinikk om veien videre etter ARR-oppholdet.

Et samarbeid med NAV under prosjektperioden kan oppsummeres slik: 1) En person med redusert funksjons- og arbeidsevne/som er sykmeldt henvises til AiR-klinikk. 2) Personen gjennomfører et fireukers ARR-opphold. 3) NAV mottar ICF-basert rapport og ICF-basert spørreskjema ved avreise. 4) NAV og bruker (og arbeidskonsulent fra AiR-Klinikk) drøfter resultatene av ICF-baserte verktøy som grunnlag for videre tiltak. 5. Arbeidsgruppen evaluerer informasjonen i ICF-basert rapport og drøfter hvordan funksjons- og arbeidsevnevurderingene kan forbedres slik at innholdet bedre støtter NAVs oppfølgingsarbeid av sykmeldte.

5.3. Brukere

Det tverrfaglige teamet vurderte 19 brukere med ICF-kjernesett versjon 1 og 4 brukere med ICF-kjernesett versjon 2. For ICF-basert spørreskjema fylte 9 brukere ut skjemaet ved avreise mens 9 brukere fylte ut skjemaet både ved ankomst og avreise ARR. Det ble sendt ICF-basert rapport til NAV på 11 brukere. Gjennomsnittelig sykmeldingslengde for utvalget siste år var 23 uker og majoriteten hadde en fast stilling. Tabell 1 viser alle karakteristika for utvalget.

Tabell 1. Karakteristika for utvalget angitt i gjennomsnitt, standardavvik (SD) og prosent (%).

Brukere	N = 41
Alder	47 år (SD 6,5)
Kjønn	69% kvinner
Fast / midlertidig arbeid	77% / 23%
Helt / delvis sykmeldt	40% / 60%
Sykmeldingslengde siste år	23 uker
ICF-kjernesett versjon 1.	N = 19
ICF-kjernesett versjon 2.	N = 4
ICF-basert spørreskjema	N = 18
ICF-basert rapport	N = 11

Tidsbruk for det tverrfaglige teamet ved skåring av ICF-kjernesett versjon 1 og 2 per bruker var 10-20 minutter individuelt og 30-60 minutter i konsensusmøtet. Tidsbruk per bruker for utfylling og tilbakemelding på ICF-basert spørreskjema var 15-30 minutter og tidsbruk for det tverrfaglige teamet per bruker for utfylling av ICF-basert rapport var 20-30 minutter.

Det ble rapportert problemer i alle 35 kategoriene i versjon 1 og i alle 41 kategoriene i versjon 2. med frekvens 5-95%. De hyppigst skårede ICF-kategoriene av det tverrfaglige teamet innenfor de tre emneområdene kroppsfunksjoner (Tabell 2), aktiviteter og deltagelse (Tabell 3) og miljøfaktorer (Tabell 4) er rangert etter problem.

Tabell 2. De fem ICF-kategoriene innen emneområdet kroppsfunksjoner som hyppigst ble skåret som problem samt prosent av brukere med problem (modifikator 1-4)

Emneområde / ICF-kategorier	% av brukere med problem (n = 23)
Kroppsfunksjoner	
b130 Energi og handlekraft	96
b134 Søvn	91
b152 Emosjonelle funksjoner	87
b280 Smertesans	87
b455 Fysisk kondisjon	74

Tabell 3. De fem ICF-kategoriene innen emneområdet aktiviteter og deltagelse som hyppigst ble skåret som problem samt prosent av brukere med problem (modifikator 1-4)

Emneområde / ICF-kategorier	% av brukere med problem (n = 23)
Aktiviteter og deltagelse	
d240 Meste påkjenninger og andre psykiske krav	100
d920 Rekreasjon og fritid	100
d570 Ta vare på helsen	96
d220 Utføre daglige rutiner	74
d850 Betalt sysselsetting*	63

*Denne ICF-kategorien er ikke med i videreutviklet versjon av ICF-kjernesett versjon 2 og 19 brukere ble skåret

Tabell 4. De to ICF-kategoriene innen emneområdet miljøfaktorer som ble skåret som hemmende samt prosent av brukere med problem (modifikator hemmende 1 til 4)*

Emneområde / ICF-kategorier	% av brukere med problem (n = 23)
Miljøfaktorer	
e310 Nærmeste familie	70
e460 Holdninger i samfunnet	35

*Resten av ICF-kategoriene under miljøfaktorer ble vurdert som fremmende av tverrfaglig team

Det ble anvendt en parret t-test for å undersøke i hvilke ICF-kategorier brukerne rapporterte bedring i funksjon gjennom ICF-basert spørreskjema ved ankomst og avreise. Tabell 5 viser i hvilke ICF-kategorier brukerne opplevde signifikant bedring i funksjon under oppholdet ved AiR-Klinikk.

Tabell 5. ICF-kategoriene hvor brukerne opplevde positiv endring i funksjon fra ankomst til avreise (skala ICF-basert spørreskjema: 0 = i veldig liten grad – 10 = i veldig stor grad)

Emneområder / ICF-kategorier	Gjennomsnitt ankomst	Gjennomsnitt avreise	p-verdi*
Kroppsfunksjoner			
b130 Energi og handlekraft	4,2	6,3	,009
b1301 Motivasjon (for å komme tilbake i arbeid)	6,0	7,6	,038
b140 Oppmerksomhetsfunksjoner	5,4	6,9	,063
b152 Emosjonelle funksjoner	5,7	7,3	,012
b280 Smertesans	5,9	7,2	,073
Aktiviteter og deltagelse			
d570 Ta vare på helsen	5,1	7,9	,031

*p-verdier i nærheten av 0,05 er også angitt

5.4. Lærende evaluering

Det har blitt foretatt tre lærende evalueringer i løpet av prosjektperioden med VIRK, NAV og tverrfaglig team ved AiR-Klinikk. Faglig støtte til lærende evaluering ble gitt av Marianne Sempler (pedagogisk seniorrådgiver) og Toril Dale (fagsjef nettverk og innovasjon) ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. En slik evaluering vektla en drøfting om anvendelse og organisatorisk og individuell nytte av et ICF-kjernesett og ICF-baserte verktøy for deltagerne, og verktøyenes mulighet til å støtte NAVs oppfølgingsarbeid av sykmeldte. Kjernespørsmål inkluderte i hvilken grad ICF-kjernesettet og ICF-baserte verktøy har gitt samlet organisatorisk nytte, i hvilken grad tilegnet kompetanse blir anvendt i praksis, hvilken kompetanse har aktørene tilegnet seg og hvor fornøyde var aktørene med prosjektet?

6. DISKUSJON

Prosjektet "Utprøving og videreutvikling av verktøy for vurdering av funksjonsnivå og arbeidsevne basert på ICF-kjernesett", et samarbeid mellom Rehabiliteringssenteret AiR ved AiR-Klinikk og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, VIRK og NAV Telemark, har pågått ved AiR-Klinikk i 2012 og 2013. Formålet med prosjektet har vært å systematisk bruke et ICF-kjernesett i klinisk praksis innen ARR for å vurdere funksjons- og arbeidsevne hos brukere fra NAV Telemark og samarbeide med NAV i etterkant av brukerens opphold ved AiR-Klinikk. Videre er det, basert på ICF-kjernesettet, utviklet et ICF-basert spørreskjema og en ICF-basert rapport. ICF-kjernesett versjon 1 ble videreutviklet der 10 nye ICF-kategorier ble innlemmet og 4 ble tatt ut. De nye ICF-kategoriene ble vurdert som formålstjenelige til å vurdere i klinisk praksis innen ARR.

Utgangspunktet for prosjektet var utprøving av ICF-kjernesettet utviklet av EUMASS (Brage et al., 2008) og VIRK. Personer fra NAV Telemark som var henvist til et ARR-opphold ved AiR-Klinikk ble rekruttert. Brukerne fra NAV var på forskjellige stadier med hensyn til arbeidslivsdeltagelse. Eksempelvis brukere som har og ikke hadde gjennomført dialogmøte 2, brukere som venter på en vurdering om arbeidsavklaringspenger i etterkant av ARR-oppholdet og brukere som er på arbeidsavklaringspenger. En god vurdering av funksjons- og arbeidsevne i et ICF-perspektiv foretatt av en leverandør av ARR vurderes å gi nyttig faglig dokumentasjon til NAV som arbeider med brukere på forskjellige stadier i et sykmeldingsforløp. Antall brukere fra NAV Telemark henvist til AiR-Klinikk tilsa at det var naturlig å rekruttere to brukere per inntak. Dette antallet gjorde at det tverrfaglige teamet kunne foreta en grundig vurdering av funksjons- og arbeidsevne. Kategoriene i ICF-kjernesett versjon 1 og 2 så ut til å favne brukernes problemer relatert til deres krav og forventninger i arbeid. Fagpersonene i det tverrfaglige teamet syntes å sette større fokus på aktiviteter og deltagelse og

miljøfaktorer, samt personlige faktorer. Dette som en mulig konsekvens av en systematisk vurdering av hver enkelt kategori betydning for tilbakeføring til i arbeid.

Det tverrfaglige teamet opplevde enkelte utfordringer med å bruke ICF-kjernesettet. Underveis i prosjektperioden var det ved flere anledninger skifte av fagpersoner i det tverrfaglige teamet, noe som førte til at nye fagpersoner måtte læres opp i bruk av ICF-kjernesettet. Videre var det en utfordring at hver enkelt kategori ikke er operasjonalisert for ARR noe som gjorde at den generiske kategoribeskrivelsen i ICF-rammeverket ble lagt til grunn for vurderingen. Vurderingene kunne dermed oppleves som skjønnsbaserte og til en viss grad mindre presise. Målet til WHO gjennom utvikling av kjernesett er å standardisere målinger av funksjon gjennom objektive vurderinger (WHO, 2001). Manglende operasjonalisering førte til flere diskusjoner i det tverrfaglige teamet for å relatere kategoribeskrivelsene til ARR. Dette gikk også utover den helhetlige kvaliteten på vurderingen. ICF-kjernesett som metode for en funksjons- og arbeidsevnevurdering synes ikke å være et optimalt verktøy for å kartlegge alle 17 brukere per inntak ved AiR-Klinikk. Dette også pga. at tidsbruken for å vurdere én bruker med ICF-kjernesettet var lang (30-60 minutter). Tidsbruken har også vært rapportert å være en utfordring i andre studier som har prøvd ut et ICF-kjernesett (Røe et al., 2008; Uhlig et al., 2007). Opplæring og kompetanse om ICF er nødvendig for å forstå og ta i bruk rammeverket og klassifikasjonen på en systematisk måte. Systematisk bruk av ICF ved AiR-Klinikk er avhengig av gode opplæringsrutiner og utarbeidelse av prosedyrer og manualer samt operasjonalisering av kategoriene. Dette er første skritt i en standardisering av ICF i klinisk praksis der forskning på ICF-kjernesettets validitet og reliabilitet bør undersøkes for å dokumentere hvilke kategorier som er egnet for vurdering innen ARR.

I samarbeidet med NAV ble det undersøkt om ICF-kjernesettet er et godt verktøy når det gjelder et felles språk og dokumentasjon av brukernes funksjonsevne i forhold til arbeid. Veilederne ved NAV-kontorene var enige i at kategoriene i ICF-kjernesettet var hensiktsmessige å vurdere selv om de savnet mer fokus på kategorier som har direkte med arbeid å gjøre, for eksempel relatert til personlige faktorer som mestring, selvfølelse, opplevelser og ressurser. Både arbeidsgruppen og NAV vurderte det som krevende å oppsummere en ICF-kjernesett vurdering slik at den kan støtte NAVs oppfølgingsarbeid, siden det inneholder så mange kategorier som i utgangspunktet er relevante i forhold til funksjonsevne i arbeid. Det ble enighet utover i prosjektperioden om å vurdere hver enkelt kategori opp mot ressurser og hindringer, istedenfor å fokusere på problemer. Og videre om å utvikle et selvrapportert ICF-basert spørreskjema slik at brukers stemme og oppfatning om egen funksjon kom tydelig frem.

Det kan ofte være ulik oppfatning av funksjons- og arbeidsevne mellom helsepersonell og brukere/pasienter. Det tverrfaglige teamet vurderte blant annet kategorien 'energi og handlekraft' innen emneområdet kroppsfunksjoner som en utfordring for nesten alle brukerne, mens brukerne selv opplevde signifikant bedring i 'energi og handlekraft' fra ankomst til avreise ARR. Det samme gjaldt kategorien 'ta vare på helsen' innen emneområdet aktiviteter og deltagelse. Det kan være at brukerne opplevde disse to kategoriene som hindringer i forhold til å komme tilbake i arbeid, men en signifikant selvopplevd bedring synes å reflektere positivt på oppholdet ved AiR-Klinikk. Dette belyser viktigheten av både subjektive (bruker) og, så langt som mulig, objektive (tverrfaglig team) vurderinger, men viser samtidig at brukerne og det tverrfaglige teamet kan operasjonalisere og fortolke ICF-kategoriene forskjellig (Røe et al., 2008).

Utvikling av et ICF-basert spørreskjema og en ICF-basert rapport ble godt mottatt av brukerne og av NAV. NAV fikk tilsendt både spørreskjemaet og rapporten etter at brukeren avsluttet oppholdet ved AiR-Klinikk. Disse verktøyene la grunnlaget for oppfølgings samtalen brukeren hadde med veilederen i NAV rett etter oppholdet. Spesielt det ICF-basert spørreskjemaet var nyttig for NAV ettersom brukeren og NAV-veilederen sammen kunne gå grundigere inn i hvordan brukeren opplevde egen funksjon i forhold til krav og forventninger i arbeid. Tilbakemeldingene fra brukerne under utprøvingen av spørreskjemaet belyste blant annet at de ble mer oppmerksomme på egen funksjonsevne i forhold til jobb, ettersom de fylte det ut på starten av oppholdet. AiR-Klinikk har et mål om å systematisk implementere bruken av ICF i alle fire tverrfaglige team, og et videre mål bør være å bedre integrere brukernes oppfatning av egen funksjonsevne ved ankomst, i målene det tverrfaglige teamet setter for ARR-oppholdet. Målene for veien videre etter et ARR-opphold kan også baseres på det ICF-baserte spørreskjemaet.

Prosjektet belyste en viktig prosess der vurdering av funksjons- og arbeidsevne settes i sammenheng med NAVs beslutningsgrunnlag for tiltak i en ARR-brukers situasjon, og i forhold til andre aktuelle aktører, spesielt arbeidsgiver. Et annet viktig element belyst er fokuset på krav og forventninger i brukerens arbeid, slik at vurderingen med ICF-baserte verktøy kan knyttes tettere på NAVs oppfølging av sykmeldte. Prosjektet har også gitt et godt grunnlag for å forstå hvordan samhandling mellom ARR i spesialisthelsetjenesten og NAV kan forbedres ved hjelp av nye metoder. NAVs oppfølgingsarbeid av sykmeldte er et viktig tiltak i veien tilbake til arbeid etter et ARR-opphold. Et viktig element i NAVs oppfølgingsarbeid er å gjennomføre en arbeidsevnevurdering, og vurderingene av funksjons- og arbeidsevne fra AiR-Klinikk har NAV kunnet koble direkte til arbeidsevnevurderingen. En tverrfaglig tilnærming og samhandling mellom helsepersonell og NAV kan styrke oppfølgingsarbeidet av sykmeldte, som gjør at man kan treffe bedre med tiltak i

tilbakeføringsprosessen til arbeid. Institusjoner i spesialisthelsetjenesten, som i dag bruker ICF som forståelsesramme, har et stadig større fokus på betydningen av oppfølging og god kommunikasjon med lokale aktører som NAV.

6.1. Lærende evaluering

Lærende evalueringer ble gjennomført hver for seg med VIRK, NAV og tverrfaglig team ved AiR-Klinikk. Evalueringene samlet alle personene involvert i prosjektet, og kom i tillegg til den ukentlige kontakten aktørene imellom. Evalueringene ble arrangert på ulike tidspunkt i prosjektperioden og har vært viktige prosesser i utprøvingen og utviklingen av ICF-baserte verktøy. Evalueringen er basert på Kirkpatrick's og Kirkpatrick's (2005) evalueringsteori og vektlegger anvendelse og organisatorisk nytte av et opplærings- og utviklingstiltak. Teorien definerer evaluering av utviklingsprosjekt, som det å avgjøre tiltakets *effektivitet*. Den er delt inn i fire nivåer: 1) Reaksjoner, hvor fornøyde var deltagerne med prosjektet? 2) Læring, hvilken kompetanse har deltagerne tilegnet seg? 3) Anvendelse, i hvilken grad blir tilegnet kompetanse anvendt? og 4) Organisatorisk nytte, i hvilken grad har tiltaket gitt samlet organisatorisk nytte? Spesielt evalueringen med NAV, der deltagere fra alle NAV-kontorene deltok, var nyttig, siden AiR-Klinikk ønsket å få et bedre innblikk i hva som støtter NAVs oppfølgingsarbeid av sykmeldte. Som følge av evalueringene kunne arbeidsgruppen underveis foreta nyttige og nødvendige justeringer på ICF-baserte verktøy.

6.2. ICF – reduksjonisme eller holisme?

ICF representerer både et felles språk, en teoretisk biopsykososial modell og et klassifikasjons- og kodesystem. Det er siden lanseringen av den seneste utgaven av ICF i 2001 gjennomført nærmere 700 studier, kvalitative og kvantitative, for å undersøke bruken, implementeringen og operasjonaliseringen av ICF (Cerniauskaite et al., 2011). Kan ICF, og spesielt ICF-kjernesett, erstatte andre godt validerte utfallsmål som allerede er i bruk innen ARR? Hvilket vitenskaps- og kunnskapssyn bygger ICF-modellen på, og er det dekning for å koble ICF så sterkt til den biopsykososiale modellen? (Høyem og Thornquist, 2010). En annen kritisk faktor er motsetningene mellom begrepsdefinisjoner på overordnet emne- og domenenivå og operasjonalisering av de samme begrepene i kodeverket (Høyem og Thornquist, 2010). Manglende operasjonalisering av ICF for ARR førte til ulike fortolkninger av hva det tverrfaglige teamet skulle vurdere innenfor hver enkelt ICF-kategori. Kategoridefinisjonene er ofte omfattende og inneholder flere funksjonsaspekter. Utfordringene med dette kan løses ved å velge kategorier på lavere nivå, men dette vil også kunne føre til en økt reduksjonistisk tilnærming.

Flere har kritisert utviklingen av ICF-kjernesett og spesielt argumentert med at de er sykdomsspesifikke, da helsetilstand/sykdom/lidelse står øverst i modellen (e.g., McIntyre og Tempest, 2007). Videre vurderes kjernesett som lite relevant i land som ikke tilbyr sykdomsspesifikke velferdstjenester. ICF-klassifikasjonen beskriver ikke hvordan man måler kategoriene, men bare hva som bør måles, gitt en spesifikk helsetilstand (WHO, 2001). Det er også ulike erfaringer med bruken av ICF-kjernesett i ulike land (McIntyre og Tempest, 2007): 1) Hvordan bedømme hvilke av de 1454 kategoriene som egner seg for vurdering, gitt en spesifikk helsetilstand? 2) Hvordan defineres klinisk relevans? 3) Hvordan sikrer vi at helsepersonell har kompetansen som kreves for å anvende et ICF-kjernesett? og 4) Hvordan sikre at de personlige faktorene vurderes og ses i sammenheng med de andre emneområdene? Sistnevnte er noe WHO oppfordrer helsepersonell til å gjøre til tross for at de ikke er klassifisert i ICF-rammeverket (Geyh et al., 2011). Hvem har derfor rett til å definere det gode liv (Jensen, 2009) gjennom å normbestemme funksjonsdyktighet? (Miettinen, 2009). Til tross for WHO's intensjon om mer fokus på funksjon gjennom ICF-klassifikasjonen kommer man ikke unna det faktum at mange ser klassifikasjonen som medisinsk dominert og sosiologisk underfundert (Barnes og Mercer, 2010; Imrie, 2004).

Er helsepersonell og fagpersoner i tverrfaglige team i stand til å vurdere alle aspekter ved brukerens funksjon uten å bruke et ICF-kjernesett? Det er et mål å se "hele" mennesket som deltar i ARR (CARF, 2011). Vi mennesker er tilbøyelige til å kategorisere og forenkle for å få oversikten, da vår kognitive kapasitet begrenser oss i informasjonsbehandlingen (Gazzaniga et al., 2002). Analytisk-syntetisk metode har hatt, og har, stor betydning for vestlig vitenskap der analyse består i en dekomposisjon og syntese som rekomposisjon (Nortvedt og Grimen, 2004). Analyse kommer logisk og tidsmessig før syntese. En ICF-kjernesett vurdering passer således inn i denne metoden. Men som Ståhl et al. (2009) poengterer er det ofte ulike perspektiver på arbeidsuførhet, der helsepersonell synes å ivareta en holistisk tilnærming og betrakter flere aspekter som bidrar til et individs arbeidsevne, og trykkesystemet representerer en reduksjonistisk tilnærming der sykdom, skade og lyte er de eneste valide årsakene til arbeidsuførhet (se også Øyeflaten, 2011). For å betrakte alle aspekter som kan være av betydning for tilbakeføring til arbeid i et ICF-perspektiv handler det muligens ikke om dikotomi og kategorier i et ICF-kjernesett, men bevegelser mellom poler med fokus både på det salutogene og det patogene (Nortvedt og Grimen, 2004). Det vil si å fokusere på helse og ressurser til tross for somatiske plager – et komplementært syn. Det betyr samtidig at patologi ikke bør betraktes som defekte kroppsdeler som skal repareres, men at man heller bør gi brukeren tro på at arbeid (og fritid) kan mestres til tross for at kroppen ikke er fullstendig reparert eller fungerer som den skal. En fruktbar integrasjon av en reduksjonistisk og holistisk tilnærming, to motpoler, er postulert som det som skal til for å skape en bredere holisme (Poynton, 1989).

Vitenskapsfilosofen og fysikeren Thomas Kuhn belyser en form for holisme som oppmuntrer vitenskapsmenn og kvinner til å være mottakelige for nye paradigmer og tankestiler, andre fagpersoners forslag til løsninger, som nødvendigvis ikke passer med ens egen måte å tenke og løse problemer og utfordringer på (Kuhn, 1962/1996). Parallellen til ICF er tankestilen. Er ICF en tankestil som er forenlig med ARR? En ICF-kjernesett vurdering er en form for tankestil, og anvendelse av ICFs begrepsmodell er også en tankestil, som tilnærminger i rehabiliteringsprosesser. For å oppnå mer viten og gjennomføre bedre funksjonsvurderinger av brukere som deltar i ARR bør vi være mottakelige for å prøve ut nye tilnæringsmetoder. WHO's ambisiøse prosjekt med implementering av ICF i klinisk praksis tar tid og siden 2001 er det flere fagmiljøer som dreier mot å bruke ICF som en tankestil i retning av begrepsmodellen heller enn kjernesett (Høyem og Thornquist, 2010).

6.3. ICF i klinisk praksis innen arbeidsrettet rehabilitering

Sykefravær er en utfordring innen emneområdet aktiviteter og deltagelse i en ICF-forståelse. For ARR krever det en relasjonell tekning mellom brukeren, deltagelse i arbeid og miljøfaktorer både på hjemmebane og på arbeidsplassen. Målet med videre bruk av ICF innen ARR bør fokusere på begrepsmodellen til ICF og systematisk vurdere hvor det er mest hensiktsmessig å intervensere (aktiviteter og deltagelse, miljøfaktorer, personlige faktorer) (e.g., Østensjø og Sjøberg, 2012). Bruken av begrepsmodellen kan føre til en felles og utvidet forståelse funksjons- og arbeidsevne innen ARR. Et ICF-kjernesett kan kombineres med bruken av begrepsmodellen, men da bør målet med videre forskning og utvikling inkludere evidensbaserte ICF-kategorier (inkludert personlige faktorer), det vil si, kategorier vi vet har betydning for en bærekraftig tilbakeføring til arbeid (e.g., motivasjon for å komme tilbake i arbeid, mestringsforventning, samhandling, opplevelser av smerter og helseplager) (e.g., Loisel og Anema, 2013). Vi sikrer ikke en helhetlig forståelse av mennesket med et ICF-kjernesett siden tankestilen synes å være patologisk. Det salutogene perspektivet kan bare ivaretas dersom helsepersonell har en bevisst forståelse om og bruk av ICF for å fange menneskers subjektive egenskaper. Derfor synes det viktig å fremheve brukernes ressurser, både personlige og i omgivelsene for å øke sjansen for en bærekraftig tilbakeføring til arbeid (Ueda og Okawa, 2003). For eksempel vil en vurdering av brukernes livsstil, mestringsforventning, fysisk form, livserfaringer, ressurser, selvfølelse, jobbtillfredshet, forventning om å komme tilbake i arbeid og frykt for arbeid være viktig å kartlegge (Ueda og Okawa, 2003; Øyeflaten et al., 2008).

Nylig ble det undersøkt betydningen av ulike miljøfaktorer og personlige faktorer som støtter en raskere tilbakeføring til arbeid for personer som er sykmeldt (Hoefsmit et al., 2013). Gjennom intervjuer med ledere, ansatte og fysikalsk medisinerere i ulike bedrifter ble miljøfaktorene 'sosial støtte', 'troen på at arbeid er godt for helsen', 'samarbeid mellom interessenter' og 'arbeidsgivers

kommunikasjonsferdigheter' ansett som viktige for å komme tilbake til arbeid. Den personlige faktoren 'positiv persepsjon av arbeidssituasjonen' ble også ansett som viktig for en tidlig retur til arbeid. Forfatterne argumenterte for at helsepersonell kan bruke ICF til å beskrive miljøfaktorene fremhevet og at arbeidsrettede intervensjoner kan målrettes etter disse faktorene. Dette er et eksempel på hvordan begrepsmodellen kan brukes ved å først gjennomføre intervjuer og kartlegging, og deretter iverksettes tiltak basert på ICFs begrepsmodell.

Bruken av ICFs begreps- og forståelsesmodell bygger oppunder det synet at rehabilitering handler om å etablere en mulighet for deltagelse etter personers eget ønske og motivasjon (Nordenfelt, 2006) og å styrke de subjektive egenskapene ved menneskelig fungering (Ueda og Okawa, 2003). Subjektive erfaringer er et sett av kognitive, emosjonelle og motivasjonstilstander hos et individ. Det er ikke en passiv respons på helsetilstander, handikap eller negativt miljø, men et sett av aktive reaksjoner på disse, basert på personlighet, verdssystem, selvbilde, tilfredshet, livsmening og mestringserfaring (Ueda og Okawa 2003). Med dette som bakteppe kan en pragmatisk bruk av ICF som begrepsmodell innen ARR først illustreres med noen nøkkelspørsmål og aspekter ved begrepene (e.g., Leyshon og Shaw, 2008):

- 1) Hvordan skal vi beskrive funksjonsevne basert på ressurser og hindringer?
- 2) Hvilke mål skal settes for rehabiliteringsprosessen?
- 3) Hvilke tiltak er det behov for?
- 4) Hvem gjør hva for å sikre koordinerte tjenester?

-Relatert til personlige faktorer.

-Relatert til evnen en person har til utførelse av oppgaver, handlinger eller aktiviteter og deltagelse gjennom engasjement og opplevelse, samt hans/hennes kapasitet.

-Relatert til hemmende og fremmende miljøfaktorer på arbeidsplassen, i hjemmet eller i samfunnet.

En støtte til nøkkelspørsmålene kan være å bruke ICF-basert spørreskjema for å kartlegge brukernes egen oppfatning av funksjons- og arbeidsevne og endringer brukeren opplever i løpet av et ARR-opphold. Dette kan sammenfattes i en sluttrapport/epikrise til NAV, fastlege og arbeidsgiver, der deler av rapporten kan baseres på, og illustreres gjennom, begrepsmodellen til ICF som beskrevet i punktene ovenfor og prøvd ut i dette prosjektet. I tillegg kan det være nyttig å se til NAVs egenvurderings- og arbeidsevnevurderingsskjema for innspill til fokusområder under begrepene i ICF-modellen. Dette danner grunnlaget for et felles språk mellom en ARR-institusjon og NAV. Tilslutt kan det også være nyttig å se til Forsäkringskassan i Sverige som har utviklet standard skjema for arbeidsevnevurdringer basert på ICF gjennom en tverrfaglig vurdering av brukeren.

7. KONKLUSJON

Et ICF-kjernesett for ARR favnet brukernes hindringer og ressurser for å komme tilbake i arbeid. En systematisk bruk av et ICF-kjernesett i klinisk praksis er imidlertid tidkrevende og utfordrende å implementere og administrere på alle 17 brukere som gjennomfører et fireukers opphold ved AiR-Klinikk. Et ICF-basert spørreskjema var nyttig både for NAV, brukeren og det tverrfaglige teamet. Før spørreskjemaet tas videre i bruk bør skjemaets validitet og reliabilitet undersøkes for å sikre den empiriske kvaliteten. En ICF-basert rapport er nyttig da den gir en kort og konkret oppsummering av funksjons- og arbeidsevne samt konkretiserer veien videre for brukeren. Innholdet i rapporten, basert på begrepsmodellen i ICF, vil være et innspill til, og forbedring av, nåværende epikrise/sluttrapport ved AiR-Klinikk, for å sette mer fokus på funksjon i forhold til krav og forventninger i brukerens arbeid.

En implementering av ICF i klinisk og vitenskapelig arbeid vil kreve videre kritisk evaluering og vitenskapelige studier, samt grundig opplæring i ICF-rammeverket slik at begrepsmodellen i ICF kan anvendes som en hensiktsmessig metode i det kliniske arbeidet ved AiR-Klinikk og andre ARR-institusjoner. Dette i kombinasjon med å kartlegge personlige faktorer og sørge for at disse fanges opp i klinisk praksis.

Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering og AiR-Klinikk vil arbeide videre med å implementere relevante prosjekresultater og heve kompetansen på ICF blant alle ansatte i klinikken. En systematisk bruk av ICF videreføres ved AiR-Klinikk. Gjennom prosjektet har kompetansen på ICF økt betraktelig og gitt et godt grunnlag for videre implementering av begrepsmodellen i ICF i klinisk praksis. Gjennom implementeringen kan ICF-rammeverkets plattform i større grad benyttes som et felles språk.

Et av virksomhetsområdene for Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering er å få ny kunnskap ved å forske og drive fagutvikling, samt å formidle kunnskapen slik at resultatene også brukes i praksis. Kompetansesenteret vil derfor gjøre resultatene og erfaringene fra prosjektet tilgjengelig for nettverket av institusjoner som tilbyr ARR.

8. REFERANSER

- Barnes, C., & Mercer, G. (2010). Exploring disability (2nd ed.). Cambridge: Polity Press.
- Bautz-Holter, E., Sveen, U., Cieza, A., Geyh, S., & Røe, C. (2008). Does the international classification of functioning disability and health (ICF) core set for low back pain cover the patients' problems? A cross-sectional content-validity study with a Norwegian population. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44, 387-397.
- Brage, S., Donceel, P., & Falez, F. (2008). Development of ICF core set for disability evaluation in social security. *Disability and Rehabilitation*, 30(18), 1392-1396.
- Brage, S., Fleten, N., Knudsrød, O. G., Reiso, H., & Ryen, A. (2004). *Tidsskrift for den norske legeforening*, 124, 2472-2474.
- Commission on Accreditation for Rehabilitation Facilities (CARF). (2011). Medical rehabilitation program descriptions.
- Cerniauskaite, M., Quintas, R., Boldt, C., Raggi, A., Cieza, A., Bickenbach, J. E., & Leonardi, M. (2011). Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disability and Rehabilitation*, 33, 281-309.
- Fagrådet for AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. (2011). Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. http://www.arbeidoghelse.no/sites/default/files/downloads/kvalitetsmal_april_2011.pdf.
- Finger, M. E., Escorpizo, R., Bostan, C., & De Bie, R. (2013). Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ): development and Preliminary Psychometric Evidence of an ICF-Based Questionnaire for Vocational Rehabilitation. *Journal of Vocational Rehabilitation*, Epub ahead of print.
- Finger, M. E., Escorpizo, R., Glässel, A., Gmünder, H. P., Lückenkemper, M., Chan, C., Fritz, J., Studer, U., Ekholm, J., Kostanjsek, N., Stucki, G., & Cieza, A. (2012). ICF core set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. *Disability & Rehabilitation*, 34(5), 429-438.
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., & Mangun, G. R. (2002). *Cognitive neuroscience: the biology of the mind* (2nd ed.). New York, London: Norton & Company.
- Geyh, S., Peter, C., Müller, R., Bickenbach, J. E., Kostanjsek, N., Üstün, B. T., Stucki, G., & Cieza, A. (2011). The personal factors of the international classification of functioning disability and health in the literature – a systematic review and content analysis. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1089-1102.
- Haugsbø, A., & Larsen, B-I. (2004). ICF – ny internasjonal klassifikasjon av funksjon og helse. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 19, 2514.
- Hoefsmit, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. (2013). Environmental and personal factors that support early return-to-work: a qualitative study using the ICF as a framework. *Work*, Epub ahead of print.

- Høyem, A., & Thornquist, E. (2010). Et kritisk blikk på ICF – måleverktøy og forståelsesmodell. *Sykepleien Forskning*, 1(5), 46-53.
- Imrie, R. (2004). Demystifying disability: a review of the international classification of functioning and health. *Sociology of Health and Illness*, 26(3), 287-305.
- Jensen, U. J. (2009). Sygdoms- og sunhedsbegreper i rehabiliteringspraksis. I: C. V. Nielsen (red.): Rehabilitering for sunhedsprofessionelle. København: Gads Forlag.
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2005). Transferring learning to behavior: using the four levels to improve performance. San Francisco, California: Berrett-Koehler Publishers.
- Kuhn, T. (1962/1996). Vitenskapelige revolusjoners struktur. Oslo: Spartacus Forlag.
- Leyshon, R. T., & Shaw, L. E. (2008). Using the ICF as a conceptual framework to guide ergonomic intervention in occupational rehabilitation. *Work*, 31, 47-61.
- Loisel, P., & Anema, J. R. (2013). *Handbook of Work Disability: prevention and Management*. New York: Springer.
- McIntyre, A., & Tempest, S. (2007). Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 29(18), 1475-79.
- Miettinen, S. (2009). Constructions of disabilities in WHO's classification. Changes and continuities. Paper presented at the 10th NNDR conference, Nyborg, Denmark.
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011). Særtrykk av St.prp.nr.1 (2007-2008) kapittel 9.
- Nordenfelt, L. (2006). Reply to the commentaries. *Disability and Rehabilitation*, 28(23), 1487-1489.
- Nordenfelt, L. (2008). *The concept of work ability*. Brüssel: Peter Lang Publishing.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Poynton, J. C. (1989). Holistic thinking in medicine: pitfalls and possibilities holistic medicine, 4, 137-144.
- Røe, C., Sveen, U., Cieza, A., Geyh, S., & Bautz-Holter, E. (2009). Validation of the brief ICF core set for low back pain from the Norwegian perspective. *European Journal of Physical Rehabilitation Medicine*, 45, 403-414.
- Røe, C., Sveen, U., Kristoffersen, O. J., Fossen, B., Hammergren, N., Iversen, V. T., & Hannestad, K. (2008). Utprøving av ICF-kjernesett for korsryggsmerter. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 128, 2706-2708.

- Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., & Ekberg, K. (2009). The work ability divide: holistic and reductionistic approaches in Swedish interdisciplinary rehabilitation teams. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(3), 264-273.
- Tengland, P. A. (2011). The concept of work ability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 275-285.
- Ueda, S., & Okawa, Y. (2003). The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disability and Rehabilitation*, 25(11-12), 596-601.
- Uhlig, T., Lillemo, S., Moe, R. H., Stamm, T., Cieza, A., Boonen, A., Mowinckel, P., Kvien, T. K., & Stucki, G. (2007). Reliability of the ICF Core Set for rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66(8), 1078-1084.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO.
- Østensjø, S., & Sjøberg, H. L. (2012). ICF som begrepsapparat og klassifikasjonssystem. I: Solvang, P.K. & Slettebø, Å. (red): *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Øyeflaten, I. (2011). Subjektivitet ved sykmelding. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 131, 1308-1301.
- Øyeflaten, I., Hysing, M., & Eriksen, H. R. (2008). Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 548-554.

APPENDIKS

APPENDIKS A	ICF-kjernesett versjon 1	30
APPENDIKS B	ICF-kjernesett versjon 2	31
APPENDIKS C	ICF-basert spørreskjema (side 1 av 3 vises)	32
APPENDIKS D	ICF-basert rapport	33

APPENDIKS A

ICF-kjernesett versjon 1

AiR versjon 4, 16.feb.12

ICF-kategorier	ICF-modifikatorkoder								Fagperson	
	Ressurser og hindringer									
b – Kroppsfunksjoner d – Aktiviteter og Deltagelse	Spørreskjema								Fagperson	
	0	1	2	3	4					
b130 Energi og handlekraft									LS	
b134 Søvn									LS	
b140 Oppmerksomhetsfunksjoner									LSIFA	
b152 Emosjonelle funksjoner									LS	
b164 Høyere kognitive funksjoner									LSA	
b280 Smertesans									LF	
b455 Fysisk kondisjon									LFI	
b710 Leddbevegelighet									LFI	
b730 Muskelstyrke									LFI	
d110 Betrakte									LA	
d115 Lytte									LA	
d155 Tilegne seg ferdigheter									LIFA	
d177 Ta beslutninger									LSIFA	
d220 Utføre multiple oppgaver									LSIFA	
d240 Mestres påkjenninger og andre psykiske krav									LSA	
d3 Kommunikasjon									LSIFA	
d410 Endre grunnleggende kroppsstillinger									LFI	
d415 Opprettholde en kroppsstilling									LFI	
d430 Løfte og bære gjenstander									F	
d440 Finere håndbevegelser									F	
d445 Bruke hender og armer									FI	
d450 Gå									I	
d470 Bruke transportmidler									LA	
d570 Ta vare på helsen									LSIF	
d720 Sammensatte mellommenneskelige interaksjoner									LS	
d760 Familierelasjoner									LS	
d820 Skoleutdanning									A	
d850 Betalt sysselsetting									A	
d870 Være økonomisk selvhjulpen									LA	
d920 Rekreasjon og fritid									LSIFA	
e – Miljøfaktorer	Fremmende				Hemmende					
	4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4	
e310 Nærmeste familie										LS
e460 Holdninger i samfunnet										LA
e570 Tjenester, systemer og strategier for trygdevesen										LA
e580 Tjenester, systemer og strategier for helsevesen										LSA
e590 Tjenester, systemer og strategier for arbeid og sysselsetting										A

Kommentarer og kriterier for vurderingen:

APPENDIKS B

ICF-kjernesett versjon 2

AiR versjon 5, 27.nov12

ICF-kategorier	ICF-modifikatorkoder								Fagperson	
	Ressurser og hindringer									
	Måleverkøy	0	1	2	3	4				
b – Kroppsfunksjoner										
d – Aktiviteter og Deltagelse										
b126 Temperament og personlighet									L S	
b130 Energi og handlekraft									L S I	
b1301 Motivasjon (for å komme tilbake i arbeid)									A	
b134 Søvn									L S	
b140 Oppmerksomhetsfunksjoner									L S I F A	
b144 Hukommelsesfunksjoner									L S I F A	
b152 Emosjonelle funksjoner									L S	
b160 Tenkefunksjoner									L S	
b164 Høyere kognitive funksjoner									L S A	
b210 Synsfunksjoner									L	
b230 Hørselsfunksjoner									L	
b280 Smertesans									L F	
b455 Fysisk kondisjon									L I F	
b710 Leddbevegelighet									L I F	
b730 Muskelstyrke									L I F	
d155 Til egne seg ferdigheter									L I F A	
d177 Ta beslutninger									L S I F A	
d220 Utføre multiple oppgaver									L S I F A	
d230 Utføre daglige rutiner									L S I F A	
d240 Mestre påkjenninger og andre psykiske krav									L S A	
d3 Kommunikasjon									L S I F A	
d410 Endre grunnleggende kroppsstillinger									L I F	
d415 Opprettholde en kroppsstilling									L I F	
d430 Løfte og bære gjenstander									F	
d445 Bruke hender og armer									I F	
d450 Gå									I	
d470 Bruke transportmidler									L A	
d570 Ta vare på helsen									L S I F	
d720 Sammensatte mellommenneskelige interaksjoner									L S	
d760 Familierelasjoner									L S	
d820 Skoleutdanning (+ lese/skrive)									A	
d870 Være økonomisk selvhjulpen									L A	
d845 Skaffe seg, beholde og avslutte et arbeidsforhold									L S I F A	
d920 Rekreasjon og fritid									L S I F A	
e – Miljøfaktorer	Fremmende				Hemmende					
	4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4	
e1101 Legemidler										L
e135 Produkter og teknologi for sysselsetting										F A
e310 Nærmeste familie										L S
e460 Holdninger i samfunnet										L A
e570 Tjenester, systemer og strategier for trykkesvesen										L A
e580 Tjenester, systemer og strategier for helsevesen										L S A
e590 Tjenester, systemer og strategier for arbeid og sysselsetting										A

Kommentarer og kriterier for vurderingen:

Foreslåtte kategorier som bør ut:

Betrakte, lytte, finere håndbevegelser, betalt sysselsetting

APPENDIKS C

ICF-basert spørreskjema



Rehabiliteringssenteret AIR AS
1814 Fouleås
TEL: 75 46 38 70
LØSPLASS
2008-2018
Digital 554 45 011

ICF-basert spørreskjema for arbeidsrettet rehabilitering

ID.Nr. _____

Dato: _____

På en skala fra 0-10 (0 = i veldig liten grad; 10 = i veldig stor grad) ber vi deg vurdere hvordan du opplever din funksjonsevne på ulike områder i løpet av de siste 4 ukene. Vi er spesielt interessert i de områdene som har betydning i forhold til din evne til å utføre ditt arbeid eller kunne komme i arbeid. Hvis du kommer til et spørsmål du mener ikke er relevant, kan du sette et kryss i kolonnen "ikke relevant". Svar på alle spørsmålene så presist som mulig.

DEL 1: BAKGRUNNSINFORMASJON

1. Alder
2. Kjønn kvinne mann

DEL 2: SPØRSMÅL OM FUNKSJON INNEN ARBEIDSRETTET REHABILITERING

I løpet av de siste 4 ukene, i hvilken grad har du...		I veldig liten grad (0) – I veldig stor grad (10)	Ikke relevant
MENTALE FUNKSJONER			
b126	...følt deg rolig, fattet og i likevekt?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b130	...følt deg opplagt i løpet av dagen?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b1301	...vært motivert for å komme tilbake i arbeid	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b134	...sovet godt, sovet uavbrutt og hatt god søvnkvalitet?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b140	...evnet å holde oppmerksomheten på en bestemt oppgave?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b144	...husket å gjøre viktige ting hjemme eller på AiR?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b152	...følt deg glad?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b152	...følt deg ubekymret?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b164	...funnet løsninger på problemer i hverdagen?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
SANSEFUNKSJONER OG AKTIVITET			
b210	...sett og gjenkjent en ting på en armlengdes avstand?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b210	...sett og gjenkjent en person du kjenner på andre siden av veien (avstand på cirka 20 meter)?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b730	...hatt fysisk styrke til å utføre dine vanlige daglige aktiviteter?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

APPENDIKS D

ICF-basert rapport

ICF-basert rapport til NAV

Navn:	Inntak fra – til:
-------	-------------------

Instrumenter/spørreskjemaer som støtter vurderingen

ICF-basert spørreskjema

1. Før ARR-opphold (ved innsøking):

- Arbeidsgiver beskriver krav og forventninger i jobben (f.eks. stillingsinstruks, oppfølgingsplan)
 -
- Fastlege beskriver funksjons- og arbeidsevne
 -
- Nav beskriver funksjons- og arbeidsevne (f.eks. arbeidsevnevurdering)
 -

2. Mål med ARR-opphold med ICF-modellen som utgangspunkt:

- Tverrfaglig kartlegging uke 1 av ARR-opphold (brukeren og teamet)
 - Mål 1: **Arbeid bør være mål nummer 1**
 - Mål 2:
 - Mål 3:

3. Oppsummering for ARR-opphold (f.eks. individ-, arbeids- og omgivelsesforhold):

- Vurdering av funksjons- og arbeidsevne
 - Aktiviteter og deltagelse, personlige faktorer, miljøfaktorer, kroppsfunksjoner:
- Ressurser for å komme tilbake i arbeid relatert til krav/forventninger i jobben
 - 1:
 - 2:
- Hindringer for å komme tilbake i arbeid relatert til krav/forventninger i jobben
 - 1:
 - 2:
- Mål **etter** ARR-opphold (redegjør dersom mål med ARR-opphold er forskjellig fra mål etter ARR-opphold):
 - Mål 1:
 - Mål 2:
 - Mål 3:

4. Tiltak etter ARR-opphold – hvem gjør hva:

- Bruker:
- Arbeidsgiver:
- Bedriftshelsetjeneste:
- Nav:
- Fastlege:
- Arbeidskonsulent AiR:
- Andre aktører: