

Utprøving av ICF-kjernesett for korsryggssmerter

Sammendrag

Bakgrunn. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemning og helse (ICF) er et globalt rammeverk og klassifikasjonssystem. For å fremme implementeringen av ICF i klinisk praksis startet utviklingen av ICF-kjernesett for kroniske lidelser. Et foreløpig kjernesett for korsryggssmerter med 78 kategorier ble utarbeidet for internasjonal utprøving i klinisk sammenheng.

Materiale og metode. ICF-kjernesett ble benyttet av helsepersonell for å skåre pasientenes problemer i de 78 ICF-kategoriene. Kategoriene ble angitt med modifikatorer innenfor emneområdene kroppsfunksjoner- og strukturer, aktivitet og deltakelse og miljøfaktorer. Tidsbruk og nytteverdi ved skåring av ICF-kjernesett ble angitt.

Resultater. Pasientene (n = 118) hadde problemer i alle 78 kategorier med frekvens 5–95 %, og den eneste kategorien som helsepersonell anga at manglet i kjernesettet var *b265 Berøringsans*. Miljøfaktorer ble hyppig skåret, oftest som fremmende, men også som hemmende faktorer. Det ble avdekket diskrepans mellom kliniske begreper og termene i ICF. Opplevelse av nytteverdi varierte. Tidsbruk var i gjennomsnitt 48 minutter (SD 25 minutter).

Fortolkning. ICF-kjernesett for korsryggssmerter kan anvendes klinisk og synes å gi et økt perspektiv på deltakelse og miljøfaktorer. Kjennskap til ICF og opplæring i bruk av kjernesett er nødvendig og må vektlegges dersom man ønsker en klinisk implementering.

Cecilie Røe

e.c.t.roe@medisin.uio.no

Unni Sveen

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Ole Jo Kristoffersen

Hernes institutt
Hernes

Bjarte Fossen

Hauglandsenteret
Flekke

Nini Hammergren

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Ullevål universitetssykehus

Vibeche Thon Iversen

Kristin Hannestad

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Haukeland Universitetssykehus

Erik Bautz-Holter

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Ullevål universitetssykehus

Hensikten med Verdens helseorganisasjons (WHO) utvikling av en internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemning og helse (ICF) var å sette sykdom inn i et videre perspektiv. Sykdommenes konsekvenser innenfor viktige livsarenaer skulle synliggjøres. ICF representerer et klassifikasjonssystem for de funksjonelle, aktivitets- og deltakelsesrelaterte konsekvensene av sykdom og deres relasjon til personlige faktorer og omgivelsesfaktorer (1, 2). Det ble vedtatt i 2001 (3) og er oversatt til norsk (4). Presise termer og klassifikasjoner er utarbeidet med tanke på kommunikasjon om kroniske lidelser på tvers av helseprofesjoner.

Klassifikasjonen er inndelt i fire emneområder: kroppsfunksjoner og -strukturer, aktivitet og deltakelse, miljøfaktorer og personlige faktorer. Personlige faktorer er bare med i rammeverket og klassifiseres ikke. De øvrige emneområdene er inndelt i kapitler (første nivå) med ytterligere underinndeling i andre, tredje og fjerde nivå, som representerer en økende grad av detaljering og presisjon. I tillegg anfører man modifikatorer som er en gradering av problemet innenfor hver kategori. Totalt omfatter klassifikasjonen 1 454 kategorier. Et så omfattende klassifiseringssystem lar seg vanskelig implementere i klinisk praksis.

WHO startet derfor med å utvikle ICF-kjernesett for kroniske sykdommer, inkludert korsryggssmerter, i samarbeid med Ludwig-Maximilian-universitetet i München. Målet var å få et klassifikasjonsverk-

tøy som dekket aktivitets- og deltakelsesaspektet samt miljøfaktorer i større grad enn de tradisjonelle effektmålene ved korsryggssmerter (5, 6). Kjernesettet skulle kunne brukes på tvers av profesjoner og landegrenser. Det skulle gi mulighet for sammenlikning i kliniske og epidemiologiske studier og benyttes i klinisk praksis på tvers av helse-tjenestenivå og på tvers av samfunnsområder. Et omfattende og systematisk metodearbeid har vært nedlagt i utarbeidningen av det foreslåtte kjernesettet som nå er under utprøving i en internasjonal studie (7, 8). Norge har bidratt i denne valideringen.

I lys av de føringer som er gitt fra Sosial- og helsedirektoratet om implementering av ICF i Norge (9), har et overordnet mål med den norske studien vært å vurdere bruk av ICF-kjernesett i klinisk praksis. Vi ønsket spesielt å vurdere om det foreslåtte kjernesettet fanget opp ryggpasientenes problemer og om det manglet kategorier. Vi ønsket også å evaluere tidsbruk og helsepersonells vurdering av nytten av å bruke kjernesett.

Materiale og metode

Organisering og inklusjon

En norsk protokoll basert på prosedyrene i den internasjonale studien ble utarbeidet. De fire norske sentrene som deltok var Hauglandsenteret, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Haukeland Universitetssykehus, Hernes institutt og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Ullevål universitetssykehus. Inklusjonskriteriene var korsryggssmerter som hovedproblem, alder over 18 år, tilstrekkelige norskkunnskaper og samtykke til å delta. Eksklusjonskriterier var utilhelet operasjonssår. Studien var godkjent av regional etisk komité i Helse Øst.

Data ble samlet inn fra november 2005 og ut året 2006. Tre seminarer ble gjennomført der helsepersonell fikk opplæring i å skåre ICF-kjernesett. Problemer med skåring ble også diskutert, og avslutningsvis ble klinisk

Hovedbudskap

- ICF representerer en forståelsesramme og et klassifikasjonssystem for funksjonelle konsekvenser av sykdom
- Dette kjernesettet kan anvendes klinisk og øker perspektivet på deltakelse og miljøfaktorer

anvendbarhet og nytte evaluert. En e-postliste ble opprettet for å besvare spørsmål og drøfte problemer relatert til skåringene og datainnsamlingen.

Registreringer

To skjemasett ble utarbeidet, ett for helsepersonell og ett for pasienter. Helsepersonell anga pasientens ICD-10-diagnose, antall operative inngrep i korsryggen, antall sykehusinnleggelses pga. korsryggssmerter samt om plagene var akutte (< 4 ukers varighet), subakutte (4–12 uker) eller kroniske (> 12 uker). Helsepersonell skåret pasientenes problemer i de 78 ICF-kategoriene med modifikatorer fra 0 til 4 for kroppslig funksjon, struktur og aktivitet/deltakelse (0 = ingen, 1 = lette, 2 = moderate, 3 = alvorlige, 4 = komplette). Miljøfaktorene ble angitt som barrierer med modifikatorene -4 til -1 (komplett til lette), eller fremmede faktorer med modifikatorene 1–4 (lette til komplette). I tillegg kunne kategoriene anføres som ikke spesifisert, 8, eller ikke anvendelige, 9. Helsepersonells vurdering av nytteverdi for skåring av det enkelte ICF-kjernesettet ble angitt på en skala 1–4 (1 = ikke nyttig, 2 = lite nyttig, 3 = ganske nyttig, 4 = svært nyttig). Både helsepersonell og pasientene selv ble bedt om å gradere pasientens helsefunksjon på en visuell analog skala (VAS) fra 0 til 10 (Helse: 0 = utmerket, 10 = dårlig, funksjon: 0 = ikke noe problem, 10 = komplett problem).

Pasientene besvarte også The Self-Administered Comorbidity Questionnaire (SCQ) (10) med tanke på tilleggssykdommer. SF-36 ble besvart for evaluering av helserelatert livskvalitet og Oswestry disability index (ODI) for vurdering av smerte og funksjon ved plager fra ryggen (11, 12). SF-36 kan todeles i en mental og en fysisk dimensjon, men kan også deles inn i åtte subskalaer. Oswestry disability index inneholder ti spørsmål relatert til korsryggssmerter og funksjon og skåres på en seksdelt Likert-skala.

Pasienter

To tredeler (64%) hadde diagnosen lumbago (M54.5), 6% radikulopati (M54.1), 4% isjias (M54.3), 18% lumbago med isjias (M54.4) og 8% spinal stenose (M48.0). Antall tilleggssykdommer varierte fra null til fem med et gjennomsnitt på én. Gjennomsnittlig ODI-skår var 33% (SD 14%). Sumskår for fysisk funksjon i SF-36 var 32 (SD 7). Sumskår for mental funksjon var 49 (SD 10). Øvrige karakteristika er gitt i tabell 1.

Dataanalyse og statistikk

Frekvens av rapporterte problemer innenfor de enkelte kategoriene ble beregnet. Sammenlikning mellom pasientenes rapportering og helsepersonells angivelse av helse og funksjon ble gjennomført med parret t-test. Analysene ble gjennomført ved hjelp av Statistical package for the social sciences (SPSS, versjon 14.0).

Resultater

Tidsbruk ved skåring av ICF-kjernesett var 10–120 minutter, med et gjennomsnitt på 48 minutter (SD 25 minutter). Helsepersonell vurderte bruk av kjernesett som ikke nyttig eller lite nyttig i 37% av tilfellene, ganske nyttig i 41%, nyttig i 18% og svært nyttig i 4% av tilfellene.

Det ble rapportert problemer i alle 78 kategorier, med frekvens 5–95%. Kategorien b265 Berøringssans var ikke inkludert i det foreslåtte kjernesettet. Denne kategorien hadde vært relevant for enkelte pasienter og ble foreslått inkludert av helsepersonellet. Flertallet av kategorier innenfor miljøfaktorer ble benyttet. Sosiale relasjoner hadde stor betydning som fremmede faktor. De fem hyppigst skårede kategoriene innen de tre emneområder – kroppsfunksjoner og -strukturer, aktivitet og deltakelse og miljøfaktorer er angitt i tabell 2.

Pasientene skåret sin generelle helse dårligere (gjennomsnitt 4,8, SD 2,3) enn helsepersonell skåret deres helse (gjennomsnitt 3,6, SD 2,1) ($p < 0,001$). Pasientene skåret sin generelle funksjon til 5,5 (SD 2,3), som også var dårligere sammenliknet med helsepersonells skåring (gjennomsnitt 4,7; SD 1,9; $p < 0,001$).

E-postkorrespondansen og seminardiskusjonene synliggjorde en rekke problemer relatert til termene i ICF, valg av kategorier og bruk av modifikatorer. Eksempel på det er b780 *Sanseførmelse i forbindelse med muskler og deres bevegelser* som var vanskelig å plassere i forhold til rapporterte symptomer eller kliniske funn. Den norske oversettelsen av ICF kan også gi opphav til feil skåring. For eksempel er b280 *Sensation*

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

Pasienter (n = 118)
Alder: 47 (SD 12) år
Kjønn: 53 % kvinner
Varighet: 11 % akutte, 13 % subakutte, 76 % kroniske
Fast arbeid: 56 %
Sykmeldt ved inklusjon: 80 %
Operativ behandling av rygg: 25 %

of pain oversatt til *smertesans*. Helsepersonell oppfattet ikke at det inkluderte smerteopplevelse. Vurdering av en kategori innenfor miljøfaktorer som fremmede eller hemmende ble i noen tilfeller opplevd som vanskelig og lite meningsbærende. For eksempel: Skåring av kategorien e110 *Produkter eller substanser til å spise og drikke* der medikamentinntak er omfattet, ga problemer hos en overvektig pasient som benyttet antiflogistika. For høyt matinntak må regnes som hemmende forhold innenfor kategorien, mens smertelindring med antiflogistika er fremmede. Samtidig er disse forholdene så forskjellige at de er vanskelig å summere.

På det avsluttende seminaret ble det anført at nytteverdien syntes langt høyere når man så tilbake på prosjektet som helhet. Helsepersonellet rapporterte at de hadde fått et utvidet perspektiv i sitt kliniske arbeid, spesielt gjaldt det betydningen av miljøfaktorene. De anførte at kjernesettet bidro til å fange

Tabell 2 De fem kategoriene som hyppigst ble skåret som problem innen de tre emneområdene – kroppsfunksjoner og -strukturer, aktivitet og deltakelse og miljøfaktorer – er angitt. Her er også angitt prosent av pasientene som skåret at de har problemer (modifikator 1–4)

Kroppsfunksjon og kroppsstruktur	% av pasientene med problem	
b280 Smertesans	91	
b455 Fysisk kondisjon	73	
s760 Bryst/bukregionens og ryggens strukturer	69	
b740 Muskelutholdenhet	68	
s120 Ryggmarg og tilhørende strukturer	67	
Aktivitet og deltakelse		
d415 Opprettholde en kroppsstilling	96	
d920 Rekreasjon og fritid	78	
d430 Løfte og bære gjenstander	77	
d410 Opprettholde grunnleggende kroppsstilling	75	
d640 Husarbeid	73	
Miljøfaktorer	Hemmende/fremmede (%)	
e570 Tjenester, systemer og strategier for trygd	20	38
e455 Individuelle holdninger hos helsepersonell	5	39
e355 Helsepersonell	11	32
e310 Nærmeste familie	11	32
e325 Bekjente, likemenn, kolleger mv.	5	32

opp tanker og holdninger hos pasientene vedrørende sosial deltakelse, påvirkninger fra familie, venner, helsevesenet og samfunnet for øvrig, som man ellers ikke etterspurte i klinisk praksis.

Diskusjon

ICF-terminologien er en utfordring i klinisk praksis, men utvider også helsepersonells perspektiv på deltakelse og miljøfaktorer. Kategoriene favnet ryggpasientenes problemer. Studien avdekket forskjell i helsepersonells og ryggpasientenes vurdering av funksjon og helse.

Utgangspunktet for rekruttering av pasienter var fysikalskmedisinske avdelinger. Ethvert utvalg vil påvirkes av hvordan det er rekruttert. Utvalget i denne studien domineres av pasienter med uspesifikke korsryggspilager, slik det også rapporteres i studier med respondenter fra andre avdelinger og fra primærhelsetjenesten (13, 14). Deres funksjon vurdert ut fra ODI og SF-36 er sammenliknbar med ryggpasienter i tidligere norske studier (13, 14). Deres fysiske funksjon var dårligere enn i den norske befolkningen generelt (15).

Problemer ble rapportert innenfor alle ICF-kategoriene, og som sagt bare kategorien berøringssans ble rapportert å mangle i forhold til skåring av pasientenes problemer. En direkte sammenlikning av pasientenes problemer rapportert i SF-36 og ODI og helsepersonells ICF-skåringer er ikke mulig. Dette skyldes ulike formuleringer og skåringsnivå. I samarbeid med Ludwig-Maximilian-universitetet i München arbeider vi med å knytte sammen kjernesettet, ODI og SF-36 for å kunne vurdere samsvar. Det foreløpige inntrykket er at helsepersonell stort sett fanger opp pasientenes problemer, men graderer dem lavere enn pasientene selv. Betydningen av en forskjell i VAS-skår på 1,2 for generell funksjon på en 11-delt skala bør imidlertid ikke overvurderes. Vanligvis ligger minste klinisk relevante forskjell nær en slik verdi når numerisk VAS for smerte benyttes (16). For funksjon er det hos ryggpasienter mangelfull dokumentasjon av dette målet. Viktig i denne sammenheng er at for mange pasienter er forskjellen langt over 1,2 i egen vurdering av funksjon og helsepersonells vurdering. Enkelte problemer fanges spesielt dårlig opp av helsepersonell. Seksuell funksjon og begrensninger i deltakelse var eksempler på det. Vi synes det er grunn til å påpeke at helsepersonell synes å ha en tendens til å undervurdere ryggpasienters oppfatning av egne funksjonsproblemer.

ICF-kjernesett bidrar også til å belyse et videre spekter av aktiviteter og deltakelse enn det som omfattes av de vanligste effektmålene for korsryggssmerter (5). Klinisk implementering av ICF vil kunne bidra til det utvidede perspektivet som ofte etterlyses.

ICF-kjernesett for korsryggssmerter er i

stor grad problemfokuseret, med unntak av omgivelsesfaktorene. De positive aspektene av sosiale relasjoner og pasientens forhold til helsepersonell, familie og venner kom tydelig frem og kan være undervurdert i klinisk arbeid.

Skåringene av nytteverdi kan indikere at ICF-kjernesett bare ble funnet nyttig for en firedel av pasientene. I evalueringsseminaret ble det imidlertid klart anført at man så annerledes på nytteverdien når prosjektet ble vurdert som helhet. Initialt var nok nytteverdien vurdert opp mot diagnostisk nytte på individnivå. Ettersom kunnskap om ICF og erfaring med skåringene ble bedre, rapporterte helsepersonell at de så nytten i systematisk å etterspørre deltakelse og miljøfaktorer.

Videre implementering i klinisk sammenheng vil nok kreve at tidsbruken reduseres betydelig. Slik sett kunne det være ønskelig å ha færre kategorier. Imidlertid har ryggpasienter et vidt spekter av plager, og det ble rapportert problemer innen alle kategoriene. Erfaring fra prosjektet tilsier at god opplæring og jevnlig bruk er nødvendig, og vi vil anta at det også kan redusere tidsbruken. Gode opplæringsrutiner og eventuelt utarbeiding av manualer for skåring er nødvendig. Dersom man ønsker en utbredt bruk av ICF, bør antall kategorier reduseres. Erfaringer fra utprøving i flere land og på ulike pasientpopulasjoner vil ligge til grunn når det endelige ICF-kjernesett for korsryggssmerter eventuelt vedtas. Dette arbeidet forventes å være ferdig i 2008. I etterkant bør validitet og reliabilitet testes dersom instrumentet skal implementeres i forskning.

Utviklingen av kjernesett for spesifikke sykdomsgrupper er omdiskutert. Det er hevdet at man igjen klassifiserer på bakgrunn av diagnosegrupper og dermed bryter med intensjonen med ICF. Utvalget av kategorier i kjernesettet representerer også en innsnevring av problemprofil i forhold til ICFs 1 454 kategorier. Pasientens egen oppfatning kan bli borte i helsepersonells filtrering av informasjon når ICF skåres (17, 18). Erfaringene fra utviklingen av kjernesett bør etter vår mening tas med når ICF-baserte verktøy for overordnet planlegging av helsetjenester og finansiering skal utformes.

Konklusjon

ICF-kjernesett for korsryggssmerter favnet ryggpasientenes problemer. Det var et egnet verktøy for å få økt perspektiv på deltakelse og miljøfaktorer. Ytterligere reduksjon i antall kategorier kan være nødvendig. Aller viktigst er opplæring i og bruk av ICF-kjernesett. Implementering av ICF i klinisk og vitenskapelig arbeid vil kreve videre kritisk evaluering og vitenskapelige studier.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kjeker I, Kvien TK, Dagfinrud H. Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 598–9.
2. Stucki G, Grimby G. Applying the ICF in medicine. J Rehabil Med 2004; (suppl 44): 5–6.
3. WHO. World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Genève: WHO, 2001.
4. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Fullversjon og kortversjon, 2003. Oslo: WHO, Sosial- og helsedirektoratet, KITH, 2003.
5. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. Spine 2000; 25: 3115–24.
6. Fairbank JC, Couper J, Davies JB et al. The Oswestry low back pain disability index. Physiotherapy 1980; 66: 271–3.
7. Cieza A, Stucki G, Weigl M et al. ICF Core Sets for low back pain. J Rehabil Med 2004; (44 Suppl): 69–74.
8. Brockow T, Cieza A, Kuhlow H et al. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on musculoskeletal disorders and chronic widespread pain using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. J Rehabil Med 2004; (44 Suppl): 30–6.
9. Haugsbø A, Larsen B-I. ICF – ny internasjonal klassifikasjon av funksjon og helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 19: 2514.
10. Sangha O, Stucki G, Liang MH et al. The Self-Administered Comorbidity Questionnaire: a new method to assess comorbidity for clinical and health services research. Arthritis Rheum 2003; 49: 156–63.
11. Ware JE jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473–83.
12. Grotle M, Brox JI, Vollestad NK. Cross-cultural adaptation of the Norwegian versions of the Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Index. J Rehabil Med 2003; 35: 241–7.
13. Grotle M, Vollestad NK, Brox JI. Clinical course and impact of fear-avoidance beliefs in low back pain: prospective cohort study of acute and chronic low back pain: II. Spine 2006; 31: 1038–46.
14. Grotle M, Vollestad NK, Veierod MB et al. Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. Pain 2004; 112: 343–52.
15. Loge JH, Kaasa S. Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. Scand J Soc Med 1998; 26: 250–8.
16. Cleland JA, Childs JD, Whitman JM. Psychometric properties of the Neck Disability Index and Numeric Pain Rating Scale in patients with mechanical neck pain. Arch Phys Med Rehabil 2008; 89: 69–74.
17. Perreault K, Dionne CE. Does patient-physiotherapist agreement influence the outcome of low back pain? A prospective cohort study. BMC Musculoskeletal Disord 2006; 7: 76.
18. Lærum E, Indahl A, Skouen JS. What is «the good back-consultation»? A combined qualitative and quantitative study of chronic low back pain patients' interaction with and perceptions of consultations with specialists. J Rehabil Med 2006; 38: 255–62.

Manuskriptet ble mottatt 12.11. 2007 og godkjent 15.5. 2008. Medisinsk redaktør Trine B. Haugen.