

ICF-verktyg bra för att beskriva aktivitetsbegränsning vid sjukskrivning

Allmänläkare och Försäkringskassan är positiva, visar kvalitativ studie

MAGDALENA FRESK, specialist i allmänmedicin, Kista vårdcentral magdalena.fresk@sll.se
BRITT ARRELÖV, med dr, specialist i allmänmedicin, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting
YLVA SKÅNÉR, docent, specialist i allmänmedicin

LARS BACKLUND, med dr, specialist i allmänmedicin
GUNNAR NILSSON, professor, specialist i allmänmedicin; de tre sistnämnda Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, Stockholm

Det vanliga svenska sjukintyget har sedan 2008 en utformning som följer strukturen i »Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa« (ICF; International classification of functioning, disability and health) när det gäller beskrivning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning [1]. ICF tillhör en familj av klassifikationer som utgetts av WHO och är ett komplement till ICD-10 när det gäller beskrivning av funktionstillstånd [2].

Försäkringskassan använder både ICD-10 och ICF i sin utgångspunkt för bedömning av arbetsförmågan, den sk DFA-kedjan, där D står för diagnos, F för funktionsnedsättning och A för aktivitetsbegränsning; de två sistnämnda är begrepp hämtade från ICF.

Sjukskrivningssituationen uppfattas av läkare som problematisk ur flera perspektiv [3]. En av svårigheterna är att beskriva aktivitetsbegränsning, och i en nyligen publicerad studie av sjukintyg framgår att aktivitetsbegränsning fanns angiven endast i en tredjedel av sjukintygen [4].

Användning av ICF anses kunna vara ett bra sätt att strukturera beskrivningarna av aktivitetsbegränsning [5-7]. ICF-systemet är omfattande, och det pågår ett internationellt utvecklingsarbete för att ta fram verktyg för att underlätta användningen [8], däribland ett antal »ICF core sets«, som är praktiskt användbara urval av ICF-kategorier för olika diagnoser och bedömningssituationer [9]. ICF core sets finns i kortare (brief) och mer omfattande (comprehensive) versioner.

Syftet med denna studie var att undersöka om ICF – genom användning av ett webbaserat ICF-verktyg baserat på ett antal ICF core sets – kan underlätta för läkare att i samband med sjukskrivning beskriva patientens aktivitetsbegränsning.

METOD

En kvalitativ studie med intervjuer och innehållsanalys, med

»... sjukintygens beskrivningar av aktivitetsbegränsning innehöll mer och tydligare information med tydligare graderingar.«

fyra manliga specialister i allmänmedicin och två kvinnliga handläggare vid Försäkringskassan som informanter, genomfördes september–december 2011. Läkarna arbetade vid tre vårdcentraler, som deltog i pilottestning av det elektroniska sjukintyget MedCert i Stockholms läns landsting [10]. Urvalet baserades på eget intresse, och användning av elektroniskt sjukintyg var en förutsättning för studien.

Läkarna fick en timmes utbildning om ICF och därefter tillgång till det webbaserade ICF-verktyget integrerat i det elektroniska sjukintyget. ICF-verktyget baserades på ICF core sets (omfattande version) för tolv diagnosgrupper [11]. Vid utfärdande av sjukintyg kunde läkaren välja att beskriva aktivitetsbegränsning genom att använda ICF-begrepp ur komponenten »aktivitet/delaktighet« (ICF-koder) [2]. Det fanns möjlighet att kombinera de olika diagnoserna och att söka fritt bland ICF-kategorierna. Bedömningstexten överfördes till sjukintyget, och läkarna kunde redigera och lägga till fri text.

Cirka 6 veckor efter studiens start genomfördes strukturerade intervjuer med läkarna [12]. Efter transkription genomfördes kvalitativ innehållsanalys, där rådata delades in i meningsbärande enheter som kodades och fördes samman i kategorier som låg nära det ursprungliga innehållet [13].

När flertalet sjukintyg utfärdats intervjuades två kvinnliga handläggare vid Försäkringskassan, ansvariga för bedömningen av sjukintyg från två av vårdcentralerna, enligt metoden beskriven ovan.

Projektet har granskats och godkänts av etikprövningsnämnden i Stockholm, diarienummer 2011/1742-31/5.

RESULTAT

Intervjuer med läkare

Sju kategorier identifierades och exemplifieras här med meningsbärande innehåll och citat.

1. ICF kan vara ett stöd för läkare vid beskrivning och gradering. Läkarna beskrev såväl att de uppfattade att ICF skulle kunna vara ett stöd som att det faktiskt uppfattats som ett stöd: »... det kan ju underlätta i att kanske göra en beskrivning över hur de här fält 4 och 5 [i sjukintyget] kompletterar varandra...«

När det gäller graderingen av aktivitetsbegränsningarna diskuterade man fördelar med ICF-terminologin: »Lätt, måttlig, svår är begrepp som läkarna är vana vid att använda. Bra begrepp.« Man beskrev att det blev lättare att förstå funktionsbegreppet och att det påverkade det egna tankesättet. Man beskrev verktyget som efterfrågat: »... har ropat länge efter denna typ av instrument och verktyg.«

2. Brist på kunskap och samsyn avseende bedömningarna. Det framkom att läkarna uppfattade att brist på kunskap hos Försäkringskassans handläggare, mottagare av sjukin-

SAMMANFATTAT

Dagens sjukintyg är utformat enligt WHO:s »Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa« (ICF) avseende beskrivning av aktivitetsbegränsning.

En kvalitativ studie har genom-

förts för att studera attityder hos läkare och Försäkringskassans handläggare till ett webbaserat ICF-verktyg vid sjukskrivning. **ICF-verktyget uppfattas** som ett stöd vid beskrivning av aktivitetsbegränsning i sjukintyg.

KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

tyget, hade betydelse för hur ICF kunde användas. »Men det [ICF-språket] fungerar inte alltid med FK-handläggarna, en del handläggare vill inte ha så konstigt språk.« Man betonade betydelsen av den ömsesidiga samsynen av graderingarna.

3. Tidskrävande bedömningsmetod. Det framkom önskemål om att själva ICF-verktyget borde vara snabbare och enklare att använda, men i vissa fall blev det tydligt att det var bedömningen i sig man uppfattade som tidskrävande: »... patienten hade ju ryggbesvär, nackbesvär och axelbesvär, då blev det ju samsjuklighet ... då tar det plötsligt lite tid ...«

4. Verktyget behöver förbättras. Kategorin innehåller åsikter både om tekniska förbättringar av ICF-verktyget och om anpassning till primärvården. Man uppfattade utrymmesbrist när det gällde att få plats med både de ICF-koder man hade valt och komplettering med fri text.

5. Urvalet av diagnoser och koder i ICF core sets behöver justeras. Urvalet av koder per diagnos uppfattades som stort, men det framkom önskemål om att kunna välja bland fler diagnoser. »Fler core sets skulle kunna vara bra, men i gengäld färre termer i varje core set. Detta skulle nog gynna överblick och göra det lättare att hitta relevanta koder.« Man diskuterade vikten av att ha expertstöd för att välja ut lämpliga ICF core sets.

6. Utvecklingsmöjligheter. Diskussion fördes både om möjligheter att utveckla funktionstest baserade på ICF och om att få ett gemensamt språk med paramedicinerna. Man beskrev att det kunde leda till bättre kvalitet och samsyn. »Det kanske skulle kunna få bedömningarna generellt för läkarkåren att bli mer samstämmiga, det är möjligt ...« Det framkom tankar om att kunna koppla ICF till Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

7. Läkare måste prioritera sjukvård framför sjukskrivning. En kategori baserades på en diskussion om läkarnas förhållningssätt till sjukskrivning som en del i problematiken runt sjukskrivningssituationen.

Intervjuer med handläggare vid Försäkringskassan

Följande sex kategorier identifierades och exemplifieras här med meningsbärande innehåll och citat.

1. Beskrivningarna innehåller mer och tydligare information med tydligare gradering av begränsningarna. Handläggarna beskrev att intygen innehöll mer relevant information, och man betonade även att graderingarna av hur stora aktivitetsbegränsningar patienterna hade fanns med i intygen och uppfattades som tydligare. »I det här intyget kan ju jag se att det här är en person som har ganska mycket svårigheter ... och det tycker jag framgår mycket tydligare än i tidigare intyg på den här personen.«

2. Systemet är ett stöd för läkarna som får läkarna att tänka efter. Diskussionen handlade om att man uppfattade systemet som ett stöd för läkarna och att man uppfattade att de fick tänka efter på ett positivt sätt: »Jag tror att frågeställningarna, att de finns med i tankarna, att det är det som

»Läkarna valde att använda mer än en kategori från urvalet av ICF-kategorier då man hade patienter med flera diagnoser.«

är bra. Att liksom man tänker, ja vad är det för begränsningar?»

3. Det krävs större analysinsats av handläggarna. Denna kategori beskriver att det krävdes en större insats av handläggarna för att förstå vad beskrivningarna innebar: »... att man graderar dem, där måste ju vi tänka till ...«

4. Ett nytt system medför ett utbildningsbehov för handläggarna. Man beskrev att man uppfattat det som nytt och obekant, framför allt i början: »... jag tror att man måste lära sig tänket helt enkelt ...«

5. Risk att information av betydelse inte kommer med i beskrivningarna. Handläggarna saknade i vissa fall information som uppfattades som viktig för bedömningen: »Men om det går att skriva även egen text så att de kan lägga till vad det innebär i det egna jobbet, då skulle det ju vara ännu tydligare.«

6. Beskrivningarna riskerar att upplevas som opersonliga. Handläggarna diskuterade huruvida det fanns risk för att beskrivningarna skulle bli opersonliga, att beskrivningarna kunde bli statiska.

DISKUSSION

Då läkare använde ICF uppfattade Försäkringskassans handläggare att sjukintygens beskrivningar av aktivitetsbegränsning innehöll mer och tydligare information med tydligare graderingar. Det finns en genomgående uppfattning att de läkare som använt ICF-verktyget hade fått ett bra stöd vid utformningen av sjukintyget. Komplexiteten i att kommunicera runt inskränkningar i funktionsförmågan finns med i samtliga intervjuer. Både läkare och handläggare uppfattade att användningen av ICF medförde behov av utbildning och att det ökade kraven på deras respektive bedömningsinsatser.

Styrkor och svagheter

Till studiens styrkor hör att utbildning och intervju genomfördes av olika personer för att undvika att utbildarens (Magdalena Fresk) intresse för studien skulle påverka informanternas diskussion. Intervjuerna hade god intervju- och forskningsvana. Analysen av intervjuerna gjordes av en av författarna (Magdalena Fresk) under ledning av en av forskarna i projektgruppen (Ylva Skånér), som i varje steg granskade analysen och kunde justera den.

Till svagheter hör att studiens upplägg var sådant att samtidig testning av elektroniskt sjukintyg var obligat, och svårigheter med det elektroniska sjukintyget kan ha inverkat på hur läkarna uppfattade ICF-verktyget.

Urvalet av deltagare baserades på frivillighet, vilket innebär att läkarna kan ha haft ett särskilt intresse för sjukskrivning, och könsfördelningen var inte representativ för läkargruppen vid vårdcentralerna. Fler deltagare och ytterligare grupper hade varit önskvärdt med tanke på måttadsbegreppet.

Läkarna utfärdade tillsammans 22 sjukintyg, vilket innebär att Försäkringskassans handläggare hade bedömt endast ett fåtal sjukintyg vid intervjun.

Jämförelse med andra studier

I tidigare studier av beskrivning av aktivitetsbegränsning i sjukskrivningssammanhang inom primärvården har information i intyg kodats om till ICF-kategorier [6, 7]. Vi har där emot inte kännedom om någon studie där ett ICF-verktyg använts för beskrivning av aktivitetsbegränsning i sjukintyg.

Våra resultat stämmer med tidigare erfarenheter av att användning av ICF bedöms medföra krav på utbildning [14].

I vår studie diskuterade läkarna möjligheter att använda

»Studien visar att ICF uppfattades som ett stöd vid beskrivning av aktivitetsbegränsning vid sjukskrivning.«

ICF som ett multidisciplinärt språk för att öka kvaliteten i bedömningar, vilket görs inom tex rehabiliteringsmedicin [15] men inte i någon större utsträckning inom primärvården. I en svensk studie har man visat god överensstämmelse mellan multidisciplinära funktionstest ingående i arbetsförmågebedömning och utvalda ICF core sets [16].

Att läkare uppfattar sjukskrivningssituationen som problematisk är känt [3] och går även i denna studie som en röd tråd genom samtliga intervjuer. Läkarna valde att använda mer än en kategori från urvalet av ICF core sets då man hade patienter med flera diagnoser. Samsjuklighet är vanligt förekommande inom primärvården [17], och resultatet pekar på att ett ICF-verktyg för beskrivning av aktivitetsbegränsning behö-

ver utformas med hänsyn till detta.

Koppling till Socialstyrelsens beslutsstöd utreds

Studien visar att ICF uppfattades som ett stöd vid beskrivning av aktivitetsbegränsning vid sjukskrivning. ICF core sets kan vara en lämplig utgångspunkt i detta sammanhang. Det finns behov av att närmare undersöka hur ICF bör introduceras för läkare och Försäkringskassans handläggare och hur ett ICF-stöd ska utformas för att vara praktiskt användbart i sjukskrivningssituationen.

Huruvida sjukintygens kvalitet påverkas av användning av ICF är ett område som ligger utanför ramen för denna studie men som också behöver studeras.

En koppling av ICF till Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd är en utvecklingsmöjlighet, som för närvarande utreds på initiativ av Socialstyrelsen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Magdalena Fresk är medgrundare till Infodea AB, som tagit fram det webbaserade ICF-verktyget, som i studien integrerats i elektroniskt sjukintyg.*

REFERENSER

1. Försäkringskassan. Informationen i läkarintyget –DFA-kedjan [citerat 29 nov 2012]. http://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukskrivning_och_sjukpenning
2. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF [citerat 29 nov 2012]. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-1>
3. von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, et al. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26(1):22-8.
4. Nilsson E, Söderberg E, Öberg B. Sickness certificates in Sweden: did the new guidelines improve their quality? *BMC Public Health*. 2012;12:907.
5. Anner J, Schwegler U, Kunz R, et al. Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. *BMC Public Health*. 2012;12:470.
6. Morgell R, Backlund LG, Arrelöv B, et al. Health problems and disability in long-term sickness absence: ICF coding of medical certificates. *BMC Public Health*. 2011;11:860.
7. Nilsson E, Söderberg E, Normelli H, et al. Description of functioning in sickness certificates. *Scand J Prim Health Care*. 2011;39(5):508-16.
8. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008;44:329-42.
9. ICF Research Branch. ICF Core Sets Project [citerat 29 nov 2012]. <http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects-sp-1641024398>
10. Inera. Läkarintyg [citerat 10 dec 2012]. <https://test-inera-fl.valtech.se/TJANSTER--PROJEKT/lakarintyg/?id=614>
11. Cieza A, Ewert T, Ustun TB, et al. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:9-11.
12. Morgan D. Focus groups. *Annu Rev Sociol*. 1996;22:129-52.
13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24:105-12.
14. Schuntermann MF. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *Int J Rehabil Res*. 2005;28(2):93-102.
15. Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil*. 2011;33(4):281-309.
16. Schult ML, Ekholm J. Agreement of a work-capacity assessment with the World Health Organisation International Classification of Functioning, Disability and Health pain sets and back-to-work predictors. *Int J Rehabil Res*. 2006;29:183-93.
17. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.

■ SUMMARY. ICF can provide support in the description of activity limitations

A study was conducted in Stockholm County Council in autumn 2011. The objective was to explore how the use of ICF Core Sets affect the physician's description of activity limitations and what impact a web-based ICF-tool could have in this regard. Four physicians at three medical centers selected to test the electronic sickness certificate were recruited. The physicians went through a ICF-training and had access to the web-based ICF-tool integrated into the electronic sickness certificate during six weeks. Separate interviews with physicians and administrators at the Swedish Social Insurance Agency followed. The material was analyzed by a qualitative content analysis. The analysis showed that ICF can provide support for physicians in the description of activity limitations. Future studies are recommended.

Magdalena Fresk, Britt Arrelöv, Ylva Skånér, Lars Backlund, Gunnar Nilsson

Correspondence: Magdalena Fresk, Eduard v Horns väg 5, SE-18278 Stocksund, Sweden
magdalena.fresk@sll.se.