

ICF referensram som grund för rehabiliteringsmål för vuxna med traumatisk hjärnskada

Kirsi Särenevirta

Masterarbete
Utbildningsprogram i rehabilitering
2013

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Högre yrkeshögskoleprogrammet i rehabilitering
Identifikationsnummer:	13311
Författare:	Kirsi Säynevirta
Arbetets namn:	ICF referensram som grund för rehabiliteringsmål för vuxna med traumatisk hjärnskada
Handledare (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Uppdragsgivare:	Invalidförbundets Kottby rehabiliteringscenter
Sammandrag: Bakgrund: Vid Kottby rehabiliteringscenter pågår ett projekt vars mål är att utveckla multiprofessionellt samarbete med ICF som referensram. Huvudsaken är klientcentrering och utveckling av dokumentering. Denna studie är en del av Kottby rehabiliteringscenters projekt. Studiens syfte var att redogöra för hur ICF syns i rehabiliteringsmålsättning uppgjord av 1) klient, 2) remitterande instans och 3) multiprofessionellt team. Målet var också att granska skillnaden mellan två kodare som representerade olika yrken. Metoden var en retrospektiv tvärsnittsstudie, i vilken 50 klienters mål kodades. Klienterna var vuxna personer med huvuddiagnosen traumatisk hjärnskada som deltagit i en rehabiliteringsperiod vid Kottby rehabiliteringscenter under året 2011. Klienternas mål identifierades i förhandsblanketten, remissen eller rehabiliteringsplanen från remitterande instansen och i utlåtanden av medlemmarna i multiprofessionella teamet. Skillnaden mellan två kodare bedömdes med Chi-Square test. Resultat: Klienternas mål identifierades i kategorin kroppsfunktion som t.ex. att kunna förstå förändringar i personlighet samt att få smärtlindring. I kategorin delaktighet var det vanligaste målet att kunna återvända till arbetslivet. Remitterande instansens mål var att bedöma möjligheten att återvända till arbete eller utbildning, dessutom var det viktigt att få kamratstöd. Ofta fattades målsättningarna: Av 50 klienters mål blev 23 inte dokumenterade. Mål som var uppgjorda av multiprofessionellt team riktade sig till kroppsfunktion, men även till att förbättra kommunikation, förflyttning och personlig vård. Skillnaden mellan två kodare var signifikant i kategorierna kroppsfunktion och delaktighet. Sammanfattning: Målen var uttryckta på en allmän eller mycket vid nivå, vilket ledde till att kodningen var svår att genomföra. Enligt studiens resultat behövs det utbildning för att inkludera ICF i det praktiska arbetet samt för att utveckla ett bättre samarbete i det multiprofessionella teamet.	
Nyckelord:	traumatisk hjärnskada, multiprofessionellt team, ICF, målsättning, Invalidförbundets Kottby rehabiliteringscenter
Sidantal:	36
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Master degree in Rehabilitation
Identification number:	13311
Author:	Kirsi Säynevirta
Title:	Goal-setting in rehabilitation of patients with traumatic brain injury based on The ICF framework
Supervisor (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Commissioned by:	Käpylä Rehabilitation Centre
Abstract: Background: In Käpylä Rehabilitation Centre has a project where the goal is to develop the multiprofessional teamwork with ICF as a framework. The main point is to develop client-centered service and documentation. This thesis is part of the project at the Käpylä Rehabilitation Centre. Aim of the study was to clarify how the ICF framework can be recognized in the goal-setting of rehabilitation on persons with a traumatic brain injury. Goal-setting made by 1) the client, 2) the institute of healthcare and 3) the multiprofessional team. The aim was also to clarify the differences between two raters linking the goals to the ICF. The method was a cross-sectional study. Goals of 50 clients who were participated in rehabilitation during 2011 in Käpylä Rehabilitation Centre were coded based on the linking rules by Cieza et al. (2005). Goals of the client were identified from the form sent to the client before the rehabilitation period started. Goals of the institute of healthcare were identified from recipe and goals of the multiprofessional team from their statement. Two raters coded the goals independently and the differences between the raters were clarified with a Chi-Square test. Results: Goals of the clients were in categories Body function, i.e. wish to understand how their personality was changed and to have less pain. Within the category Activity and Participation the most common goal was to be able to go back to work. Work or education was often a goal also from the health-care institution, but also peer support was important. There were many goals missing from the recommendations made by the health-care institutions: 23 of 50 clients did not have any goals mentioned. Goals made by the multiprofessional team were directed at Body function but also at communication, mobility and self-care. There were asignificant differences between two raters in the categories Body functions and Activity and Participation. Summary: Based on this study it is needed to continue education and communication to learn how to use ICF as a tool in clinical work and to develop teamwork.	
Keywords:	traumatic brain injury, multiprofessional team, goal-setting, ICF framework, Käpylä Rehabilitation Centre
Number of pages:	36
Language:	swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Ylempi ammattikoulututkinto; kuntoutus
Tunnistenumero:	13311
Tekijä:	Kirsi Säynevirta
Työn nimi:	ICF viitekehystenä kuntoutuksen tavoitteen asettelussa aikuisilla, joilla on traumaattinen aivovamma.
Työn ohjaaja (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Toimeksiantaja:	Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus
Tiivistelmä: Tausta: Käpylän kuntoutuskeskuksessa on käynnissä projekti, jossa tavoitteena on kehittää moniammatillista työskentelyä ICF viitekehyksessä. Pääpaino mm. on asiakaslähtöisyydessä ja kirjaamisen kehittämisessä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää miten ICF näkyy tavoitteen asettelussa, kun laatijana on 1) kuntoutuja, 2) lähettävä taho ja 3) moniammatillinen tiimi. Toisena tavoitteena oli selvittää, miten kahden eri ammattiryhmän edustajien ICF koodaus eroaa toisistaan. Menetelmänä oli poikkitieteellinen tutkimus, jossa vuoden 2011 aikana kuntoutuksessa olleen 50 kuntoutujan kirjallisista asiakirjoista koodattiin tavoitteet ICF koodausperiaatteiden mukaisesti. Kuntoutujan tavoitteet saatiin etukäteiskyselylomakkeesta, lähettävän tahon lähetteestä tai kuntoutussuunnitelmasta ja moniammatillisen tiimin jäsenien osalausunnoista ja sairauskertomuksesta. Kaksi koodaajaa, jotka edustivat eri ammattiryhmiä, koodasivat tavoitteet itsenäisesti ja ero heidän välillä arvioitiin Chi-Square-of-Fit testillä. Tulokset: kuntoutujien tavoitteet ICF toimintakyky mallissa kohdistuivat ruumin toimintojen kuten muuttuneen persoonallisuutensa ja oireittensa ymmärtämiseen ja kipujen vähenemiseen. Osallistumisen tasolla tavoitteet liittyivät työhön paluuseen. Lähettävän tahon tavoitteet kohdistuivat työhön paluuseen tai opiskeluun, mutta myös vertaistuki nousi tärkeäksi tavoitteeksi. Tavoitteita oli nimetty harvoin lähettävältä taholta: 23 asiakkaalta 50:stä ne puuttuivat. Moniammatillisen tiimin tavoitteet kohdistuivat myös ruumiin toimintoihin, mutta enemmän myös kommunikoinnin, liikkumisen ja itsestä huolehtimisen alueelle. Kahden koodajan välillä oli merkittävä ero ruumiin toimintojen sekä suoritusten ja osallistumisen osioissa. Ympäristötekijöiden osalta ero ei ollut merkittävä. Koodaamista vaikeutti tavoitteiden yleisluonteisuus. Tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että koulutusta tarvitaan ICF viitekehysten sisäistämisessä sekä keskustelua jatkettava moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi.	
Avainsanat:	traumaattinen aivovamma, tavoitteen asettelu, moniammatillisuus, ICF viitekehys, Invalidiliiton Käpylän Kuntoutuskeskus
Sivumäärä:	36
Kieli:	ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1	INLEDNING	6
2	BAKGRUND	8
2.1	Traumatiska hjärnskada	8
2.2	Dokumentering och målsättning	9
2.3	Klassifikation av Funktionstillstånd, Funktionshinder och Hälsa (ICF)	10
2.3.1	<i>ICF checklista och ICF Core Set för hjärnskadade</i>	<i>13</i>
2.3.2	<i>Linking rules</i>	<i>14</i>
2.4	Multiprofessionellt team	14
3	TIDIGARE FORSKNING	15
4	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	16
5	METOD	17
5.1	Urval	17
5.2	Design	18
5.3	Analys	19
5.4	Etiska överväganden och forskningslov	19
6	RESULTAT	19
7	DISKUSSION	24
	Källor	29
	Bilagor	33

1 INLEDNING

I Finland får cirka 15 000 – 20 000 människor en hjärnskada varje år till följd av någon utomstående orsak t.ex. ett slag. De flesta traumatiska hjärnskador uppstår efter fall-, trafikolyckor eller våld. Man har beräknat att i Finland lever nu cirka 100 000 människor som p.g.a. en traumatisk hjärnskada har konstanta symptom. Av alla personer som får hjärnskador är två tredje delar män, men skillnaderna mellan könen börjar jämnas ut sig vid 45 års ålder. Hälften av hjärnskadorna drabbar relativt unga människor: cirka 50 % av alla skadade är mellan 15-34 år. En kronisk invaliditet hos unga vuxna människor har samhällseliga konsekvenser och kostnader på grund av långvarig rehabilitering. (Käypä hoito 2009, s.2) Hjärnskadan har en stor betydelse för individens liv på grund av allvarliga fysiska, kognitiva och psykosociala konsekvenser. (Ptyushkin et al.2010, s.1519)

Enligt Kuntoutusselonteko (2002 s. 3) kräver rehabiliteringen långsiktig planering och samarbete mellan olika hälso- och socialvårds samt arbets- och näringsstjänster. Målet är att hjälpa människorna att kontrollera sina egna liv. Dokumenteringen är grunden till alla beslut som ger klienten en möjlighet att få rehabilitering, socialskydd och pension. Olika professionella experter som arbetar med klienterna individuellt eller i ett multi-professionellt team borde göra utlåtanden som stöder beslutfattande. (Kallanranta et al.2001, Talo Seija; Wikström Juhani; Metteri, Anna, s. 62) En målsättning för rehabilitering är viktig därför att den ger möjligheten att välja ett effektivt behandlingssätt samt ett sätt att bedöma om målet har uppnåtts. (Autti-Rämö et al. s.3)

Världshälsoorganisationen (WHO) presenterade år 2001 en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) som en holistisk modell för att beskriva individens hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Syftet med ICF är att ge en vetenskaplig grund för beskrivningen av funktionsförmågan, att skapa ett gemensamt språk för att förbättra kommunikationen bland annat mellan olika hälso- och sjukvårdspersonal, att möjliggöra jämförelser av data mellan olika länder och institutioner som erbjuder tjänster, samt att skapa ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystemet. WHO har

utvecklats klassifikationer som definierar olika aspekter av hälsa. ICF beskriver hälsa och hälsorelaterade tillstånd funktionellt medan medicinskt tillstånd beskrivs av diagnoser (International Classification of Diseases, ICD-10). (Klassifikation av funktionsförmåga, funktionshinder och hälsa.2003, s. 9-11)

Rehabilitering efter traumatiska hjärnskador förutsätter ett multiprofessionellt arbetssätt och interventionerna borde ta klientens hela bio-psyko-sociala funktionsförmåga i beaktande. Samarbetet mellan olika organisationer som arbetar med klienten är viktigt för att bestämma gemensamma mål och interventioner. (Käypä hoito 2009, s. 24) Rehabiliteringen borde koncentreras till större enheter för att kunna försäkra resurser och kunnet. (Äkillisen aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, s. 9)

Kottby rehabiliteringscenter är ett av de få ställen in Finland som har specialiserat sig på rehabilitering av personer med traumatisk hjärnskada. Klienterna har remiss från offentliga sektorn från olika delar av Finland. De upplever sin nya livssituation på olika sätt efter skadan beroende bland annat på personlighet och tidigare erfarenheter. Rehabiliteringens syfte är att minska funktionshinder och att individen ska nå sin högsta möjliga funktionsförmåga. (Koskinen 2011, s.6) I Kottby Rehabiliteringscenter är arbetssättet multiprofessionellt och teamets uppbyggnad beror på klientens individuella behov. Teamet kan bestå av en neurolog, en sjuksköterska/närvårdare, en ergo- tal- och fysioterapeut, en neuropsykolog/psykolog och en socialarbetare.

Detta masterarbete är en del av ett större projekt som pågår i Kottby rehabiliteringscenter. Projektets syfte är att utveckla det multiprofessionella teamarbetet med fokus på klientorienterad service, evidensbaserad verksamhet samt förbättring av dokumenteringen i klientjournalen. (Invalidiliiton Hyvä kuntoutumiskäytäntö 2013, s. 13) Alajoki-Nyholm (2011) analyserade i sin studie hur klientens funktionsförmåga hade bedömts och beskrivits i klientjournalen enligt ICF referensram vid Kottby rehabiliteringscenter.

2 BAKGRUND

Rehabilitering kräver tvärvetenskapligt samarbete, mellan olika yrkesgrupper och organisationer vilka tar ansvar för kostnader av vård och rehabilitering. I den finns både dess möjlighet och svaghet. Splittrat ansvar för rehabiliteringens kostnader, brist på personal och deras kunskaper samt attityder, kan orsaka känslan av ojämlikhet. I Finland är kunskapen i rehabilitering på internationellt hög nivå, men man borde försäkra att rehabiliteringsprocessen är likadan i hela landet.

Ett viktigt mål i rehabilitering är att upprätthålla klientens egen motivation, men också stöda hans/hennes sociala nätverk så att de har möjlighet att hjälpa klienter i deras vardag hemma, på arbetet, i skolan och under fritiden. Detta kräver av experterna ett annorlunda arbetssätt. (Äkillisten aviovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008 s. 3)

2.1 Traumatiska hjärnskada

I Finland får 15 000 – 20 000 människor en traumatisk-hjärnskada varje år. Man har beräknat att 2,3 % har konstanta symptom d.v.s. att cirka 100 000 människor lever med en hjärnskada. Trafiken orsakar cirka 20 % av olycksfallen, fall-olyckorna är 65 % och våldets andel är 5 %, om man räknar de fall som sköts på sjukhusen. Unga män mellan 15-34 år skadas oftast i trafiken. Stora hastigheter, negligerande av säkerhetsbälte i bil och användning av alkohol och/eller narkotika ökar risker för att få allvarliga skador. Fallolyckor orsakar allvarliga hjärnskador i synnerhet för kvinnor över 70 år. (Käypä hoito 2009, s. 2)

Traumatiska hjärnskador förorsakas av slag som kommer utifrån. Definitionen av hjärnskadan måste fylla åtminstone ett av de följande symptomen:

- medvetslöshet under en lång eller kort tid
- minnesförlust som uppstår direkt före eller efter skadan
- förändring i psykisk funktionsförmåga t.ex. virrighet i samband med skadan

- neurologiskt symptom som kan vara konstant eller kortvarigt
- förändring i hjärnan som kan bekräftas t.ex. med en dator tomografi-bild (Käypä hoito 2009, s.3)

Svårighetsgraden av hjärnskadan delas in i lindrig, mellan svår, svår och mycket svår. Kliniskt viktigaste och vanligaste typen av skada är en diffus axonskada, contusion och olika blodblödningar i hjärnan (Käypä hoito 2009, s.5-6) Nedsatta motoriska förmågan graderas från minimal, så kallad ”walking and talking” typ av hjärnskada ända till ”vegetarisk tillstånd” då personen inte har varken motorisk aktivitet eller möjlighet att kommunicera. Svårigheten att planera sina handlingar, börja eller fortsätta aktiviteter, beteende- och kommunikations svårigheter hör till de mest invalidiserande symptomen. Svårigheter i att koncentrera sig samt dåligt minne kan förhindra vidareutbildning eller möjlighet att återvända till arbetet. (Käypä hoito 2009 s.19)

2.2 Dokumentering och målsättning

Rehabiliteringen av personer med gravt handikapp grundar sig på en skriftlig rehabiliteringsplan som görs av offentliga sektorn. Planen innehåller information om klientens sjukdom eller skada, nedsättning av funktionsförmåga och tidigare rehabilitering samt målsättning för rehabiliteringen. Klienten, anhöriga, läkare och personalen vid hälsovårdanstalten kan delta i planeringen. (Kallanranta et al. 2001 s.69, 115-116) Nuförtiden kräver försäkringsbolagen att offentliga sektorn planerar rehabiliteringen fastän försäkringen betalar kostnaderna.

För att klienterna ska få rehabilitering och det stöd de behöver är det viktigt med tillräcklig dokumentation. Syftet med instruktionerna för dokumentationen är att likrikta språket och termerna som används inom rehabiliteringen. (Holma 2009 s. 2) En bra dokumentation genom hela vård- och rehabiliteringskedjan har en stor betydelse med tanke på jämlikhet och rättvisa. (Äkillisen aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, s. 7)

Rehabiliteringen kan innehålla multiprofessionella interventioner för att påverka människans funktionsförmåga och hälsa. Målet är att minska symptom och restriktioner. Ofta har klienter många olika problem såsom smärta, depression och svårigheter att delta i sociala liv. Därför är det viktigt att definiera de största problemen och att sätta mål i detta område. Rehabilitering är effektivt när relation mellan de största problemen och nedsättningar i kroppsfunktion, -struktur och i psykosociala samt omgivningsfaktorer. (Stucki et al. 2002 s. 932)

Målsättningen ska göras tillsammans med klienterna. Klientens möjlighet att planera sin rehabiliterings målsättning tillsammans med professionell personal ökar motivationen för rehabiliteringen. (Äkillisen aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, s. 12) Målsättningen grundar sig på en intervju, observation samt på olika mätningar som är gjorda av professionella. Målen ska vara konkreta kort- och långvariga planer, som är mätbara och realistiska. (Paltamaa et al. 2011, s. 38-39) Folkpensionsanstalten (FPA) som bekostar en del av rehabiliteringen förutsätter att målen dokumenteras enligt Goal Assessment Scaling (GAS) metoden, när rehabiliteringen genomförs som en rehabiliteringsperiod vid en rehabiliterings anstalt. Från och med år 2019 används GAS- metoden alltid när FPA ansvarar för kostnaderna. (Kansaneläkelaitos, Gas -menetelmä) Boven d'Eertdt et al. (2009 s.354,360) påpekade att målsättningen i rehabiliteringen kan delas in i fyra nivåer: val av aktivitet, val av intervention, att välja en mätbar uppgift och att bestämma tidtabell. GAS metoden är klient specifik och kan anpassas för många situationer.

2.3 Klassifikation av Funktionstillstånd, Funktionshinder och Hälsa (ICF)

Världshälsoorganisationen (WHO) presenterade år 2001 Klassifikation av Funktionstillstånd, Funktionshinder och Hälsa (ICF) för att erbjuda en holistisk modell och struktur för att beskriva människans hälsa och hälsorelaterade tillstånd. ICF definierar hälso-

komponenter och hälsorelaterade komponenter så som utbildning och arbete. Målet är att ge en vetenskaplig grund för att beskriva och undersöka hälsa och hälsorelaterade tillstånd, ett standardiserat språk, möjligheten att jämföra data mellan olika länder och organisationer och koda hälsoinformation. Man kan använda ICF på ett kliniskt sätt t.ex. för att planera och bedöma rehabilitering, effekten av interventioner, samt för att planera social trygghet och leda politiska beslut. (Klassifikation av funktionsförmåga, funktionshinder och Hälsa 2003 s.9-11) ICF beskriver hälsa och nedsättningar på individuell nivå men ger även akt på hela befolkningen. Hälsa och hälsorelaterade domäner karakteriseras ur individuella och sociala perspektiv. (WHO 2001)

ICF klassifikationer består av två delar och båda dessa delar har två komponenter. Del 1 funktionstillstånd och funktionshinder inkluderar kroppsfunction och kroppsstruktur samt aktivitet och delaktighet. Del 2 kontextuella faktorer inkluderar omgivningsfaktorer och personliga faktorer. ICF använder alfanumeriska system där bokstäverna b,s,d,e används för att beteckna komponenter (se ovan).

Del 1: Funktionstillstånd och funktionshinder

- kroppsfunction (b) och anatomisk struktur (s)
- aktivitet och delaktighet (d)

Del 2: Kontextuella faktorer

- omgivningsfaktorer (e)
- personliga faktorer

(Klassifikation av funktionsförmåga, funktionshinder och Hälsa 2003 s.21-24)

Kroppsfunctionen innehåller fysiologiska och psykologiska funktioner och kroppsstrukturen anatomi. Aktiviteten är individens uppgift eller handling och delaktigheten betyder individens beteende i en viss livssituation. Omgivningsfaktorerna innehåller den fysiska, sociala och attitydomgivning var individen lever i och de personliga faktorerna är t.ex. kön, ras, religion och utbildning. Varje komponent innehåller domäner vilka har en relation till psykiska funktioner, fysiologiska funktioner, anatomiska strukturen, individens aktivitet och delaktighet samt till olika delar av livet. (Koskinen 2011 s. 17-19).

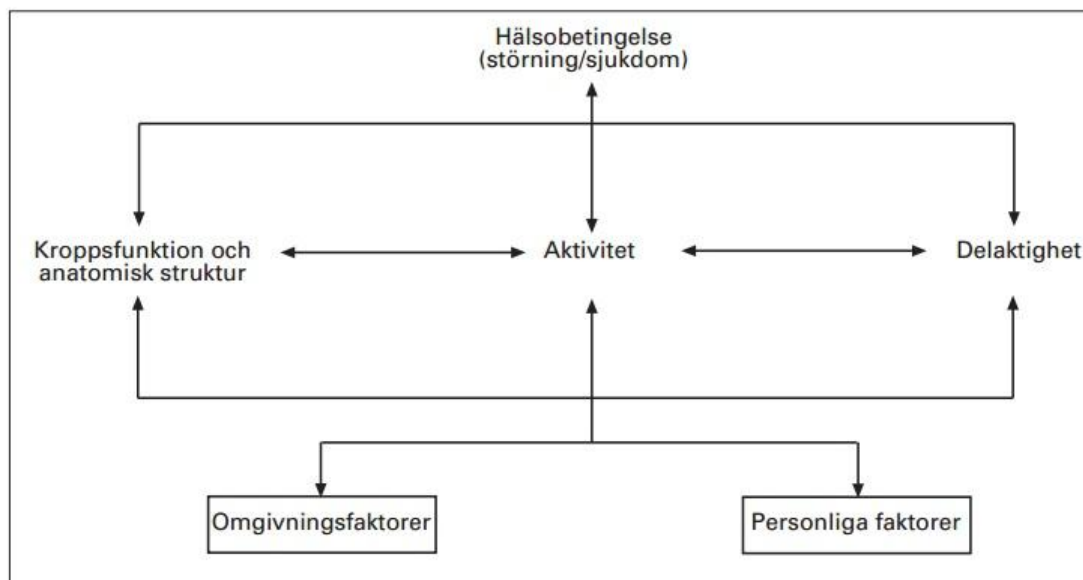
Bokstäver följs av numerisk kod som börjar kapitelnummer (1 siffra), följs av den andra nivån tills vidare till tredje och fjärde nivå. Detaljerad klassifikation innehåller kategorier med definitioner och vad dessa innefattar och utesluter. Ett exempel i klassificering kroppsfunction:

- b1 Psykiska funktioner
- b126 Temperament och personlighetsfunktioner
- b1266 Självförtroende

Definition för självförtroende: psykiska funktioner som ger personlig disposition att vara självsäker, djärv och säker i motsats till att vara blyg, osäker och självutplånade. (Klassifikation av funktionsförmåga, funktionshinder och Hälsa 2003 s.49,51-53)

ICF listans domäner presenteras i bilaga 1.

ICF är en dynamisk modell var alla komponenter har förhållande till varandra. Förändringen i en komponent kan ha inverkan på alla komponenter. Inverkan kan vara antingen negativ eller positiv: en lägenhet utan hiss kan förhindra personen att komma ut från lägenheten och pga. den förhindrar personen att vara delaktig i någon situation/aktivitet. En hiss kan ge personen den möjligheten. (figur 1)



Figur 1: Tolkning av interaktion mellan komponenterna i ICF.

ICF referensramen är en bred och omfattande modell som beskriver personernas funktionsförmåga, sjukdom och nedsättningar, vilket gör att den samtidigt är en ganska komplicerad modell. Alla komponenter har sammanlagt 1400 kategorier, vilket gör att hela ICF inte är praktiskt i kliniskt arbete. Därför var det nödvändigt att utveckla ett verktyg som är både omfattande och användbar. (Stucki et al 2002, s. 936) Diagnosbaserade ICF Core Set har utvecklats för neurologiska patienter vid akut sjukhus och innehåller också rehabiliterings faktorer för patienter i subakuta fasen. (Koskinen et al. 2007 s. 39)

2.3.1 ICF checklista och ICF Core Set för hjärnskadade

ICF används i kliniskt arbete för att hitta rätta interventioner till vissa hälsorelaterade tillstånd och rehabilitering samt för att evaluera resultat. För att kunna inkludera ICF till kliniks verksamhet utvecklade WHO ICF checklistan, som innehåller de viktigaste kategorierna gällande patienter med neurologiska symptom. Den innehåller 123 kategorier från ICF klassifikationens hela 1400 kategorier. Genom att använda checklistan kan man generalisera profilen av patienterna. (Koskinen et al. 2007 s. 39) Även checklistan kräver över 30 minuter för att gå igenom alla domäner (Stucki et al. 2002 s.936)

ICF Core Set för traumatiska hjärnskador presenterades på våren 2010. Core Set projektet innehöll först en empirisk undersökning, som var gjord vid flera rehabiliteringscenter och en systematisk litteraturoversikt. Sen gjordes en kvalitativ undersökning av personer med traumatisk hjärnskada samt av deras anhöriga. En vidare utveckling gjordes av 107 experter från olika yrkesgrupper, som var i kontakt med varandra per e-post. Vid Internationella ICF mötet gjorde man en överenskommelse om ICF Core Set för hjärnskadade. (ICF Reseach Branch 2013) Det finns kortare och vidare versioner av ICF Core Set. Den kortare versionen innebär 23 olika kategorier av hela ICF (Brief ICF Core Set for TBI 2010). Alla 23 kategorier ska observera alla klienter också i akuta skedet. Den vidare versionen som innebär 142 olika kategorier, ska användas i rehabilitering, då man arbetar i multiprofessionella team (Comprehensive ICF Core Set for TBI 2013). (Cieza et al. 2004 s. 9)

2.3.2 Linking rules

I denna studie har linking rules översatts till kodnings principer. När ICF presenterades förstod man att man måste ha ett parallellt system till ICF och ett mätinstrument för hälsorelaterade tillstånd. Lika viktigt är att förstå relationen mellan de två koncepten. Kodnings principer är ett systematiskt och standardiserat system med vilket man kodar mätinstrument till ICF. (Cieza et al. 2002 s.205) Enligt Ptyuskin et al. (2010 s.1520) kan man organisera all information från klientjournalen med kodnings principer, inte bara mätningar.

En grupp av experter som var insatta i ICF och ett mätinstrument i livskvalitet utvecklade kodnings principer. Principerna testades med fyra allmänna och fyra specifika mätinstrument såsom Rating Depression Scale och Pain Disability Index. I slutet av utvecklingsarbete var tio principer tillgängliga. Den allra viktigaste är att man har en bra kunskap om modellen, dess kapitel, domäner och kategorier. (Cieza et al. 2002 s.206-207) Forskarna poängterade att det inte alls var lätt att koda specifika faktorer till ICF: t.ex. allmänna hälsofrågor kodades not definable (nd).

Cieza et al. (2005) publicerades uppdaterade versionen av kodningsprinciper som lämpar sig för ett tekniskt och kliniskt och hälsorelaterat mätinstrument samt interventioner. Ett tekniskt mätinstrument kan användas i laboratorium, ett kliniskt test kan mäta minne och hälsorelaterade livskvalitet. Olika rekommendationer för mätinstrument och/eller intervention finns ju flera, men det kan vara svårt att välja de rätta metoderna för vissa klientgrupper. Förståelse mellan ICF och mätinstrument gör det lättare att jämföra forskningar, att välja ett rätt mätinstrument och klargöra vad man måste mäta. Den uppdaterade versionen är lite enklare än den gamla versionen. Sammanlagt åtta princip med praktiska exempel blev kvar i den nya versionen.

2.4 Multiprofessionellt team

Enligt litteratur och forskningar (Käypä hoito s. 24) är ett multiprofessionellt arbetssätt effektivt inom rehabilitering. För att utnyttja det multiprofessionella teamets kunskaper

effektivt, krävs det förståelse och samarbetsvilja och -kunnighet av alla medlemmar i teamet. Goda kunskaper i det egna arbetsområdet är inte tillräckligt. (Cott 1998 s. 849,851; Käypä hoito 2009 s. 24)

Teamet är en liten grupp av människor som arbetar tillsammans för att nå gemensamma mål. Multiprofessionella teamets två viktiga styrkor är följande: relationerna mellan medlemmarna i teamet och att gemensamma interventionerna är mer än de enskilda interventionerna. (Övretveit 1995, s.93-94)

Goda kunskaper i kommunikation mellan teammedlemmarna behövs för att skapa ett effektivt multiprofessionellt teamarbete. Dessa kunskaper behövs även då man planerar klienternas vård och rehabilitering. (Bokhour 2006, s.349-350) Enligt Molyneux (2001) blir relationerna mellan olika experter tätare i väl fungerande team och gränserna mellan de olika yrkesgrupperna försvinner eller blir mindre betydelsefulla. Alla medlemmars åsikter borde vara lika viktiga. Motivationen ökar och man förbinder sig bättre till teamets mål.

Rehabilitering som förverkligas i en multiprofessionell enhet kostar mera under akutvården, men på lång sikt blir kostnaderna mindre därför att effektiv rehabilitering minskar behov av hjälp och anstaltsvård. Rehabiliteringens intensitet ökar genom ett arbetsätt som är multiprofessionellt och detta har påvisats vara effektivt. (Äkillisen aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, s. 7)

3 TIDIGARE FORSKNING

Nyckelord för infosökning av tidigare forskning var ICF, traumatic brain injury, multiprofessionell team. Forskningarna presenteras i tabellform i bilaga 2.

Koskinen et al. (2007) evaluerade hur ICF kan implementeras i vården för hjärnskadade genom att använda sig av ICF Checklistan. Även sambandet mellan två forskares evalueringar studerades i skriftliga klientjournalen genom att använda ICF Checklistan. Båda forskarna läste igenom 55 klientjournaler. Resultatet visade att ICF Checklistan var för

bred i kliniskt arbete och den täckte ändå inte alla de symptom som människor med traumatisk hjärnskada hade. Bristen framkom i synnerhet under kroniska fasen.

I en italiensk forskning utvärderades över 260 människor med traumatisk hjärnskada genom att använda ICF Core Set för hjärnskadade som referensram. Resultatet visade att ICF Core Set presenterade de mest typiska symptom som är följder av skadan och gav således en bra bild av deras funktionsförmåga. (Aiachini et al. 2010)

Rentsch et al (2003) utförde ett utvecklingsprojekt med syfte att använda ICF som verktyg i ett multiprofessionellt team som arbetade inom neuroterapi. ICF Checklistan används i dokumentation, vid multiprofessionella konferenser och möten, i målsättningen osv. Resultatet var att grupparbetet hade bättre kvalitet och medlemmar av teamet arbetade systematiskt mot målet. Utvecklingsprojektet krävde mycket tid och utbildning innan man kunde utnyttja den nya kunskapen i praktiken.

Enligt Ptyushkin et al. (2010) är ICF ett strukturerat och holistiskt verktyg för att beskriva funktionsförmågan hos personer med hjärnskada. Dessutom kan man med hjälp av ICF evaluera hur effektiva interventionerna har varit.

Pistarini et al. (2011) intervjuade i focus grupper 41 personer med traumatisk hjärnskada och 33 anhöriga för att undersöka vilka faktorer i den hjärnskadades funktionsförmåga och hälsa som har betydelse för deras vardag. Kroppsfunktion och delaktighet var de vanligaste kategorierna som de intervjuade tog upp som störande eller hindrande faktorer.

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med denna studie är att utreda hur ICF syns i skriftligt dokumenterade mål för vuxna med hjärnskada. Målet är att utreda hurudana målsättningarna är som är uppgjorda av klienterna, av det multiprofessionella teamet vid Kottby rehabiliteringscenter och av den instans inom offentliga sektorn som planerar rehabiliteringen. Syftet är

också att evaluera skillnaden mellan två kodare som representerar olika yrkesgrupper och hur de kodar målen individuellt.

Forsknings frågorna är:

1. Hur syns ICF i den skriftligt dokumenterade målsättningen hos personer med hjärnskada
 - a) utformade av klienten själv?
 - b) utformade av den remitterande instansen?
 - c) utformade av det multiprofessionella teamet?
2. Vad är skillnaden mellan två kodare som representerar olika yrken?

5 METOD

Studien är en retrospektiv tvärsnittsstudie där skriftligt dokumenterade mål i klientjournalen analyseras med ICF som referensram. Dokument i detta arbete betyder remissen eller rehabiliteringsplanen från den offentliga sektorn, förhandsblanketten vilken klienten/anhöriga fyller i före rehabiliteringsperioden på Kottby rehabiliteringscenter och klientjournalen från varje yrkesgrupp i multiprofessionella teamet och epikrisen. Två kodare kategoriserade informationen ur klientjournalen genom att använda ICF - klassificeringen och skillnaden mellan båda kodarna evaluerades.

5.1 Urval

Urvalet bestod av skriftliga dokument från alla personer med hjärnskada som behandlats i Kottby Rehabiliteringscenter mellan 1.1. – 31.12.2011 (n=309). Om rehabiliteringsperioden bestod av två delar, räknades den som en klient och målsättningen bedömdes då för hela perioden.

Inklusionskriterierna var: 1) diagnos med traumatisk hjärnskada som grund. Klienter som hade fått andra skador vid olyckan t.ex. frakturer, var med i urvalet. 2) Personer som hade fyllt 18 år innan de påbörjade rehabiliteringsperioden. Exklusionskriterierna

var: 1) andra diagnoser än traumatisk hjärnskada, 2) tidigare skador eller sjukdomar, som har betydelse för funktionsförmågan t.ex. mental sjukdom, reumatism, 3) ålder under 18 år innan rehabiliteringsperioden började, 4) om skadan var förorsakad av självmordsförsök, 5) om alla tre kodare hade varit med i klientens multiprofessionella team under rehabiliteringsperioden och 6) de två pilotklienterna som kodades i förväg.

Av 309 klienter fyllde 240 klienter inklusionskriterierna. Av de 240 klienterna valdes 50 klienter genom systematiskt urval. Det systematiska urvalet genomfördes på följande sätt: först dividerades 240 med 50 och resultatet blev fem (exakt 4,8) d.v.s. till urvalet valdes var femte klient. En för studien utomstående person fick välja den första nummer mellan 1-5 varifrån klienterna valdes till urvalet. Klienternas dokument organiserades enligt det datum de hade kommit till rehabiliteringsperioden. En rehabiliteringsplanerare, som inte deltog i undersökningen, genomförde datakörningen och skrev ut klientjournalerna. Detta förstärkte undersökningens trovärdighet och klienternas anonymitet kunde garanteras. (Metsämuurinen 2005 s. 53). Mängden av urvalet motiveras med att en tidigare forskning på Kottby Rehabiliteringscenter (Koskinen et al. 2007) hade ungefär lika många klienter i sitt urval. Detta möjliggjorde en jämförelse mellan denna studie och den tidigare studien.

5.2 Design

Varje klientjournal lästes igenom av skribenten, som antecknade målen i en tabellform innan de skickades till den andra kodaren. Två kodare (A och B) kodade målen enligt ICF kodningsprinciper (Cieza et al. 2005). De använde ICF i sin helhet och kodade så långt som möjligt d.v.s. genom att då det var möjligt att använda alla fyra kategorier. Endast två klassifikationsdomäner (t.ex. b2) användes i analyskedan för att få rapporteringen tydligare. Om kodare A eller B hade arbetat med klientens multiprofessionella team, gjordes kodningen av den tredje kodaren (C). Detta för att undvika att koda sin egen klient. En pilotering gjordes av två klienters mål, vilka kodades före själva undersökningen. Alla tre kodare gjorde kodningen individuellt. Efteråt diskuterades de allmänna principerna för kodningen samt tekniska detaljer t.ex. hur målen antecknades i

tabellen. Om målets dokumentering var mycket vagt t.ex. bedömning av funktionsförmåga, kodades det med alla ICF domäner (b,s,d,e) i stället för not definable (nd). Motivering till detta är att på grund av Kottby rehabiliteringscentrets roll inom rehabiliteringen, innehåller remissen ofta en helhets bedömning av den hjärnskadades funktionsförmåga efter skadan. Not definable (nd) användes då målet inte alls kunde hänvisas till ICF.

5.3 Analys

Kvantitativ data av de olika ICF kategorierna, som syns i målsättningar gjorda av klienten, multiprofessionella teamet och remitterande instansen analyserades deskriptivt. Skillnaden mellan två kodare analyserades med Chi-Square-Goodness-of-Fit test som passar bra för att testa överensstämmelse. (Metsämuuronen 2005, s.910)

5.4 Etiska överväganden och forskningslov

Forskningslov och etiska överväganden anhölls från Kottby rehabiliteringscentrets etiska kommité. Datainsamlingen skedde bara ur skriftlig dokumentation och medförde därför ingen risk för klienterna. Klienternas personuppgifter kan inte identifieras. Dokumenten som användes i studien hålls i ett låst skåp och förstörs efter rapportering. Genom att förbättra både dokumenteringen och samarbetet i det multiprofessionella teamet, kan man förbättra kvaliteten i rehabiliteringen vid Kottby rehabiliteringscenter.

6 RESULTAT

Av de 50 personer vars dokument analyserades var den största åldersgruppen vid skadetillfälle mellan 18-27 år och nio klienter var då under 18 år. Under rehabiliteringsperioden 2011 var de flesta i ålder 28-37 år. Antalet kvinnor var 13 st (26%) och män 37 st (74%). År från skadetillfälle varierades från 0 till 40 år. I denna studie var orsaken till

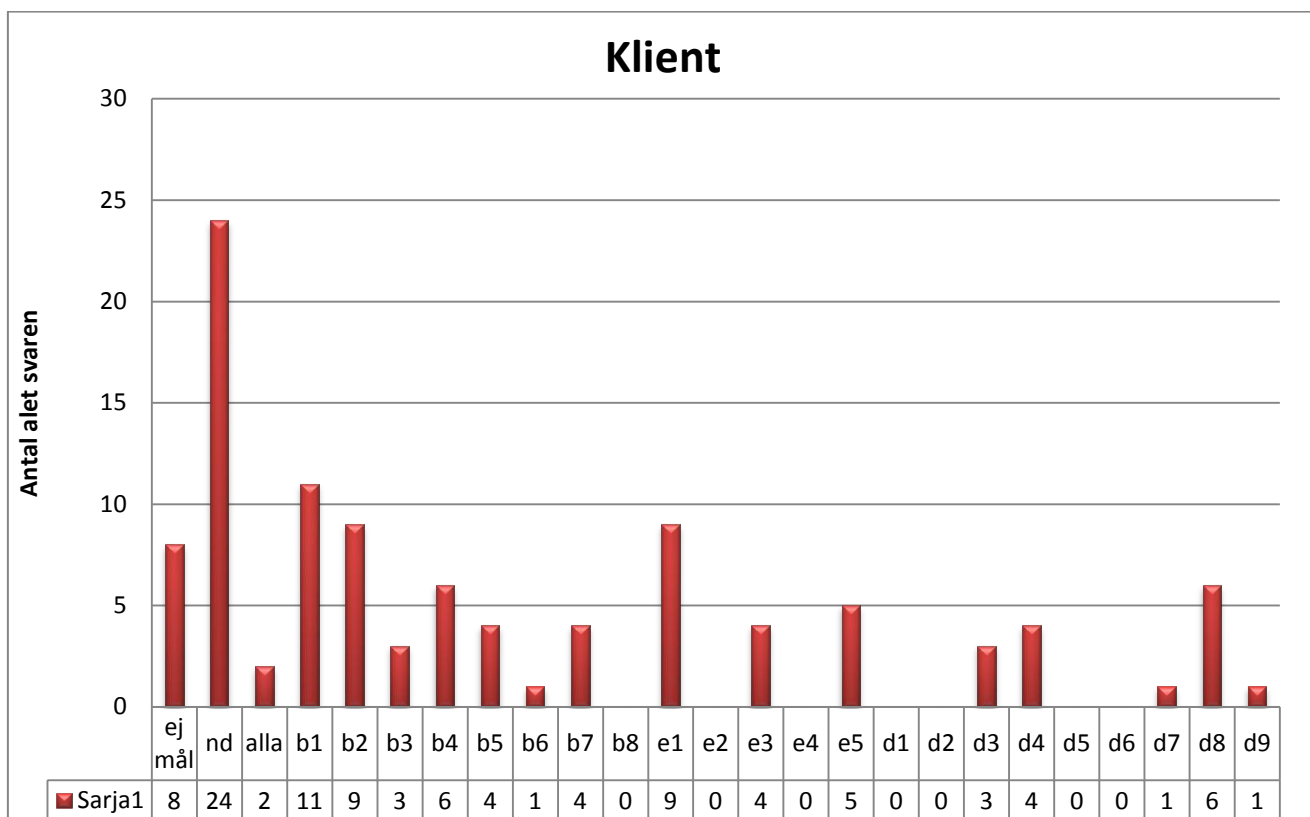
hjärnskada oftast trafiken och mera sällan våld och skador i arbetet. De två sista hör till kategori annat. Karakteristiska för klienterna presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Karakteristiska för klienterna

			Ålder n (%)		Orsak n (%)		
	Kön n (%)		2011	vid skade- tillfälle	Trafik	Fall	Annat
	K	M					
18 - 27 år	3 (6 %)	7 (14 %)	10(20 %)	15(30 %)	9 (18 %)		1 (2 %)
28 - 37 år	5 (10 %)	8 (16 %)	13(26 %)	8 (16 %)	10(20 %)	3(6 %)	
38 – 47 år	2 (4 %)	8 (16 %)	10 (20%)	8 (16%)	6 (12 %)	2 (4 %)	2 (4 %)
48 – 57 år	2 (4 %)	9 (18 %)	10(20 %)	6 (12%)	9 (18 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
>58 år	1 (2 %)	5 (10 %)	5 (10%)	4 (8 %)	3 (6 %)	2 (4 %)	1 (2 %)

Klienternas egna målsättningar identifieras bara från förhandsblanketten (91 st) och mål kunde vara flera än bara ett mål. Åtta av alla klienter eller deras anhöriga kunde inte nämna något mål alls på förhandsblanketten. Klienterna gav följande uttryckta åt målen: ”Elämä taas raiteilleen”, ”Oppisin vahvaksi”, ”Normaali terveys ja henkinen hyvinvointi”. Dessa mål fick en kod nd. Sammanlagt 24 st av målen kodades nd och två hela ICF klassifikation (alla i tabell). De flesta målen (38 st) gällde kroppsfunktion (b1-8). Övergripande psykiska funktioner så som förståelse av sig själv (b1644), emotionella funktioner (b152) och smärtproblem (b280) togs ofta upp. I komponenten aktivitet och delaktighet var den vanligaste domänen sådant som hörde till viktiga livsområden (d8) t.ex. att återvända till arbete. Färre domäner handlade om förflyttning (d4) och kommunikation (d3). Inom omgivningsfaktorerna togs behovet av hjälpmedel och medicinering togs upp, men mycket ofta önskades också att få kamratstöd (e345): ”Toivoo verstaistukea”.

En helhets bild av mål uppgjord av klient i figur 2.



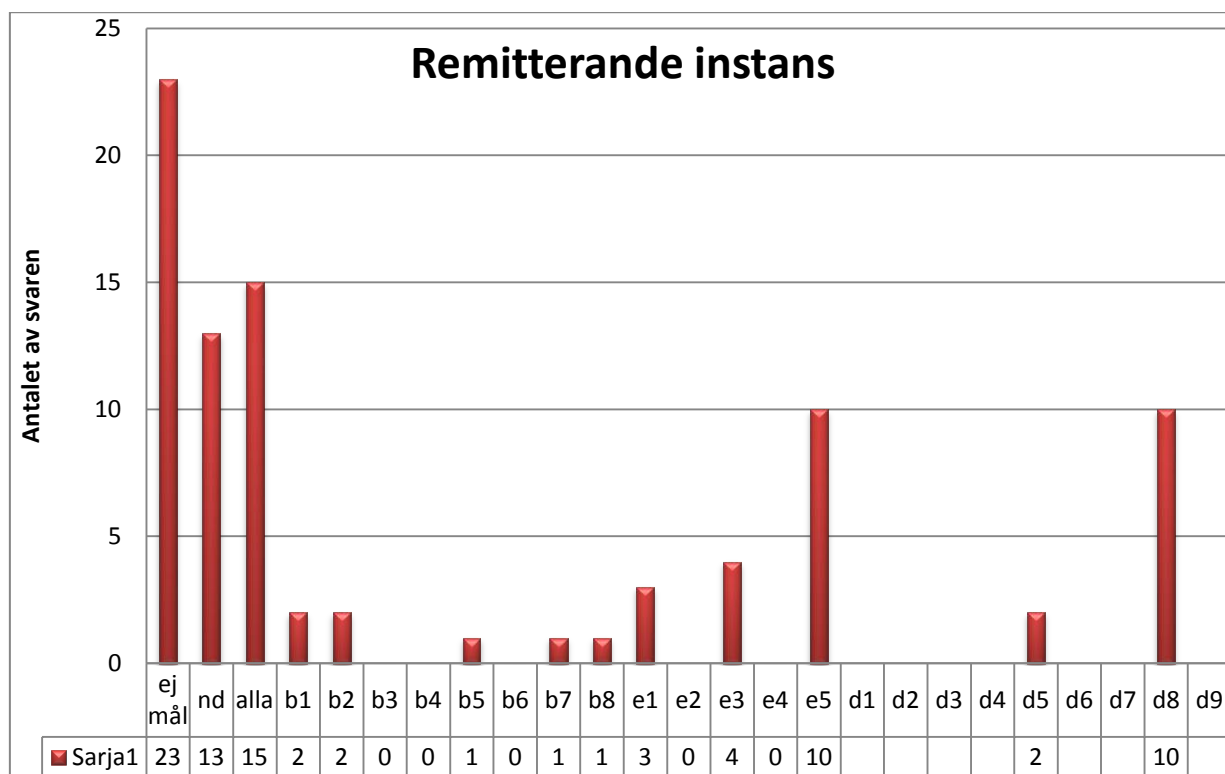
Figur 2. Mål uppgjorda av klienterna

Målsättning av den remitterande instansen antecknas oftast i remissen eller i rehabiliteringsplanen. Undersökningen påvisade att 23 av 50 remisser (46%) inte hade någon målsättning för rehabiliteringsperioden. Enligt ICF kunde inte 13 st. koder för att målsättningarna var uttryckta på allmän nivå: ”seurantatahon puolesta suositellaan har-kittavaksi...” Femton mål täckte däremot hela ICF klassifikation: ”toimintakyvyn arvio tai ylläpito”.

De flesta mål berörde möjligheten att återvända till arbete eller möjligheten att fortsätta studierna (b8). Inom omgivningsfaktorer fanns 10 st. mål som handlade om service och tjänster (e5) inom hälsovård och rehabilitering d.v.s. för att få rehabilitering, men också förberedelse inför kommande yrke eller utövande av yrke. Bara få mål handlade om

kroppsfunction och övergripande psykiska funktioner (b1) så som sinnesfunktioner och smärta (b2).

En helhets bild av mål uppgjord av remitterande instansen finns i figur 3.



Figur 3. Mål uppgjorda av remitterande instansen

Målen gjorda av multiprofessionella teamet grundar sig på förhandsinformation och intervju av klienten, observation och olika mättningar. Det fanns sammanlagt 488 mål uppgjorda av multiprofessionellt team. Alla klienter hade mål. Femtio mål kunde inte kodas p.g.a. diffus formulering t.ex.: ”Sekundaarioireiden parempi hallinta”. Hela ICF klassifikationen kodades sammanlagt för 49 mål t.ex. för formuleringar såsom ”toimintakyvyn arvio aivovamman jälkeen”.

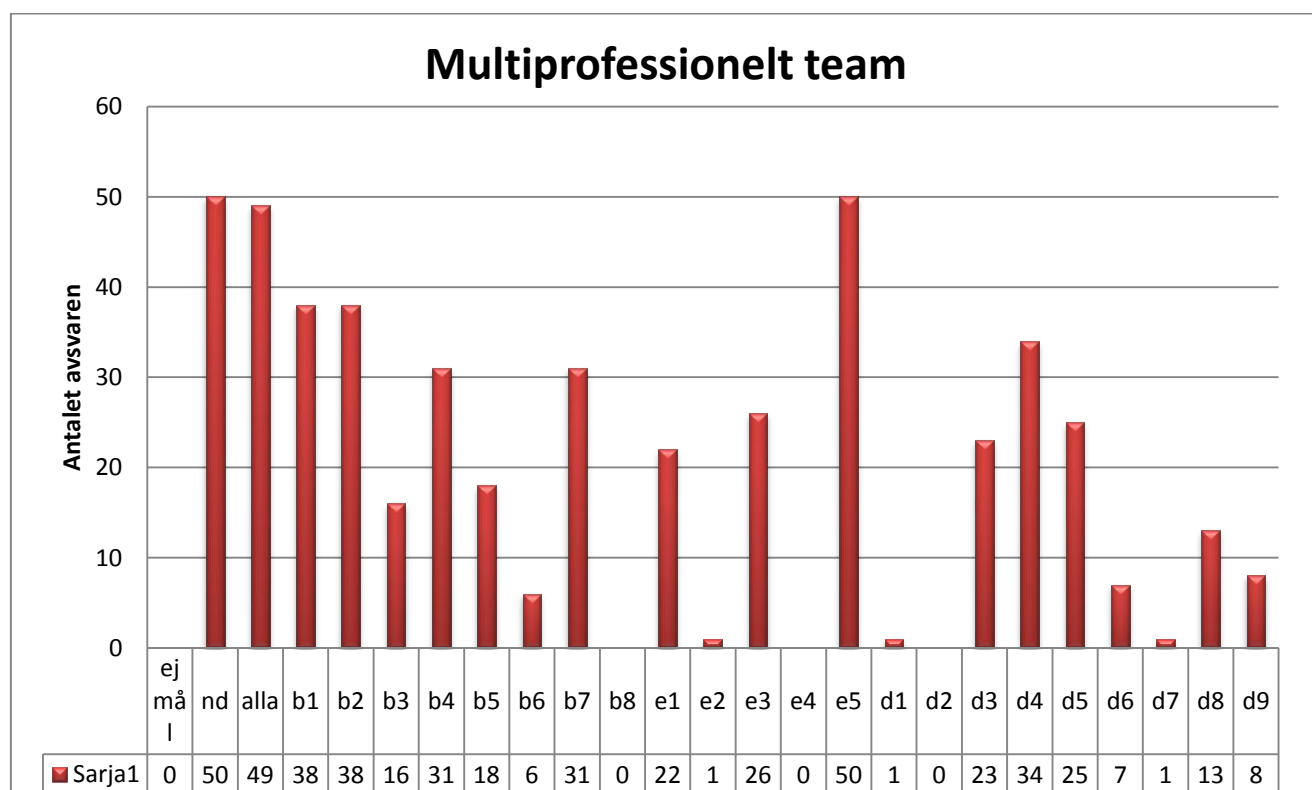
Till komponenten kroppsfunction (b1-8) utpekades 178 mål: energinivå, motivation och aptit samt emotionella funktioner eller sömnfunktionen vilka alla har betydelse för att den hjärnskadade ska kunna leva sitt liv med familj, vänner och i samhälle. Ett dåligt

minne men också viljan att öka förståelse för sin situation var målet för flera klienter (b1).

I komponenten aktivitet och delaktighet fanns 112 mål, vilka innehåller förflyttningar (d4), personlig vård (d5) och kommunikation (d3). Förflyttningar betyder möjlighet att ändra kroppställning, att röra sig från en plats till en annan t.ex. att åka kommunalt, bära och hantera föremål. Personlig vård innefattar inte bara att kunna tvätta sig utan också att äta och dricka samt sköta sin hälsa. Kommunikation innebär att personen kan genomföra samtal och kan använda olika kommunikationsmetoder och –hjälpmedel.

(Klassifikation av funktionsförmåga, funktionshinder och hälsa.2003 s. 127,136,123)

En helhetsbild av mål uppgjord av multiprofessionellt team i figur 4.



Figur 4. Mål uppgjorda av det multiprofessionella teamet

Den andra forskningsfrågan handlade om skillnaden mellan två kodare som kodade mål enligt ICF kodnings principer. Skillnaden mellan kodare testades med Chi-Square-Goodness-of Fit test.

I kategori b var Chi-Square 395,945 och P värde var $P < 0,001$. Det fanns en signifikant skillnad mellan kodarna. Största skillnaden var i koden nd (221,8), psykiska funktioner b1 (-158,7) och alla (-58,4).

I kategori d var skillnaden mellan kodare signifikant (Chi-Square 56,625 och $P < 0,00$). Största skillnaden var i koden utbildning d8 (31,8), hemliv så som hushållsarbete och att bereda måltider d6 (-16,2), mellanmännsliga interaktioner och relationer d7 (-14,9) och fritid (-12,3). I kategori e fanns ingen signifikant skillnad mellan kodarna (Chi-Square var 3,144 och $P = 0,534$).

7 DISKUSSION

Syftet med denna studie var att undersöka hur ICF referensramen syns i rehabiliteringens målsättning för människor med traumatisk hjärnskada. Ett annat syfte var att undersöka skillnaden mellan två kodare som presenterar olika yrkesgrupper när de kodar mål enligt ICF. Det finns några forskningar i vilka man har undersökt hur ICF som referensram kan täcka de symptom och konsekvenser som är följder av hjärnskada. (Aichini et al. 2010, Pistarini et al. 2011) Båda forskningarnas resultat visar att ICF referensram eller ICF Core Set för hjärnskadade täcker väl de svårigheter som klienter och deras anhöriga möter i vardagen. Skillnaden mellan denna studie och tidigare forskning var att här kodades målen i stället för klientens funktionsförmåga, konsekvenser eller faktorer som stöder eller hindrar deras vardag hemma, i arbete och i sociala livet. Enligt Pistarini et al (2011) var kroppsfunktion och delaktighet de vanligaste kategorierna som togs upp som störande faktorer. Resultatet av studien visar också att kroppsfunktion och övergripande psykiska funktionen så som förståelse av sig själv och emotionella funktioner samt smärtproblemet lyftes fram. I delaktighets kategori togs möjligheten upp att återvända till arbetslivet. Dessa mål kom fram genom klientens egna målsättningar, men samma kategori lyftes också fram i målen som var gjorda av multiprofessionella teamet.

Om symptomen och konsekvenserna är mångfasetterade, kräver rehabiliteringen olika interventioner av flera experter. Målsättningen är en process som hjälper till att klargöra mål och att välja rätta metoder. Denna process är viktig inte bara för klienter utan också för medlemmarna i multiprofessionella team. (Bovend'Eerd et al. 2009 s. 352) Även om mål är en viktig del av rehabilitering, visade studien en stor brist i målsättningen. Mål fattades helt i 23 st. av 50 remisser (46%). Det finns alltså ett behov av utveckling för att skapa en effektiv vård- och rehabiliteringskedja från sjukhus till öppenrehabilitering hemma. Åtta klienter av 50 hade inga mål förrän de deltog i rehabiliteringsperioden. Under klientens intervju och undersökning, som gjordes av ett multiprofessionellt team medlem, kunde klientens mål formuleras. Enligt Paltamaa et al. 2011 s.38-39 borde målen vara korta, konkreta, realistiska och mätbara. Målen i klientjournalen var ofta väldigt omfattande och otydliga: ”tavoitteena ollut frontaalilohko-oireiden vaikeuksien vähentyminen”, ”keskeistä on edelleen kuntoutuksen aktivointi ja vuorovaikutuksen ylläpitäminen arkipäivän tilanteissa”, ”tavoitteena oli kartoittaa kuntoutuksen selviytymistä ja osallisuuden mahdollisuuksista kotiolosuhteissa” och kunde därför inte kodas enligt ICF.

Stort antal mål kunde inte identifieras/kodas (nd) enligt ICF kodnings principer på alla tre grupper: klienter 24 st, remitterande instansen 13 st och multiprofessionellt team 50 st. Orsaken till resultatet kunde vara som ovan: omfattande och otydliga. Det som var svårt som kodare var att jag egentligen visste vad de olika målen som kom fram betydde, men kunde inte koda dem enligt ICF på grund av otydlighet. Jag har lärt mig att tolka andra yrkesgruppers språk och termer, men de är inte bekanta för nybörjare eller för dem som läser klientjournalen. Ett syfte med ICF var att skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och helsorelaterade tillstånd samt att förbättra kommunikation mellan olika användare. (Klassifikation av funktionsförmåga, funktionshinder och Hälsa 2003 s.10) Enligt Stucki et al. (2002) påverkar språket hur människor tänker. Ett gemensamt språk kommer att ändra kommunikationen i multiprofessionella teamen, men också med olika organisationer när klienten flyttas sig från sjukvård vidare t.ex. till hemvård.

Efter att ha kodat två pilotklienter bestämde vi kodare att ett uttryck som ”toimintakyvyn arvio osv.”, ”bedömning av funktionsförmåga” betydde att målsättningen kodades med

hela ICF (alla i tabellen) i stället för not definable (nd). Motiveringen till detta är att Kottby rehabiliteringscenters roll inom rehabiliteringen är att skapa en helhetsbild av klientens funktionsförmåga. Å andra sidan om målsättningarna som är gjorda av multiprofessionella teamet eller enskilda teammedlemmar är lika omfattande och inte individuella eller specifika, har man orsak till att utveckla en klientcentrerad målsättning. Här finns också studiens svaghet. Under kodningen var jag nu och då osäker om jag skulle koda nd i stället för alla. Fastän jag försökte vara väldigt noggrann med att bara läsa texten, var det svårt att fatta beslut. Detta kan vara en orsak till skillnaderna mellan två kodare.

Antalet mål som inte kunde kodas enligt ICF (nd) var 24 st. som var gjorda av klienter. Remitterande instansernas andel var 13 st. och 50 st. gjorda av multiprofessionella team. Ingen utbildning hade getts till hela personalen om ICF referensram före eller under år 2011. ICF modellen och termer var obekanta för många och termerna som används varierade. Även utbildning i GAS-metoden var på gång. Man kunde tolka målets innehåll, men inte koda enligt ICF. Rentsch et al. 2003 framförde att det krävs mycket tid och utbildning innan ICF kan implementeras i kliniskt multiprofessionellt arbete, men att teamets arbetsätt blev mer systematiskt och målinriktat.

Resultatet visade att både klienterna, de remitterande instanserna och det multiprofessionella teamet hade formulerat flera mål som gick under kategorin kroppsfunktion. Kroppsfunktion har enligt forskningar (Aichini et al. 2010, Pistarini et al. 2011, Koskinen et al. 2007) lyfts fram ofta på samma sätt som i denna studie. Psykiska förändringar, sömnproblem, viljan att förstå sina symptom och smärtproblem påverkar klientens liv. Många önskar sig en möjlighet att återvända till arbetslivet eller att utbilda sig, men målet kan också vara att man vill röra sig inne och utomhus och kommunicera med andra. Inom omgivningsfaktorer i kategori e5 som innehåller services och tjänster hade klienterna bara fem mål, men den remitterande instansen 10 och det multiprofessionella team 50 mål. I denna kategori hör till tjänster inom hälsovård d.v.s. rehabilitering. Remissen innehåller målet för att få rehabilitering och medlemmar av multiprofessionella team bedömer behovet till rehabilitering i öppen vården. Pistarini et al. 2011 betonade också omgivningsfaktorernas betydelse för människor med hjärnskada.

I kategori b och d fanns det signifikant skillnad mellan kodare, men i kategori e fanns det inte signifikant skillnad. Resultat av tidigare forskning (Koskinen et al. 2007) påvisade att samtycket mellan två kodare var relativt högt (ca.86% från domäner identifieras med båda kodare). ICF checklistan med 123 kategorier användes i forskningen och oftast identifierades konsekvenser av hjärnskada i kategorin kroppsfunktion och delaktighet. Den stora skillnaden mellan båda kodarna i kategori b kan bero på att i samma test hade inkluderats också kategori nd och alla, men också i kategori psykisk funktion var skillnaden relativt stor. Skillnaden i kategori d var mindre men största variationen fanns i utbildning och mänskliga relationer. Kodare B var neuropsykolog, och detta kan förklara hennes kunnande inom psykisk funktion och mänskliga relationer. Kodare A var fysioterapeut och detta kan vara av betydelse för förståelsen av vissa kategorier. Utveckling av ICF kodnings principer borde garantera att vem som helst kan koda om man känner till rehabiliteringsområdet samt modellen och strukturen av ICF. I forskningen Koskinen et al. (2007) bedömdes också hur två kodare från olika yrkesgrupper kodade enligt ICF. Resultatet visade att de kodade över 80% på samma sätt. Skillnaden mellan kodarna bevisar att utbildning och ett målmedvetet samarbete i teamet behövs för att skapa gemensamma målinriktade sätt att arbeta tillsammans.

Urvalet till studien motsvarade etiologin för typiska personer med hjärnskada. Unga män har större risk för att få hjärnskadan: män 37 st (74%) och kvinnor 13 st (26%). De flesta fallen förorsakades av trafiken, fastän enligt statistiken förorsakar fallolyckorna 65 % av alla hjärnskador. En förklaring kan vara att fallolyckor drabbar mera äldre människor över 70 år och urvalet i undersökningen var under 37 år. (Käypä hoito 2009, s. 2)

Resultatet påpekar att utbildningen behövs för att lära känna ICF modellen och dess möjlighet att utveckla ett multiprofessionellt teamarbete. Målsättningen, i synnerhet i skriftlig form, bör klargöras. Om utbildningen om ICF referensram genomförs av hela personalen skulle det vara intressant med en upprepning av en likadan studie som denna. Rensch et al. (2003) påpekade i sin studie att man behöver praktiska verktyg för att implementera ICF i praktiken. Teamet utvecklade checklistan för att nå ett gemensamt språk i teamet. ICF Core Set för hjärnskadade presenterades 2010. Cieza et al.

(2002, 2005) utvecklade ett systematiskt och standardiserat system att koda mätinstrument till ICF. Kodningen sker enligt kodnings principer var den allra viktigaste princip är att man känner till ICF väldigt bra. Det kräver utbildning och tid.

KÄLLOR

Aiachini, B; Pisori, C; Cicza, A; Cazzulari, A & Pistarini, C. 2010. *Developing ICF core sets for subjects with traumatic brain injury: an Italian clinical perspective*. Eur Journal Phys Rehabilitation Medicine; Mar 46(1), s.27-28.

Alajoki-Nyholm, Leena, 2011. *Toimintakyvyn arvioiminen ja kuvaaminen moniammatillisena yhteistyönä ICF –viitekehyksen mukaan. Toimintaympäristönä Invalidiliiton Käpylän Kuntoutuskeskus*. Opinnäytetyö Ammattikorkeakoulu Metropolia, YAMK toimintaterapia, kuntoutus.

Autti-Rämö, Ilona; Vainiemi, Kirsi; Sukula, Seija, Louhenperä, Anneli. *GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2*. Tillgänglig:

http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf

Bokhour, Barbara G. 2006. *Communication in interdisciplinary team meetings: What are we talking about?* Journal of Interprofessional Care, august, 20(4), s.349-363.

Bovend'Eerd, Thamar JH; Botell, Rachel E; Wade, Derick T. 2009, *Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide*. Clinical Rehabilitation; 23:352-361.

Brief IVF Core Set for TBI. 2010. Tillgänglig: <http://icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects-sp-1641024398/neurological-conditions/development-of-icf-core-sets-for-traumatic-brain-injury-tbi/> brief Core Sets for TBI (download PDF). Hämtad 19.12..2013.

Cieza, Alacros; Brockow; Thomas; Ewert, Thomas; Amman, Edda; Kollerits, Barbara; Chatterji, Somnath; Ustun T; Berdirhan & Stucki, Gerold. 2002, *Linking health-status measurements to the International Classification of Functioning, disability and health*. Journal Rehabilitation Medicine; 34, s. 205-210.

Cieza, Alacros; Ewert, Thomas; Ustun T; Berdirhan; Chatterji, Somnath; Kostanjsek, Nenad & Stucki, Gerold. 2004, *Development of ICF Core Sets for Patients with Chronic Conditions*. Journal Rehabilitation Medicine, suppl. 44, s.9-11.

Cieza, Alacros; Geyh, Szilvia; Chatterji, Somnath; Kostanjsek, Nenad; Ustun T; Berdirhan; & Stucki, Gerold. 2005, *ICF linking rules: an update based on lessons learned*. Journal Rehabilitation Medicine; 37, s. 212-218.

Comprehensive ICF Core Set for TBI. 2010. Tillgänglig: http://www.icf-research-branch.org/images/stories/ICF%20Core%20Sets%20Download/Comprehensive_ICF_Core_Set_for_TBI.pdf. Hämtad 3.3.2013.

Cott, Cheryl. 1998, *Structure and meaning in multidisciplinary teamwork*. Sociology of Health & Illness, vol 20, no 6. ISSN 0141-9889, s.848-873.

Holma, Tupu.2009, Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden palvelujen dokumentointi sähköisessä potilaskertomuksessa. Dokumenttiohje. Suomen Kuntaliitto. Tillgänglig: http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/tietojarj-sahkoiset-pal/potilaskertomus/Documents/Dokumentointiohje_2009.pdf. Hämtad.22.5.2012

ICF Reseach Branch 2013. Tillgänglig:<http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects-sp-1641024398>. Hämtad 10.10.2013

Invalidiliiton Hyvä kuntoutumiskäytäntö.2013. Tillgänglig: http://www.invalidiliitto.fi/files/attachments/kuntoutus/hyva_kuntoutumiskaytanto_2013_lowres.pdf

Kallanranta, T; Rissanen, P & Vilkkumaa, I. 2001, *Kuntoutus*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, 1.painos. ISBN 951-656-036-9. 396 s.

Kansaneläkelaitos. Tillgänglig: <http://www.kela.fi/gas-menetelma>

Klassifikation av funktionsförmåga, funktionshinder och hälsa.2003 (svensk version av International Classification of Funktioning, Disability and Health 2001). Socialstyrelsen. Vällingby.

Koskinen, S; Hokkinen, E-M; Sarajuuri, J & Alaranta, H. 2007, *Applicability of the ICF checklist to traumatically brain-injured patients in post acute rehabilitation settings*. Journal Rehabilitation Medicine, 39, s. 467-472-

Koskinen, Sanna. 2011, *Functional Outcome and Health –related Quality of Life after-Traumatic brain Injury in the Framework of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Division of Cognitive Psychology and Neuropsychology Institute of Behavioral Sciences, University of Helsinki. 18.11.2011. s.214.

Kuntoutusselonteko 2002. Tillgänglig:

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>

Käypä hoito suositus.2009. Tillgänglig:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaarkeli/tunnus/hoi18020>. Hämtad 2.2.2012.

Metsämuuronen, Jari. 2005, *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, 3.laitos. ISBN 952-5372-189.

Molyneux, Jeanie. 2001, *Interprofessional teamworking: what makes team work well?* Journal of Interprofessional Care, vol 15, no 1, s.29-35.

Paltamaa, Jaana; Karhula, Maarit; Suomela-Markkanen & Autti-Rämö, Ilona. 2011, *Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeesta (VAKE)*. Kelan tutkimusosasto. Tillgänglig:

<http://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Hyvan%20kuntoutuskaytannon%20perusta.pdf?sequence=148>. Hämtad 15.2.2012.

Pistarini, Caterina; Aiachini, Beatrice; Coenen, Michaela & Pisoni, Camilla; On Behalf Italian Network. 2011, *Functioning and disability in traumatic brain injury: an Italian patient perspective in developing ICF Core Sets*. Disability and Rehabilitation, 33(23-24), s. 2333-2345.

Ptyushkin, Pavel; Vidmar, Gaj; Burger, Helena & Marinek, Crt. 2010, *Use of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in patients with traumatic brain injury*. Brain Injury, December, 24 (13-14), s. 1519-1527.

Rentsch, H.P; Bucher, P; Dommen, Nyffeler I; Wolf, C; Hefti, H; Fluri, E; Wenger, U; Wälti, C & Boyer, I. 2003, *The Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland*. Disability and Rehabilitation, vol 25, no 8, s. 411-421.

Stucki, G; Ewert, T and Cieza, A. 2002, *Value and Application of the ICF in Rehabilitation Medicine*. Disability and Rehabilitation, vol 24, no 17, s. 932-938.

WHO Classification 2011. Tillgänglig: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Hämtad 10.10.2013

Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Konsensuslausuma. Fokusessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. 29.10.2008. Suomalainen lääkärisseura Duodecim.

Suomen akatemia. Tillgänglig:

<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf>, Hämtad 15.1.2012.

Övretveit, John. 1995, *Moniammatillisen yhteistyön opas*. Helsinki: Hakapaino. ISBN 951-8963-39-9, 318 s.

BILAGA 1

Förteckning över ICF domäner

Domän	kategori
KROPPSFUNKTION	
1. Psykiska funktioner	b110 – b199
2. Sinnesfunktioner och smärta	b201 – b299
3. Röst- och talfunktioner	b310 – b399
4. Hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems-, och andningsfunktioner	b410 – b499
5. Matsmältnings och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner	b510 – b599
6. Funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner	b610 – b699
7. Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner	b710 - b799
8. Funktioner i huden och därmed relaterade strukturer	b810 – b899
KROPPSTRUKTURER	
1. Strukturer i nervsystemet	s110 – s199
2. Ögat, örat och därmed relaterade strukturer	s210 - s299
3. Strukturer involverade i röst och tal	s210 – s399
4. Strukturer i hjärt-kärlsystemet, immunologiska systemet och andningssystemet	s410 – s499
5. Strukturer som sammanhänger med matsmältnings- och ämnesomsättningssystemen samt endokrina systemet	s510 – s599
6. Strukturer som sammanhänger med köns- och urin- organens system	s610 – s699
7. Strukturer som sammanhänger med rörelse	s710 – s799
8. Hud och därmed sammanhängande strukturer	s810 – s899

Domän	kategori
-------	----------

AKTIVITETER OCH DELAKTIGHET

1. Lärande och tillämpa kunskap	d110 – d199
2. Allmänna uppgifter och krav	d210 – d299
3. Kommunikation	d310 – d399
4. Förflyttning	d410 – d499
5. Personlig vård	d510 – d599
6. Hemliv	d610 – d699
7. Mellanmänskliga interaktioner och relationer	d710 – d799
8. Viktiga livsområden	d810 – d899
9. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv	d910 – d999

OMGIVNINGSFAKTORER

1. Produkter och teknik	e110 – e199
2. Naturmiljö och mänskligt skapande miljöförändringar	e210 – e299
3. Personligt stöd och personliga relationer	e310 – e399
4. Attityder	e410 – e499
5. Sevice, tjänster, system och policies	e510 – e599

BILAGA 2

Forskning	Syfte	Metod	Resultat
Aichini et al. Developing ICF core set for subjects with traumatic brain injury: an Italian clinical perspective. Eur J Phys Rehab Med; Mar 46 (1):27-28	Beskriver funktion och hälsa hos människor med traumatisk hjärnskada. Identifiera mest allmänna problem. Identifierar ICF kategorier.	261 traumatisk hjärnskadade patienter i 24 rehab. centrum. Intervju av pat. Juli 2008- Januari 2009 Empirisk tvärvetenskaplig studie	Bred bild av problemet. Gäller också under kroniska fasen i rehab. Mest drabbande kategorier i aktivitet o. delaktighet Omgivnings faktor: stöd av anhöriga/terapeuter
Koskinen et al. 2007. Applicability of the ICF checklist to traumatically brain-injured patients in post-acute rehabilitation settings. J Rehab Med;39:467-472	Användning av ICF checklist för traumatisk hjärnskadade patienters bedömning. Evaluera samtyckte mellan två forskare.	55 pat. Båda läste skriven dokumentation av multiprof. team (350 dokument) och använde checklisten. Tvärvetenskaplig studie.	123 kategorier: Cirka 80% samtyckte mellan kodarna. Nuvarande checklist kräver utveckling, men lovande.
Rentsch et al. 2003. The Implementation of ICF in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital Hospital of Lucerne, Switzerland.	Implementering av ICF som metod för att jobba i multiprofessionellt team, dokumentation av praktiskt arbete	ICF användes som grund för rehabiliteringens plan, mål och dokumentation.	Multiprofessionella teamarbetens kvalitet ökade, målsättningen blev tydligare.
Pistarini et al. 2011. Functioning and dis-	Undersöker de faktorer i funktionsförmågan och	Focus grupp intervju. 41 personer med TBI	Kroppsfunktion och delaktighet var de vanligaste

ability in traumatic brain injury: an Italian patient perspective in developing ICF Core Sets.	hälsan som har betydelse i vardagen för människor med traumatisk hjärnskada.	och 33 anhöriga	kategorierna man tog upp som störande eller hinderande faktorer.
--	--	-----------------	--