

# Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering

## Sammendrag

I Stortingsmelding nr. 21 (1998–1999) defineres rehabilitering som «tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet». Med denne definisjonen målbæres et moderne rehabiliteringsbegrep hvor eierforholdet til rehabiliteringsprosessen er flyttet fra helsetjenesten til brukeren. Brukerens behov er satt i sentrum og skal være utgangspunkt for mål, tiltak og organisering i rehabiliteringsarbeidet. Videre har deltakelse sosialt og i samfunnet blitt et uttalt mål. En slik forståelse av rehabilitering må ha konsekvenser for valg av metoder i praksis og forskning.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Ingvild Kjeklen

[ingvild.kjeklen@diakonsyk.no](mailto:ingvild.kjeklen@diakonsyk.no)  
Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter

## Tore Kristian Kvien

Revmatologisk avdeling

## Hanne Dagfinrud

Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter

Diakonhjemmet Sykehus  
Postboks 23 Vinderen  
0319 Oslo

Personer med behov for rehabilitering har til felles at de har varig skade eller sykdom som har fått funksjonelle konsekvenser. Ifølge Verdens helseorganisasjon kan slike konsekvenser klassifiseres i to hoveddimensjoner: Som avvik i kroppsfunksjoner og strukturer (f.eks. nedsatt leddbevegelighet eller tap av en kroppsdel) eller som begrensninger i forhold til mestring av dagliglivets aktiviteter (ADL) og/eller deltakelse i arbeidsliv, fritidsaktiviteter og samfunnet for øvrig (1).

Selve rehabiliteringsprosessen kan grovt deles inn i tre hovedfaser: Utredning med problemformulering, utforming av mål og tiltak og til slutt gjennomføring av tiltak (2). I utredningsfasen er det viktigste vurderingen av hvilke helse- og funksjonsproblemer den enkelte bruker har, og graden av dem. Dette vil være en del av grunnlaget for å utforme mål og tiltak. For å kunne overvåke og evaluere resultatene av prosessen må vurderingene eller målingene gjentas underveis og ved avsluttet rehabilitering. Skal man kunne vurdere effekten av rehabilitering, må dessuten resultatene fra mange personers forløp analyseres. Videre bør pasientene følges i en periode etter avsluttet rehabilitering, og forløpet bør helst sammenliknes med forløpet til en kontrollgruppe som ikke har gjennomgått samme prosess.

Som grunnlag for utvikling, målretting og evaluering av helsetjenester er det også nødvendig å registrere funksjonelle konsekvenser i større grupper over tid. Dette vil gi kunnskap om prognose og om hva ulike sykdommer eller tilstander innebærer i form av funksjonshemming og behandlingsbehov. Videre gir det mulighet for å vurdere om helsetilstand og funksjon påvirkes gjennom endring av helsetjenestetilbudet, for eksempel gjennom innføring av nye medikamenter, tiltak eller retningslinjer for behandling.

## Instrumenter for funksjonsvurdering

Instrumenter for funksjonsvurdering har tre hovedformål: Å beskrive nåværende funksjon, å måle endringer over tid og/eller å predikere fremtidig funksjon. De kan klassifiseres ut fra måten de er konstruert eller bygd opp på og i forhold til hva de måler. Ofte skiller man mellom objektive og subjektive instrumenter (fig 1).

De såkalt objektive instrumentene er utviklet innenfor et medisinsk perspektiv, med vekt på å skille friskt fra sykt og på å gradere avvik fra normal funksjon. Vurderingen foregår ved bruk av medisinskteknisk utstyr, for eksempel goniometer for måling av leddutslag, eller ved at helsepersonell observerer og graderer hvordan pasienten utfører standardiserte handlinger eller aktiviteter, såkalte ADL-indekser. Man benytter som regel et utvalg av aktiviteter som helsepersonell anser som viktige for at pasienten skal være mest mulig selvhjulpent. Vanlig er personlig stell, mobilitet, husarbeid og kommunikasjon (3). Disse objektive metodene har det til

felles at de kan brukes hos de fleste pasienter (også i akutfase), fordi de krever lite medvirkning fra pasienten, utover evnen til å følge instruksjon.

Fra 1980-årene ble pasientene i større grad involvert gjennom selvrappotering av funksjon. Samtidig ble aktivitetsperspektivet utvidet til å inkludere arbeid og sosiale aktiviteter (4). Stadig bedre datateknologi ga også muligheter til å analysere store datasett, og en rekke spørreskjemaer ble utviklet og tatt i bruk. Et eksempel er Medical Outcome 36-item Short Form Health Survey (SF-36), som her til lands er brukt for å vurdere funksjon og helserelatert livskvalitet i en rekke pasientgrupper (5).

Utover i 1990-årene ble brukerperspektivet tillagt stadig større vekt. Som et resultat av dette ble det utviklet instrumenter der pasienten gjennom intervju selv skal beskrive og prioritere aktiviteter og mål, for så å vurdere funksjon og progresjon i forhold til disse (6). Slike pasientspesifikke instrumenter fordrer aktiv medvirkning fra brukeren, noe som viser seg å gjøre rehabiliteringen mer effektiv (7). Eksempler på pasientspesifikke instrumenter som brukes innen rehabilitering i Norge er Goal Attainment Scaling (8), Canadian Occupational Performance Measure (9) og Patient Specific Functional Scale (10).

## Strategier for valg av metoder

Ved valg av instrument må det tas hensyn til i hvilken grad det er kvalitetssikret i forhold til innhold (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Videre må man spørre om det er egnet til å fange opp de endringer man ønsker å oppnå gjennom tiltakene som iverksettes (responsivitet). Det er også avgjørende at instrumentet er anvendelig under de forhold det skal brukes, enten dette er klinisk praksis eller innen forskning. Mens det nærmest blir tatt som en selvfølge at de objektive instrumentene er pålitelige og gyldige, har dette

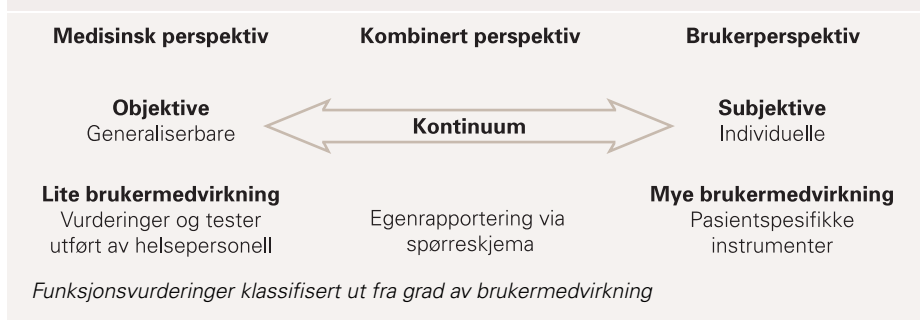


## Hovedbudskap

- Brukerens behov skal være utgangspunkt for mål, tiltak og organisering i alt rehabiliteringsarbeid
- Dokumentasjon av rehabiliteringseffekt forutsetter bruk av kartleggingsmetoder og instrumenter som ivaretar brukerens prioriterte behov og mål

**Tabell 1** Bruk av måleinstrumenter på individ-, gruppe- og samfunnsnivå i faser av et rehabiliteringsforløp. Begrepene primær- og sekundærrehabilitering er forklart i artikkelen

|                                                                                                | Primærrehabilitering                  | Sekundærrehabilitering                                                | Etablert funksjonsnedsettelse                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <i>Individnivå</i><br>Måle og evaluere individuelle rehabiliteringsforløp                      | Objektive instrumenter                | Objektive instrumenter + individualiserte instrumenter                | Objektive instrumenter + individualiserte instrumenter                |
| <i>Gruppenivå</i><br>Beskrive og sammenlikne typisk funksjon og nytte av rehabiliteringstiltak | Objektive instrumenter + spørreskjema | Objektive instrumenter + individualiserte instrumenter + spørreskjema | Objektive instrumenter + individualiserte instrumenter + spørreskjema |
| <i>Samfunnsnivå</i><br>Dokumentere forløp og konsekvenser                                      | Spørreskjema                          | Spørreskjema                                                          | Spørreskjema                                                          |

**Figur 1**

vært svært omdiskutert når det gjelder pasientenes egenrapportering via spørreskjemaer og pasientspesifikke instrumenter (3, 11). Nyere forskning viser imidlertid at slike egenrapporteringer som regel både er pålitelige og til tider også mer sensitive for endring enn vurderinger foretatt av helsepersonell (8, 9, 12).

I starten av et rehabiliteringsforløp, spesielt der det dreier seg om primærrehabilitering etter nyopptatt skade eller sykdom, er det nødvendig å danne seg et bilde av status for funksjon og funksjonssvikt. Målet i en slik fase vil ofte være å gjenopprette normal funksjon så langt som mulig og å forebygge ytterligere funksjonssvikt. I denne situasjonen er de objektive undersøkelsene og vurderingene best egnet (tab 1).

I tilfeller der pasienten ikke kan komme tilbake til sitt opprinnelige funksjonsnivå, vil primærrehabilitering være utilstrekkelig. I den videre rehabilitering (sekundærrehabilitering) vil innsatsen dreies mer mot å optimalisere mestring av daglige aktiviteter og deltakelse i arbeidsliv og samfunnsliv (13). Da er det behov for metoder som gir innblikk i pasientens egne vurderinger og prioriteringer av hva som er viktig i livet. De pasientspesifikke instrumentene ivaretar dette ved at den enkeltes ønsker og behov beskrives og kan danne grunnlag for mål, intervensjon og evaluering av tiltak og prosess. Slike instrumenter er dermed best egnet for slike formål.

Som det fremgår av dette har både objektive og pasientspesifikke målemetoder en naturlig plass i utredning og evaluering,

både når det gjelder individuelle rehabiliteringsforløp og for å beskrive og sammenlikne funksjon og nytte av rehabiliteringstiltak (tab 1). Imidlertid er begge metodene ressurskrevende, idet de krever opplæring av helsepersonell og forutsetter møte mellom pasient og behandler. I større epidemiologiske undersøkelser, hvor ressursbruken per informant må ligge på et nøkternt nivå, er derfor selvrappotering gjennom spørreskjema bedre egnet.

### Konklusjon

Rehabilitering er ressurskrevende, både for de enkeltpersoner som er involvert og for samfunnet. Krav om kunnskapsbasert praksis øker nødvendigheten av å dokumentere innhold, prosess og nytte av rehabiliteringsforløp. Gjennom relevant og systematisk måling og evaluering i klinisk praksis legges det et godt grunnlag for slik dokumentasjon. Rehabilitering som en individuell og målstyrt prosess forutsetter bruk av kartleggingsmetoder og instrumenter som ivaretar brukerens prioriterte behov og mål og intervensjon som retter seg mot disse målene. Først når også evalueringsmetodene speiler dette individuelle innholdet, vil den reelle nytten av rehabiliteringsprosessen kunne dokumenteres.

### Litteratur

1. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genève: World Health Organization, 2001.
2. Wekre LL, Vardeberg K, red. Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.

3. Cup EH, Scholte op Reimer WJ, Thijssen MC et al. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. Clin Rehabil 2003; 17: 402–9.
4. Fries JF, Spitz P, Kraines RG et al. Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis Rheum 1980; 23:137–45.
5. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473–83.
6. Donnelly C, Carswell A. Individualized outcome measures: a review of the literature. Can J Occup Ther 2002; 69: 84–94.
7. Levack WM, Taylor K, Siegert RJ et al. Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. Clin Rehabil 2006; 20: 739–55.
8. Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure: a systematic review. Clin Rehabil 2006; 20: 756–72.
9. Carswell A, Mccoll MA, Baptiste S et al. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. Can J Occup Ther 2004; 74: 210–22.
10. Westaway MD, Stratford PW, Binkley JM. The patient-specific functional scale: validation of its use in persons with neck dysfunction. J Orthop Sports Phys Ther 1998; 27: 331–8.
11. Wolfe F, Pincus T. Listening to the patient: a practical guide to self-report questionnaires in clinical care. Arthritis Rheum 1999; 42: 1797–808.
12. Strand V, Cohen S, Crawford B et al. Patient-reported outcomes better discriminate active treatment from placebo in randomized controlled trials in rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford) 2004; 43: 640–7.
13. Lie I. Rehabilitering og habilitering. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.

Manuskriptet ble mottatt 12.12. 2006 og godkjent 23.1. 2007. Medisinsk redaktør Geir Jacobsen.