

Gemensamt språk för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation

**Slutrapport för delprojektet
Gemensamt språk**

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2012-5-24
Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2014

Förord

Idag saknas det till stor del en nationellt fastställd terminologi och struktur för att göra det möjligt att dela information på ett säkert och entydigt sätt över professionella och organisatoriska gränser. *Gemensamt språk* är ett delprojekt inom projektet *Nationellt fackspråk för vård och omsorg*, ett regeringsuppdrag som pågick mellan maj 2007 och mars 2011. Uppdraget ingick i den större satsningen på strategi för nationell eHälsa för vård och omsorg. I delprojektets arbete har ingått att identifiera och analysera informationsinnehåll för att ge grund för en ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation. I arbetet har det även ingått att undersöka hur begrepp, termer, Snomed CT, ICF och andra klassifikationer, samt kodverk, kan stödja utvecklingen av ett gemensamt fackspråk och en ändamålsenlig strukturerad dokumentation.

Rapportens syfte är att informera vård- och omsorgspersonal med särskilt intresse eller ansvar för dokumentationsfrågor, professionella organisationer, it-direktörer, it-leverantörer samt aktörer inom den nationella strategin för eHälsa om delprojektets resultat.

Ann-Helene Almborg har varit projektledare för delprojektet *Gemensamt språk* och huvudförfattare av rapporten. Maria Bratt, Helena Petersson (mars 2008 till mars 2009), Socialstyrelsen med flera har på olika sätt bidragit i delprojektets arbete. Ansvarig enhetschef har varit Kristina Bränd Persson.

Erik Höglund

Avdelningschef

Regler och behörighet

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Dokumentation i kärnprocessen	7
Bakgrund	10
Tidigare arbeten	10
Uppdraget	10
Syfte, mål och avgränsningar	12
Mål.....	12
Avgränsningar	13
Introduktion till nationellt fackspråk	14
Socialstyrelsens termbank.....	14
Begreppssystemet Snomed CT	14
Klassifikationer	15
Kodverk.....	15
Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.....	16
Nationellt fackspråk som samlad resurs	18
Gemensam informationsstruktur.....	18
Dokumentation i kärnprocessen	20
Regelverket.....	20
Hälsa och den biopsykosociala modellen	21
Bedöma behov, sätta mål och följa resultat.....	22
Genomförande och resultat	25
Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre	25
Äldres behov och insatser enligt socialtjänstlagen med nationellt fackspråk.....	26
Äldres behov och åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård med nationellt fackspråk.....	29
Samarbete med andra nationella projekt	30
Egeninitierade arbeten	35
Samarbete med professionella organisationer	36
Olika sätt att beskriva rökvanor i kvalitetsregister	37
Övrigt samarbete	38
Utveckling av nationellt fackspråk med fokus på ICF.....	38
Utveckling av metod	42
Information och förankring	43

Diskussion och slutsatser	44
Strukturerad dokumentation	44
Dokumentation i kärnprocessen	45
Utveckling av det nationella fackspråket	46
Dokumentation	51
Underlagsrapporter	51
Presentationer	51
Artiklar	51
Referenser	52
Bilaga 1- Projektets samarbeten	55
Bilaga 2 Vem använder ICF och på vilket sätt?	56
Sammanställning av webbenkät	56
Bakgrund	57
Klassifikationen för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) ...	57
Praktisk tillämpning av ICF	60
Syfte och metod	63
Resultat	64
Diskussion och slutsatser	69
Den biopsykosociala modellen	69
ICF som gemensamt språk	69
ICF som statistiskt verktyg	70
Bedömningsfaktorerna i ICF	70
Behov av utbildning om ICF	70
Slutsatser	71
Referenser i bilaga	72

Sammanfattning

Idag saknas det till stor del en nationellt fastställd terminologi och struktur för att göra det möjligt att dela information på ett säkert och entydigt sätt över professionella och organisatoriska gränser. Detta var en av anledningarna till att regeringen i maj 2007 gav Socialstyrelsen ett uppdrag som bestod av två delar – nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk för vård och omsorg – för att stödja utvecklingen av en enhetlig och ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation. Uppdraget ingår i den större satsningen på nationell eHälsa för vård och omsorg. I denna rapport redovisas resultatet från delprojektet Gemensamt språk, som var en del av nationellt fackspråk för vård och omsorg.

Syftet med delprojektet har varit att stödja utvecklingen av ett gemensamt fackspråk inom vård och omsorg för att skapa en entydig, enhetlig och jämförbar information. I uppdraget har det också ingått att identifiera och analysera informationsinnehåll för att ge grund för en ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation, och att undersöka hur begrepp, termer, Snomed CT, ICF och andra klassifikationer, samt kodverk, kan stödja utvecklingen av ett gemensamt fackspråk och en ändamålsenlig strukturerad dokumentation. Delprojektet har framför allt varit verksamt inom olika regeringsuppdrag och andra nationella projekt för att täcka perspektiven hälso- och sjukvård och socialtjänst, öppen och sluten vård, somatisk och psykiatrisk vård samt inom olika åldersgrupper.

Dokumentation i kärnprocessen

I dagens dokumentation är det vanligt med fritext och att varje profession dokumenterar utifrån sin egen roll i vård- och omsorgsprocessen. Dokumentationen motsvarar inte alltid de nationella kraven och rekommendationerna, utifrån t.ex. nationella riktlinjer, föreskrifter eller lokala, regionala och nationella verksamhetsuppföljningsbehov. När det nationella fackspråket används i ändamålsenlig strukturerad dokumentationen bidrar det till att informationen kan återanvändas för olika syften på ett säkert sätt. Strukturen och fackspråket kan bidra till att förenkla den lokala dokumentationen, ge en ökad kvalitet samt ge förutsättningar för att utveckla en evidensbaserad kunskap och praktik.

Individens behov i centrum – sätta mål och följa resultat

Att identifiera individens behov utifrån aktuellt hälsotillstånd och avsett hälsotillstånd (= målet) är en metod för behovsbedömning som Socialstyrelsen tidigare prövat. Metoden, som även har använts i detta delprojekt, har fördelen att den lyfter fram individens behov och ger bättre möjlighet att följa resultat. ICF har varit utgångspunkten för att beskriva hälsotillstånd i detta

delprojekt. Det är idag ingen självklarhet inom vården och omsorgen att mål sätts tillsammans med den enskilde.

En erfarenhet från delprojektet är att professioner ofta ser ett värde i att sätta mål tillsammans med den enskilde. Den upplevda nyttan är bland annat att det ger vägledning för både personal, den enskilde och närstående om vad som ska uppnås. Tidigare forskning visar att det även är motivationsskapande för den enskilde att ha uppsatta mål.

När planerade åtgärder dokumenteras kan andra berörda professioner, individen själv eller närstående ta del av den informationen. Det ger även bättre möjlighet att bedöma vad som faktiskt utförts utifrån gjord planering.

Dokumentationen som den ser ut idag täcker inte behovet av att kunna följa resultatet av vården och omsorgen kring den enskilde. Genom att sätta mål och dokumentera de åtgärder som planeras och genomförs samt följa resultat ökar möjligheten att bättre värdera resultatet av vården och omsorgen på lokal såväl som nationell nivå. Det ger även möjlighet att studera effektiviteten hos vården och omsorgen som bedrivits.

Utveckling av nationellt fackspråk

Under projektarbetet blev det tydligt att de verksamhetsföreträdare som deltog i olika aktiviteter inte alltid menade samma sak med en term. För flera deltagare blev detta en ny och oväntad insikt. Risken för att samma termer tolkas på olika sätt ökar behovet av att definiera eller beskriva begreppets innebörd och innehåll. Det är särskilt viktigt idag när information alltmer överförs digitalt mellan olika verksamheter och personalgrupper.

Utvecklingen av ett gemensamt språk inom olika verksamheter förutsätter samarbete mellan berörda professioner samt sakkunniga kring gällande regelverk. De som deltar behöver ha en förståelse för verksamhetens kärnprocess samt för vilken information som dokumenteras idag. Dessutom måste det finnas en förmåga att analysera processen och den information som krävs för att täcka behoven i den optimala kärnprocessen. Det gemensamma språket ska täcka den information som ska dokumenteras utifrån dessa fyra perspektiv:

- den individbaserade vård- och omsorgsdokumentationen
- verksamhetsuppföljning på olika nivåer
- kunskapsbaserad vård och omsorg, t.ex. riktlinjer
- styrning och ledning, t.ex. föreskrifter.

Delprojektet lämnar ett förslag på ett gemensamt fackspråk för dokumentation inom följande områden: äldre personers behov och insatser inom socialtjänsten; förfaranden i samband med in- och utskrivning från slutenvård; barn- och skolhälsovård; inventering av behov för personer med psykiska funktionsnedsättningar samt kodning av funktionstillstånd vid rehabilitering inom slutenvård. Därutöver pågår redan en utveckling av ett gemensamt fackspråk inom den kommunala hälso- och sjukvården.

De olika delarna i det nationella fackspråket har olika syften, och bidrar tillsammans i utvecklingen av ett gemensamt fackspråk för professioner inom avgränsade verksamhetsområden. Slutsatsen från delprojektet är att

ICF kan användas som gemensamt språk och struktur inom flera verksamheter för att beskriva funktionstillstånd, sätta mål, beskriva behov samt följa resultat utifrån den biopsykosociala modellen.

Bakgrund

Idag saknas det till stor del en nationellt fastställd terminologi och struktur som gör det möjligt att dela information på ett säkert och entydigt sätt över professionella och organisatoriska gränser. Av den anledningen har det under flera år genomförts olika projekt för att skapa enhetlighet i användningen av bland annat gemensam terminologi. Några av dessa projekt har lagt en grund till detta arbete.

Tidigare arbeten

Ett tvärprofessionellt terminologiarbete genomfördes i projektet Spriterm 1998–99, där de professionella organisationerna arbetade med ett antal nyckelbegrepp i patientdokumentationen i syfte att få en gemensam terminologi [1]. I Socialstyrelsens InfoVU-projekt (2001–2006) låg fokus på individbaserad informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom vård och omsorg [2, 3]. Det konstaterades inom projektet att det saknas enhetliga och gemensamma begrepp och termer för att bedöma och beskriva behov samt för att sätta och uppfylla mål inom vård och omsorg. Detta gör det svårare att genomföra lokala, regionala och nationella uppföljningar av patientens/brukarens behov och hur dessa har tillgodosetts. Inom projektets ramar lanserades därför en modell för att beskriva behov och tidsbestämda mål.

InfoVU-projektet identifierade klassifikationen ICF:s struktur och innehåll [3] som möjlig grund för att utveckla ett multiprofessionellt språkbruk i dokumentationen både inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten¹. Socialstyrelsen genomförde 2005–2006 en kartläggning av den svenska erfarenheten av att använda ICF som grund för vård- och omsorgsdokumentationen. Kartläggningen visade att flera landsting hade påbörjat ett arbete med att införa multiprofessionell informationshantering baserad på ICF i sin dokumentation [4].

Uppdraget

I maj 2007 gav regeringen [5] Socialstyrelsen ett uppdrag som bestod av två delar – nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk för vård och omsorg² – för att stödja utvecklingen av en enhetlig ändamålsenlig vård- och

¹ Med socialtjänst avses i första hand den verksamhet som regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110). Socialtjänst avser även handläggning av ärenden som rör adoptioner, faderskap, vårdnad, boende och umgänge enligt föräldrabalken (1049:381). (Socialstyrelsens termbank).

² Uppdraget med nationellt fackspråk för vård och omsorg kallades inledningsvis Nationell terminologi- och klassifikationsresurs med Snomed CT, och ska leda till en samlad resurs bestående av begrepp och termer, klassifikationer och Snomed CT. Vård och omsorg avser både socialtjänst och hälso- och sjukvård, fackspråk är i detta sammanhang den språkform som används inom fackområdet vård och omsorg

omsorgsdokumentation. Uppdraget ingår i den större satsningen på en nationell it-strategi för vård och omsorg.³

Socialstyrelsen skall ta ett övergripande nationellt och strategiskt ansvar för att individbaserad patient- och brukarinformation görs mer entydig, uppföljningsbar och tillgänglig i enlighet med de mål och principer som slås fast i regeringens skrivelse Nationell IT-strategi för vård och omsorg. I arbetet ingår dels att utarbeta en nationell informationsstruktur, dels att utarbeta, tillhandahålla och förvalta en nationell terminologi- och klassifikationsresurs.

[---]

Uppdraget innebär vidare att Socialstyrelsen i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting skall stimulera och stödja införande och användning av den nationella terminologi- och klassifikationsresursen inom vård och omsorg.

Fullt utbyggda bidrar uppdragets två delar till att information som delas mellan olika vård- och omsorgsverksamheter blir enhetlig, entydig och jämförbar. Uppdraget att utarbeta och tillhandahålla en nationell terminologi- och klassifikationsresurs har genomförts med projektnamnet Nationellt fackspråk för vård och omsorg.

I det nationella fackspråket ingår de begrepp och termer som behövs för att beskriva problem, behov och mål för åtgärder och insatser samt resultat. Dessutom ger det nationella fackspråket underlag till mer entydig verksamhetsuppföljning, statistik och forskning.

Den övergripande målsättningen för Socialstyrelsens arbete inom den nationella eHälsostrategins insatsområde ”Informationsstruktur, terminologi och standarder” (som bland annat omfattar nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk för vård och omsorg) är att skapa och tillhandahålla nationella regelverk för informationshantering. Dessa regelverk ska stödja god hälsa, vård och omsorg samt bidra till kunskapsbaserade hälsoinformationssystem.

Projektet Nationell informationsstruktur avrapporterades till regeringen 31 december 2009 och Nationellt fackspråk för vård och omsorg avrapporterades den 31 mars 2011. Denna rapport är en redovisning av delprojektet Gemensamt språk inom Nationellt fackspråk för vård och omsorg.

³ Namnet ändrades 2010 till Nationell strategi för eHälsa

Syfte, mål och avgränsningar

Syftet med delprojektet Gemensamt språk har varit att stödja utvecklingen av ett gemensamt fackspråk⁴ inom vård och omsorg för att erhålla en entydig, enhetlig och jämförbar information.

Mål

Delprojektets arbete ska leda till att:

- de professionella yrkesgrupperna inom vård- och omsorg har ett gemensamt fackspråk inom avgränsade verksamhetsområden och att det är känt och accepterat av berörda professioner
- de föreslagna begreppen och termerna är harmoniserade till Snomed CT, begrepp och termer i Socialstyrelsens termbank, WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) samt andra relevanta klassifikationer och kodverk.

Arbetet har bedrivits utifrån följande delmål:

- metoder för harmonisering av begrepp och termer inom delar av avgränsade verksamhetsområden inom vård och omsorg är framtagna
- begrepp och termer som professionerna använder och har behov av inom ett antal avgränsade verksamhetsområden, är harmoniserade
- resultatet av arbetet med den multiprofessionella terminologin är förankrat och testat tillsammans med professionella organisationer och huvudmän
- det ”gemensamma fackspråkets” terminologiska struktur och innehållet i termlistor och begreppssystem är beskrivet
- resultatet av arbetet är kommunicerat till berörda parter
- det fortsatta arbetet med och användningen av ett gemensamt fackspråk i olika verksamheter stimuleras och stöds genom fortsatt samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- ett nationellt nätverk för terminologi- och klassifikationskompetens har, tillsammans med övriga delprojekt, bildats för kunskapsspridning, utvecklingsarbeten samt utbyte av erfarenheter
- den multiprofessionella terminologin är harmoniserad med projekten Nationell Informationsstruktur (NI) och Tillämpad informationsstruktur (TIS)
- internationella erfarenheter har inhämtats och tagits till vara.

⁴ Med gemensamt fackspråk avses de begrepp, termer och klassifikationer som är gemensamma för flera professioner

Avgränsningar

Delprojektet beskriver de begrepp, termer och klassifikationer, som ligger till grund för den information som dokumenteras om enskilda individers vård och omsorg. Ett antal verksamhetsområden ska belysas utifrån hälso- och sjukvård och socialtjänst, öppen och sluten vård, somatisk och psykiatrisk vård samt olika åldersgrupper.

De verksamhetsområden som har valts ut är:

- vård och omsorg om äldre
- barn- och skolhälsovård
- vård och omsorg som speglas av nationella riktlinjer, kvalitetsindikatorer, kvalitetsregister, socialtjänstens officiella statistik och övriga områden där det råder viss konsensus nationellt om vad som ska dokumenteras
- somatisk respektive psykiatrisk vård
- öppen- och sluten vård.

Administrativa begrepp och termer ingår inte i deluppdragets arbete. De begrepp som har hanterats inom delprojektet har i ringa omfattning mappats till Snomed CT. Arbetet med mappning kommer att fortsätta efter det att projektet har avslutats.

Introduktion till nationellt fackspråk

Det nationella fackspråket är en gemensam språklig resurs för vård och omsorg⁵ som består av tre delar:

- Nationellt överenskomna begrepp och termer som är publicerade i Socialstyrelsens termbank
- Begreppssystemet Snomed CT
- Nationellt fastställda statistiska klassifikationer och kodverk

Socialstyrelsens termbank

Socialstyrelsen tillhandahåller nationellt överenskomna definitioner och termer för vård och omsorg i termbanken. Termbanken innehåller definitioner av övergripande begrepp som t.ex. hälsa och bistånd. I termbanken finns också begrepp som används inom vård- och omsorgsadministration och läkemedelshantering, samt begrepp från Socialstyrelsens författningssamling. Termbanken innehåller inga medicinska begrepp och termer. Innehållet bestäms i hög grad av användares behov av att få klarhet kring användningen av vissa termer och bakomliggande begrepp. Alla termer och definitioner som publiceras har remissbehandlats internt och externt. Termbanken innehåller idag ca 600 begreppsdefinitioner och termer.

Begreppssystemet Snomed CT

Snomed CT är ett internationellt begreppssystem som har utvecklats för kommunikation med bibehållet innehåll i digitala informationssystem. Snomed CT innehåller ca 300 000 aktiva begrepp med unika id-nummer, varav 280 000 begrepp översatts till svenska under projektiden. Socialstyrelsen tillhandahåller en aktuell svensk översättning till licensierade användare. Snomed CT har utvecklats utifrån olika länders och användares mångåriga behov av begrepp och termer inom framför allt den medicinska världen. Innehållet tillgodoser väl behoven inom många fackområden, medan täckningsgraden, kvaliteten eller aktualiteten inom andra områden är otillfredsställande. Snomed CT innehåller även ett antal begrepp och termer som ur ett svenskt perspektiv är olämpliga att använda inom dagens vård och omsorg. För nationell användning i Sverige är det nationella beslut som ska avgöra vilka delar av Snomed CT som ska användas och inom vilka områden.

Varje begrepp i Snomed CT har ett unikt id-nummer som bidrar till att begreppet på ett säkert sätt kan identifieras i elektronisk dokumentation. Begreppen binds samman av relationer som ordnar begreppen i flera parallella

⁵ Åtgärder och insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till funktionshindrade samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar. Exempel på lagar är socialtjänstlagen (SoL, 2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVU) och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) (Källa: Socialstyrelsens termbank)

strukturer inom 19 olika områden. Exempel på områden är kliniskt fynd, åtgärd, organism och kroppsstruktur.

De definierande relationerna i Snomed CT förser begreppen med olika egenskaper. Exempel på egenskaper är fyndplats, associerad morfologi samt fyndmetod. Vilka typer av relationer som får användas till begrepp från olika områden bestäms av Snomed CT:s begreppsmodell. Grundläggande information om Snomed CT:s innehåll och struktur finns i SNOMED Clinical Terms® User Guide. Denna publikation finns ännu inte översatt till svenska [6].

Klassifikationer

Klassifikationer har som huvudsakligt syfte att tillhandahålla systematik för gruppering av information i dokumentation för statistik och informationsutbyte. Klassifikationernas kategorier måste vara förhållandevis stabila över tid för att möjliggöra jämförelser. Socialstyrelsen tillhandahåller och förvaltar vissa hälsorelaterade klassifikationer, i egenskap av statistikansvarig myndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst. De mest centrala hälsorelaterade klassifikationerna är:

- ICD-10-SE: Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, vars förlaga ägs och förvaltas av WHO, samt versioner anpassade för tandvård respektive primärvård. ICD-10 är underlag för nationell och internationell sjukvårdsstatistik.
- ICF och ICF-CY: Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, respektive barn- och ungdomsversionen av densamma, vars förlagor ägs och förvaltas av WHO. Huvudklassifikationen ICF har kompletterats med kategorier för att även täcka barn och ungdomars utveckling. WHO antog 2009 ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health – Child and Youth). Denna klassifikation för barn och unga publicerades på svenska 2010 [7].
- KVÅ: Klassifikation av vårdåtgärder som omfattar både kirurgiska åtgärder baserat på en gemensam nordisk kirurgisk åtgärdsklassifikation, och en svensk klassifikation av medicinska åtgärder. KVÅ används för inrapportering till patientregistret.

Kodverk

Benämningen kodverk används här för klassifikationer som har en mindre omfattande eller komplex systematik. Exempel på vanligt förekommande kodverk är beskrivning av kön, socioekonomisk tillhörighet, boendeform, kliniktyp och livsstilsfaktorer. I vård- och omsorgsdokumentation används många olika kodverk beroende på typ av verksamhet och vilka uppgifter som behöver registreras.

Kodverk hjälper till att strukturera dokumentationen och underlätta sökbarhet, och de fyller en funktion som sorteringsgrund eller urval för statistik. Socialstyrelsen ansvarar för vissa kodverk som ska användas för inrapporte-

ring till bland annat hälsodataregister och för datainsamling via enkäter inom olika områden.

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

I detta delprojekt har ICF varit en grund för att utveckla gemensamt språk för att beskriva hälsa, samt för att beskriva funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat.

”Det övergripande målet för klassifikationen är att erbjuda ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd” [8][s 9] enligt WHO.

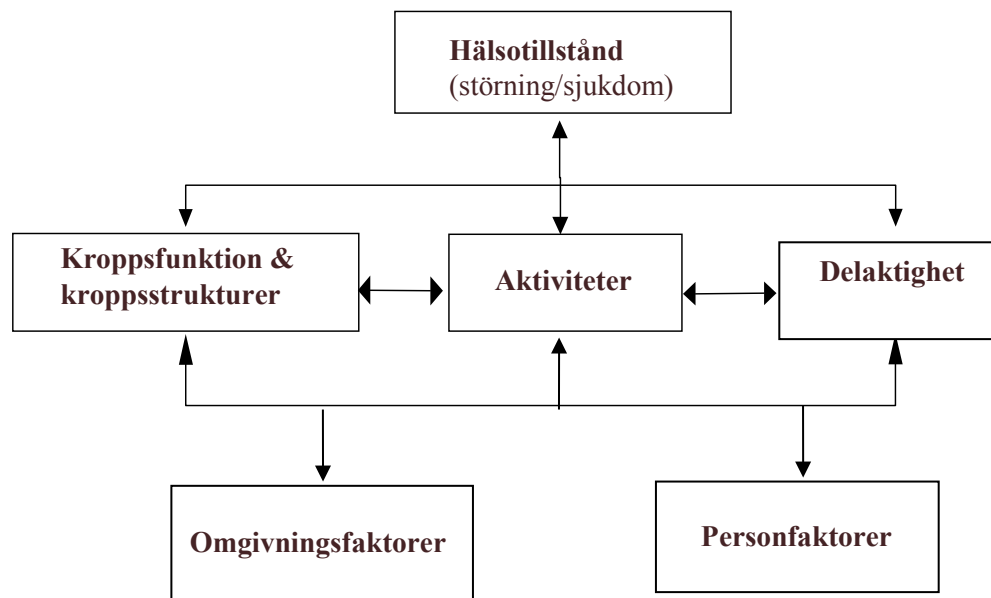
ICF är utvecklad och godkänd av WHO [9] (2001) som komplement till International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10), som diagnostiserar olika skador, störningar och sjukdomar. WHO uppmanar medlemsländerna att använda ICF, som översattes till svenska 2003 [8].

ICF ska

- erbjuda grund för ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd
- möjliggöra jämförelser av data mellan länder, mellan olika delar av verksamheter samt över tid
- ge vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd, dess konsekvenser och bestämningsfaktorer
- erbjuda ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystem.

ICF utgår från den biopsykosociala modellen (Figur 1) och består av två delar med vardera två komponenter. Den första delen är funktionstillstånd med komponenterna kroppsfunktioner (b) och strukturer (s), samt aktiviteter och delaktighet (d). Den andra delen är kontextuella faktorer med komponenterna omgivningsfaktorer (e) och personliga faktorer.

Figur 1. ICF modellen med de olika komponenterna och interaktionen mellan dessa.



Kroppsfunktioner omfattar fysiologiska och psykologiska funktioner i kroppen och kroppsstrukturer avser anatomiska delar av kroppen. Aktivitet motsvarar en persons genomförande av en uppgift eller handling. Delaktighet motsvarar engagemang i en livssituation. Omgivningsfaktorer utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga miljö i vilken människor lever, som kan ha positiv eller negativ påverkan på kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktivitet och delaktighet. Personfaktorer utgörs av personliga egenskaper bl.a. kön, ålder, livsstil, vanor, uppfostran, copingstrategier, social bakgrund, utbildning, yrke, allmänna beteendemönster och karaktär, individuella psykologiska tillgångar och egenskaper, som tillsammans eller var och en kan påverka en persons funktionshinder.

Idag används ICF inom flera verksamheter, exempelvis hälso- och sjukvård (landsting respektive kommun), Försäkringskassan, företagshälsovård och rehabilitering/habilitering. ICF kan användas för att få struktur i t.ex. journaldokumentation, intyg och olika typer av planer [10], och framför allt för att strukturera teambaserad dokumentation [11]. Detta bidrar till en ökad förståelse av individens funktionstillstånd och vilka beslutade mål som ska uppnås med de planerade åtgärderna. Den teambaserade dokumentationen underlättar också kommunikation med vård- och omsorgsgivare utanför teamet [11]. Tidigare studier visar att den enskildes förmåga belyses på ett bättre sätt med ICF än på traditionellt sätt [12]. ICF-modellen kan vara till stor hjälp i beskrivning och bedömning av hälsa och hälsorelaterat tillstånd, dels för att lyfta fram de olika komponenterna av betydelse på ett bättre sätt och dels för att tydliggöra interaktionen mellan dem [12], men även för att bedöma behov, sätta mål och utvärdera resultat [8]. Tidigare forskning visar

att hinder i omgivningen kan påverka en persons delaktighet negativt, och det är därför viktigt att identifiera underlättande faktorer i omgivningen och förändra de hindrande omgivningsfaktorerna i positiv riktning för att öka delaktigheten [13]. ICF bidrar till att fokus läggs på delaktighet och omgivningen, vilket ökar möjligheten till att utveckla rehabiliteringen för personer med funktionshinder [13].

Nationellt fackspråk som samlad resurs

Begreppssystemet Snomed CT har som huvudsakligt syfte att tillhandahålla de begrepp och termer som behövs i en ändamålsenlig elektronisk dokumentation framförallt inom hälso- och sjukvård. På sikt ska Snomed CT även motsvara socialtjänstens behov av begrepp och termer. Den unika nyttan med begreppssystemet är möjligheten att länka samman och gruppera begrepp som logiskt hör ihop och att bearbeta dessa begrepp maskinellt. Snomed CT kan inte ersätta den nuvarande termbanken eftersom begreppssystemet inte innehåller textuella definitioner, dvs. förklaringar som behövs i olika sammanhang. De hälsorelaterade klassifikationerna med hierarkisk indelning av grupperingar och ett tillhörande regelverk kan inte heller ersättas helt av Snomed CT, så länge de används som huvudsaklig grund för statistik, jämförelser och ekonomisk ersättning inom sjukvården.

Däremot skulle begreppen och termerna i termbanken och i klassifikationerna på sikt kunna bli tillgängliga via den svenska versionen av Snomed CT, för användning i elektroniska informationssystem. Kopplingen mellan Snomed CT och de internationella och nationella klassifikationerna och terminologiska system kommer att göras genom överenskommelser mellan ägarna IHTSDO (The International Health Terminology Standards Development Organisation) och WHO enligt en gemensamt utarbetad metod, så som nu sker genom samarbetsavtal.

Gemensam informationsstruktur

Det nationella fackspråket är en del av den nationella strategin för eHälsas insatsområde ”Informationsstruktur, terminologi och standarder”, där även nationell informationsstruktur och tillämpad informationsstruktur ingår.

Den nationella informationsstrukturen utgörs av tre generella modeller som beskriver kärnprocessen i vård och omsorg, de begrepp som behövs för att beskriva processen samt den typ av information som identifierats som viktig att strukturera och sortera [14]. Processmodellen ska beskriva det värde som skapas för vård- och omsorgstagaren och genom vilka processteg ”värdeförädlingen” åstadkoms, det vill säga stödja och förbättra vård- och omsorgstagarens hälsa i vid mening. Modellen för kärnprocessen inom vård och omsorg beskriver processmodellens huvudsyften – att identifiera hälso-tillstånd och att åtgärda hälsoproblem som också innefattar att förebygga risk för hälsoproblem. Informationsmodellen visar, på en övergripande nivå, den information som aktörer i vård- och omsorgsprocessen behöver för att processen ska kunna genomföras.

Den tillämpade informationsstruktur som har tagits fram på uppdrag av landstingen är mer specifik (verksamhetsnära) än den nationella informationsstrukturen. Det saknas i dagsläget en motsvarande tillämpad informationsstruktur för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

Dokumentation i kärnprocessen

Idag sker en stor del av dokumentationen utifrån varje professions begrepp, termer och struktur för informationen. Detta innebär att när flera professioner dokumenterar sådant som berör en individ kan samma information vara dokumenterad på flera ställen och ha olika innebörd för de professioner som ska använda informationen. Genom detta finns en risk för misstolkningar som kan påverka patientsäkerheten och säkerheten för brukare. Avsaknaden av en gemensam struktur och terminologi gör det också svårare att få en helhetsbild av individens hälsa och hälsorelaterade tillstånd samt av vilken vård och omsorg som individen har behov av och faktiskt får. Bristen på helhetsbild kring individen försämrar kvaliteten i vård- och omsorgsprocessen och försvårar även verksamhetsuppföljning [15], dvs. möjligheten att följa och mäta resultat. Tidigare arbete på Socialstyrelsen pekar på betydelsen av att dokumentationen omfattar en bedömning av det hälsorelaterade vård- och omsorgsbehovet och att man kunnat klassificera det aktuella och det avsedda hälsotillståndet⁶ för att kunna följa upp resultat [2]. Av dessa anledningar bör dokumentationen i patientjournaler och personakter göras med enhetliga och entydiga begrepp, termer och klassifikationer och enligt en nationell informationsstruktur.

Regelverket

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. Detta regleras i 3 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355). Syftet med att föra en patientjournal är enligt 3 kap. 2 § i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. En patientjournal är även en informationskälla för patienten, för uppföljning och utveckling av verksamheten, för tillsyn och rättsliga krav, för uppgiftsskyldighet enligt lag, samt för forskning. Patientdatalagen innehåller även bestämmelser om sammanhållen journalföring m.m.

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården finns regler om att patientuppgifter så långt möjligt ska dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp, termer och klassifikationer. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS. En viktig uppgift blir att överväga i vilka avseenden denna författning behöver revideras för att underlätta införande och användning av en gemensam informationsstruktur i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialstyrelsen har beslutat om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dessa trädde i kraft den 1 januari 2012 och är tillämpliga inom hälso- och sjukvård, tand-

⁶ Avsett hälsotillstånd = det hälsotillstånd som socialtjänstpersonal eller hälso- och sjukvårdspersonal, oftast i samråd med berörd individ, har beslutat att försöka uppnå

vård, socialtjänst samt inom verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. De nya föreskrifterna och allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. De nya föreskrifterna och allmänna råden ställer krav på att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar kvaliteten i verksamheten. Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

Socialstyrelsens hälsodataregister regleras i lagen (1998:543) om hälsodataregister samt i förordningar och föreskrifter för respektive register.

Hälsa och den biopsykosociala modellen

I detta projekt har hälsa varit ett centralt begrepp för att beskriva behov av vård och omsorg i kärnprocessen. I Socialstyrelsens termbank är hälsa definierat som ”tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada”. Definitionen är baserad på WHO:s definition ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller handikapp” (1948). För att förstå vad som påverkar en individs hälsa är det därför viktigt att undersöka och bedöma individens funktionstillstånd inklusive utförande av olika aktiviteter i det dagliga livet i hans/hennes aktuella miljö [16]. Två personer med samma sjukdom kan ha olika nivåer av funktionstillstånd, och två personer med samma funktionstillstånd behöver inte nödvändigtvis ha samma hälsotillstånd. Beskrivningen av funktionstillstånd görs på olika sätt utifrån olika professioner och inte utifrån en gemensam referensram. Vad som ofta saknas i dokumentationen är länken mellan diagnos och behandling och resultatet av behandlingen kopplat till det som är meningsfullt i individens liv, dvs. begränsningar i dagliga livets aktiviteter och hur dessa fungerar i den omgivning som individen lever i [16]. För att beskriva hälsa utifrån detta bredare perspektiv utvecklades den biopsykosociala modellen under 1970-talet. Modellen utgår från biologiska, psykologiska och sociala dimensioner av välbefinnande, vilka interagerar med varandra [17]. Den biopsykosociala modellen ska komplettera den biomedicinska modellen som inte tar hänsyn till andra dimensioner än de rent medicinska. Den biomedicinska modellen utgår från att de biologiska företeelserna förklaras av molekylär biologi, att kroppen skiljs från sinnena/själens och att det som inte går att förklara med molekylär biologi ska uteslutas. Den biopsykosociala modellen skiljer sig från den biomedicinska genom att den beskriver skillnaden mellan sjukdom och upplevelse av ohälsa. Under de senaste tre decennierna har grundforskning och tillämpad forskning inom en rad olika viktiga områden bekräftat värdet av den biopsykosociala modellen och visat hur biologiska, psykologiska, och sociala processer interagerar för att påverka resultatet på hälsan [18].

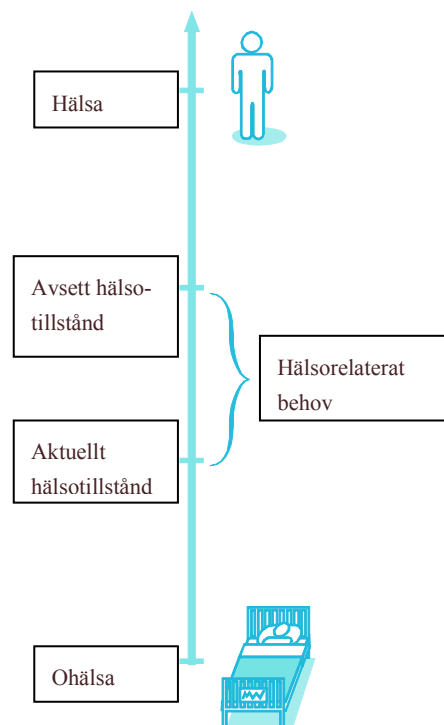
Bedöma behov, sätta mål och följa resultat

Enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen [19, 20] ska vården och omsorgen vara behovsbaserad. Bedömningen av behov kan göras på olika nivåer såsom befolkningsnivå, gruppnivå och individnivå. En metod för behovsbedömning har prövats inom tidigare projekt på Socialstyrelsen [21].

Oberoende av nivån omfattar denna metod för behovsbedömningen tre steg:

1. identifiering av behov genom att det aktuella hälsotillståndet bedöms och det avsedda hälsotillståndet (målet) bestäms
2. bedömning av nödvändiga åtgärder för att tillgodose behovet, det vill säga för att eliminera eller minska gapet mellan den enskildes aktuella och avsedda hälsotillstånd
3. bedömning av de resurser som krävs för att de nödvändiga åtgärderna ska kunna genomföras.

Figur 2. Skillnaden mellan aktuellt hälsotillstånd och avsett hälsotillstånd är det hälsorelaterade vård-/omsorgsbehov som det tidsbestämda målet bör inriktas på [21].



För att identifiera ett vård-/omsorgsbehov behövs kunskap om det aktuella tillståndet och det avsedda tillståndet; behovet blir då skillnaden mellan dessa tillstånd (Figur 2). Bedömningen av det aktuella hälsotillståndet handlar om att bedöma individens tillstånd, t.ex. sjukdomstillstånd, funktionsförmågor eller risk för försämring. Denna bedömning ska ligga till grund för bedöm-

ning av nödvändig åtgärd och därför måste det aktuella hälsotillståndet vara tillräckligt väl preciserat. Det avsedda hälsotillståndet är en viktig men ofta undervärderad komponent i behovsbegreppet. Det är det tillstånd som ska uppnås genom att behovet tillfredsställs. I praktiken sätts ofta ett antal delmål i kärnprocessen och det slutliga målet kan inte alltid definieras när det aktuella hälsotillståndet fastställs [22]. Ett klart definierat mål är en förutsättning för en realistisk behovsbedömning, och det krävs också i syfte att koordinera alla som är involverade i insatserna, såsom professionerna och den enskilde, mot målet. Målen har tre dimensioner: Vad är det? Hur mycket är det? När ska det uppnås? Ett mål kan ha flera olika funktioner. Målet kan ha en handlingsinriktad vägledande funktion och kan också fungera som en motiverande funktion för den enskilde [23].

Bedömningen av en nödvändig åtgärd/insats berör den åtgärd/insats som behövs för att realisera målet (det avsedda hälsotillståndet) utifrån det aktuella hälsotillståndet. Denna bedömning kräver därför preciserad information om aktuellt hälsotillstånd och mål. Bedömningen kan ske i flera steg, där det första steget kan innebära en bedömning av vilka hälsorelaterade behov som *inte* ska åtgärdas med vård och omsorg. Det kan vara behov som enbart kräver insatser från aktörer utanför vården och omsorgen, t.ex. från Arbetsförmedlingen. Det andra steget handlar om att bedöma vilken typ av åtgärder eller insatser som krävs för att uppnå målet utifrån det aktuella hälsotillståndet. Genom uppföljning av resultat kan graden av målluppfyllelse mätas (i vilken utsträckning som behovet eliminerats) [22].

Det finns ingen tradition av att definiera och tillämpa behovsbegreppet på ett enhetligt vis. Det behovsbegrepp som presenteras ovan är teoretiskt väl underbyggt och det har i begränsad omfattning testats i tidigare arbeten på Socialstyrelsen och visat sig användbart i vård och omsorg [21]. Det är därför mycket angeläget att tillämpningen av denna metod för behovsbedömning prövas ytterligare, och i större skala där stor vikt läggs på dokumentation och hur behovsbedömningen styr vård- och omsorgsinsatserna [21].

I detta arbete beskrivs individens behov av vård och omsorg med utgångspunkt i WHO:s definition av hälsa. Det aktuella och avsedda hälsotillståndet samt uppföljning av resultat kan beskrivas med hjälp av ICF.

Rapporter från såväl tillsynsverksamhet [24] som forskning [25] visar att utredningar inom äldreomsorgen ofta saknar en tydlig beskrivning och bedömning av vilka behov den äldre personen har. Däremot finns omfattande beskrivningar av sjukdomshistoria, brister i bostaden och närmiljön. Hur dessa faktorer påverkar den äldre personens egna handlingar och aktiviteter i den dagliga livsföringen beskrivs sällan och bedömningen inriktas i stället direkt på en matchning av det lokala utbudet av insatser. Detta innebär att behov uttrycks direkt i termer av insatser och tjänster, t.ex. att den sökande har *behov av matdistribution på grund av en stroke*. Arbetssättet ställer inga krav på vare sig handläggaren eller den sökande, det är enkelt och konkret och innebär att det egentliga behovet inte utreds. Istället leder utredningen direkt till beslut om de insatser som redan finns tillgängliga i det kommunala utbudet. Arbetssättet kännetecknar en utbudsstyrd organisation [26].

Det kan anses som enkelt att bedöma behov, men forskningen visar att behovsbedömning till skillnad från insatsbedömning ställer större krav på handläggaren och ökar kravet på dennes professionella kunskap. Det ställs alltså större krav på handläggarens kompetens och professionalitet när det gäller att även fånga och tillgodose behov av trygghet, gemenskap och meningsfullhet som är några av de bakomliggande värden som finns i målen för socialtjänstens insatser till äldre personer [25-27]. Forskning visar att handläggare i äldreomsorgen behöver stöd för att kunna stärka det behovsorienterade synsättet och åstadkomma en ändamålsenlig dokumentation.

Genomförande och resultat

För att utveckla ett gemensamt fackspråk för vård och omsorg har projektet samarbetat med framför allt regeringsuppdrag och nationella projekt. Inom samtliga nedanstående projekt har ett utvecklingsarbete genomförts utifrån gällande lagar, föreskrifter och allmänna råd samt nationella riktlinjer. Därutöver har handboken för handläggning och dokumentation inom socialtjänsten samt officiell statistik varit underlag för att bidra i utvecklingen av en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation.

Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre

Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre är ett regeringsuppdrag med syfte att påskynda utvecklingen mot bättre uppföljning och öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre personer. Öppna redovisningar och jämförelser av kvalitet, kostnader och effektivitet kan bidra till bättre resursanvändning. Detta bidrar också till att kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer höjs genom jämförelser av prestationer, och genom att det sker utvärdering av vilka insatser och arbetsmetoder som ger goda resultat. Förbättrade möjligheter att jämföra vården och omsorgen är också en förutsättning för att äldre ska kunna få en reellt ökad valfrihet. För att kunna mäta och följa utvecklingen av kvalitet och effektivitet är det därför nödvändigt att utveckla nationell statistik över behov, beslutade insatser och genomförda insatser. Statistiken behöver även utvecklas för uppföljning av vårdens och omsorgens resultat. Det underlag som ligger till grund för uppföljning på nationell nivå ska, för att vara tillförlitligt och jämförbart, utgå från nationellt fastställda begrepp, termer och klassifikationer. En förbättrad uppföljning på nationell nivå kräver att kommuner och landsting utvecklar sina verksamhetssystem för dokumentation och uppföljning i enlighet med gemensam informationsstruktur.

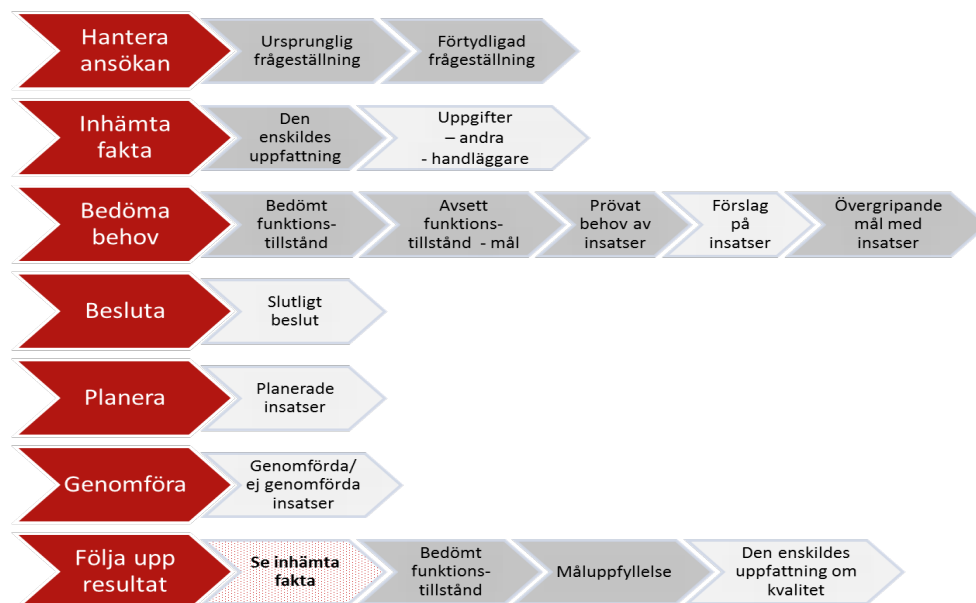
Inom Öppna jämförelser genomförs två samarbetsprojekt tillsammans med delprojektet Gemensamt språk. Det första samarbetsprojektet är Äldres behov och insatser enligt socialtjänstlagen, som påbörjades våren 2008. Det andra är Äldres behov och åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård, som påbörjades hösten 2009. Detta är exempel på två olika verksamhetsområden där äldres behov kan beskrivas på ett likartat sätt genom aktuellt funktionstillstånd, mål och bedömt behov. Det finns dock en skillnad mellan vilka behov som utreds och tillgodoses enligt socialtjänstlagen respektive hälso- och sjukvårdslagen.

Äldres behov och insatser enligt socialtjänstlagen med nationellt fackspråk

Projektet inleddes med en granskning av 25 akter från fyra kommuner, i syfte att identifiera och analysera informationsinnehållet för att kunna strukturera delar av dokumentationen [28]. Därutöver har verksamhetsföreträdare, sakkunniga, gällande lagstiftning, reglering, styrande dokument, rapporter från tillsyn, forskning inom området och dagens officiella statistik bidragit till att täcka behovet av informationsinnehåll från flera perspektiv. Sammantaget har detta arbete varit ett underlag för att utveckla en ”modell” med strukturerad dokumentation för ansökan, behovsbedömning, beslutade, planerade och genomförda insatser samt uppföljning av resultat (Figur 3). De identifierade begreppen som behövs för att beskriva de äldres behov för att klara sin dagliga livsföring och ha en känsla av trygghet återfanns till stor del i ICF:s hälsokomponenter och dess hierarkiska struktur.

Modellen har testats och utvärderats i två omgångar i totalt fyra kommuner (Simrishamn, Hyllie stadsdel i Malmö, Haninge, Östersund). Resultatet efter testomgångarna är en modell (version 2), som innehåller ansökan, behovsbedömning (vilken inkluderar aktuellt funktionstillstånd, mål, bedömt behov), beslutade, planerade och genomförda insatser samt uppföljning av resultat.

Figur 3. Modellen och de olika delarna i det systematiska arbetssättet och strukturerad dokumentation – i de ljusaste pilarna saknas f.n. förslag på strukturerad dokumentation.



Modellen (Figur 3) utgår från individens kärnprocess som den beskrivs i den nationella informationsstrukturen. Den utgår också från det nationella fackspråket, där ICF har varit utgångspunkten för att beskriva de livsområden som ingår i den enskildes dagliga livsföring samt insatser med ett gemensamt språk i en hierarkisk struktur.

Modellen innehåller nio livsområden på den övergripande nivån, två specificerade livsområden (Tabell 1) och därutöver cirka 100 underliggande områden. Den hierarkiska strukturen för de olika livsområdena används dels för att kategorisera inom vilket livsområde som frågeställningen i ansökan gäller, dels för att beskriva aktuellt funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov samt följa resultat i form av ett nytt aktuellt funktionstillstånd och en måluppfyllelse med strukturerade svarsalternativ. Bedömningsfaktorer (ingen, lätt, måttlig, svår, total samt ej specificerat och ej tillämbart) i ICF (Figur 4) används för att strukturera dokumentationen gällande aktuellt funktionstillstånd och målsättning.

Figur 4. Generisk skala för bedömningsfaktorer och procentsatserna



Dessutom har omkring 80 kategorier om kroppsfunktioner och omgivningsfaktorer identifierats för att kunna användas för dokumentation av faktorer som relaterar till livsområdena. Projektet har även tagit fram kodverk för att dokumentera exempelvis bedömt behov, övergripande mål enligt SoL och anledningen till att insatser inte genomförts.

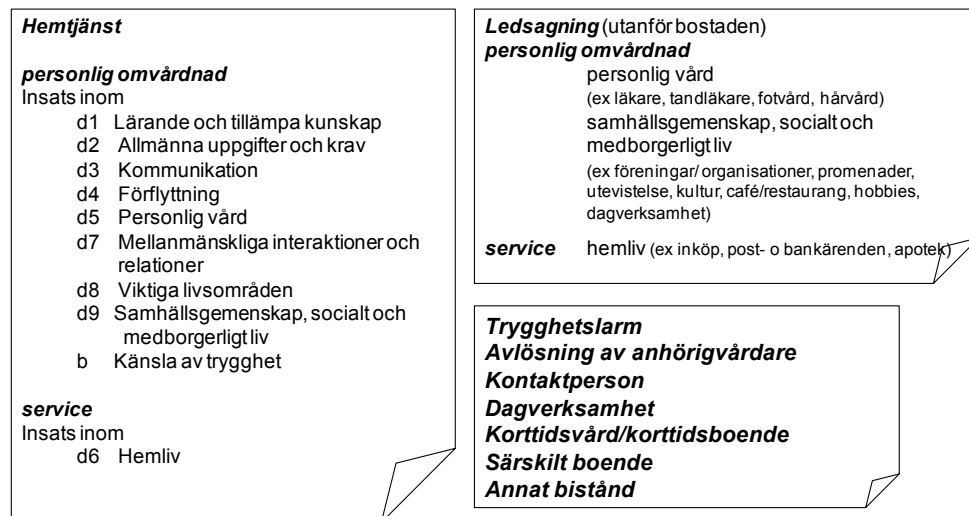
Tabell 1. Livsområden i modellen

LIVSOMRÅDEN	
1	Lärande och att tillämpa kunskap
2	Allmänna uppgifter och krav
3	Kommunikation
4	Förflyttning
5	Personlig vård
6	Hemliv
7	Mellanmänskliga interaktioner och relationer
8	Viktiga livsområden
9	Samhällsgemenskap, medborgerligt och socialt liv
10*	Känsla av trygghet
11*	Personligt stöd från närstående
	Annat.....

* dessa behovsområden är specificerade dvs. det finns inga undergrupper

Det förslag på insatser som tagits fram är uppbyggda i en hierarkisk struktur. Dessa är även kopplade till de olika delarna i dagens officiella statistik (figur 5). Till varje insats finns en beskrivning av insatsen. Här finns möjlighet för verksamheterna lokalt att välja den detaljeringsnivå som behövs i de olika stegen i handlägg- respektive genomförandeprocessen för att strukturerat dokumentera beslutade, planerade och genomförda insatser.

Figur 5. Insatser kopplade till dagens officiella statistik



Utvecklingsarbetet har fortsatt under 2010 och 2011 med ett antal informationsmöten med verksamhetsföreträdare för att förankra modellen. Resultatet från projektet har presenterats på cirka 15 nationella och regionala konferenser.

Modellen:

- bidrar till att stärka rättsäkerheten
- skapar transparens vilket ger bättre möjlighet till inflytande och insyn för den enskilde
- bidrar till beskrivning av vilka behov som ingår i ansökan och vilka behov som bedömts ska tillgodoses med stöd och hjälp
- bidrar till uppföljning av resultat, mål och upplevelse av kvalitet på individnivå
- stöder ett behovsorienterat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i handlägnings- och genomförandeprocessen samt vid individuell uppföljning
- skapar förutsättningar för organisering och resursfördelning utifrån individens behov
- bidrar till en ändamålsenlig dokumentation
- möjliggör verksamhetsuppföljning som är jämförbar på lokal och nationell nivå t.ex. genom utökad personnummerbaserad statistik över äldre personers behov och insatser
- stöder utveckling av evidensbaserad praktik.

Fortsatt utvecklingsarbete

Innan modellen kan användas måste Socialstyrelsen genomföra ett antal aktiviteter för att säkra att den bidrar till en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation på det sätt som är tänkt.

Det behövs ett fortsatt utvecklingsarbete för att ta fram en nationell klassifikation för insatser inom socialtjänsten. Detta arbete måste harmoniseras med KVÅ, eftersom det finns likartade åtgärder för stöd, träning och kom-

pensation för aktiviteter i det dagliga livet. Dessa ska sammantaget ge en nationell grund för att beskriva insatser och åtgärder inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen behöver också göra en verksamhetsanalys av handlägnings-, genomförande- och uppföljningsprocessen för att ta fram en informationsstruktur på tillämpad nivå för äldreomsorgen. Detta arbete kommer att omfatta målbild samt process-, arbetsflödes-, begrepps- och informationsmodell med koppling till det nationella fackspråket. Socialstyrelsen måste också initiera testning och utvärdering av modellerna och fackspråket i it-miljö i ett antal kommuner.

Därutöver måste de juridiska förutsättningarna för att samla in underlag till nationell statistik klargöras.

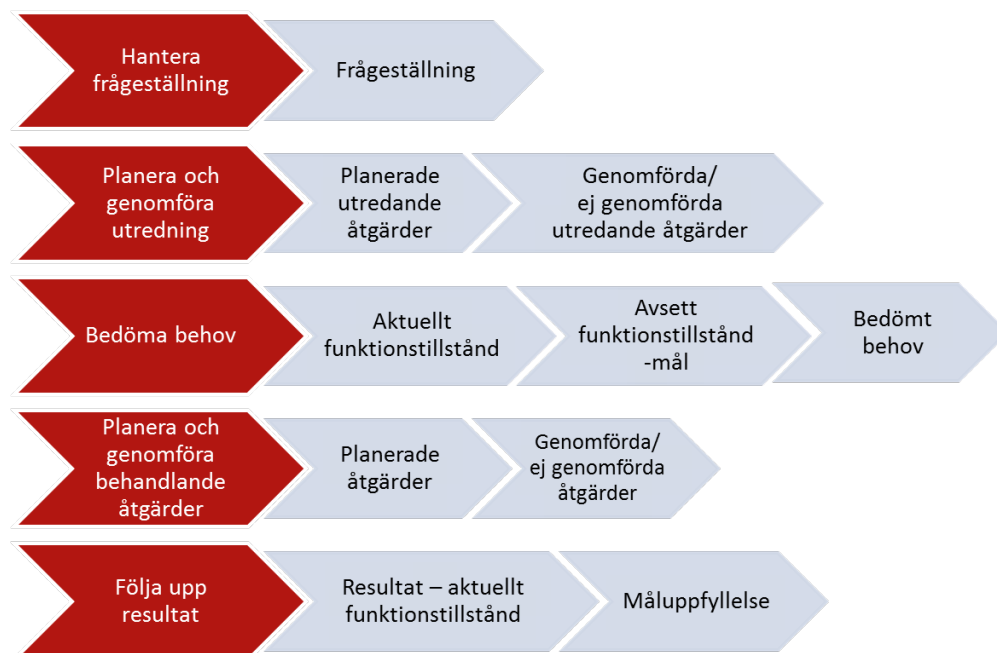
Äldres behov och åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård med nationellt fackspråk

Ett första steg i projektet var att undersöka om det är möjligt att utveckla nationell statistik från primärdokumentation med användning av ICF och KVÅ. Av den anledningen genomfördes under 2009 en journalgranskning av 178 journaler. Journalgranskningen fördelades på patienter i särskilt boende (2/3) och patienter i ordinärt boende (1/3). Innehållet granskades avseende funktionstillstånd och åtgärder. Tillstånden kodades till den internationella klassifikationen ICF och de utredande eller behandlande åtgärderna kodades till KVÅ. Den yrkeskategori som hade noterat de olika tillstånden och åtgärderna angavs också vid granskningen.

Projektet visade att det finns behov av en systematisk dokumentation av informationen i vårdprocessen, där samtliga involverade yrkesgruppers dokumentation samordnas, för att kunna inhämta statistik på det sätt som efterfrågades. Informationen som finns i processen måste dokumenteras med en enhetlig terminologi för att verksamhetsuppföljning på såväl nationell som lokal nivå ska kunna genomföras med hög kvalitet [29]. Projektet visar att ICF kan användas för att dokumentera behov, sätta mål och följa resultat inom detta område, på motsvarande sätt som inom socialtjänsten. KVÅ kan användas för att dokumentera utredande och behandlande åtgärder.

Nästa steg i projektet var att utveckla en ”modell” (Figur 6) med strukturerad information utifrån individens kärnprocess i nationell informationsstruktur. ICF har varit utgångspunkt för att med ett gemensamt språk beskriva vad vårdbegäran gäller, aktuellt funktionstillstånd, mål, bedömt behov och resultat, dvs. ett nytt aktuellt funktionstillstånd samt en måluppfyllelse.

Figur 6. Modellen för att beskriva behov och åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård



KVÅ användes för att dokumentera utredande och behandlande åtgärder. Under 2010 testades modellen i Mölndal av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Testen har utförts på pappersformulär och gjordes för 30 personer i särskilt boende och 35 personer i ordinärt boende, vid sidan av ordinarie dokumentation.

Personalen var efter testen positiv till att använda det systematiska arbetssättet och den strukturerade dokumentationen med stöd av ICF och KVÅ. Testen har varit ett bidrag till det första steget i utvecklingen av ett urval av ICF-kategorier och ett urval av åtgärder enligt KVÅ. Detta kan på sikt användas i primärdokumentationen för att återanvändas som underlag för nationell statistik [30].

Fortsatt utvecklingsarbete

Under de kommande åren ska arbetet omfatta fortsatt utveckling av urvalet av ICF-kategorier och åtgärder (KVÅ) för att underlätta användningen, samt avstämning om ytterligare behov av begrepp och termer. Detta ska ge underlag till försöksverksamhet i ytterligare kommuner. I det fortsatta arbetet ska även den hemsjukvård som landstingen ansvarar för inkluderas.

Samarbete med andra nationella projekt

Kodning av funktionstillstånd vid rehabilitering i slutenvård

Socialstyrelsen förvaltar det sekundära beskrivningssystemet NordDRG, som är ett nordiskt system för diagnosrelaterade grupper. Beskrivningssystemet har sin grund i användningen av ICD-10 och KVÅ. NordDRG används för

verksamhetsbeskrivning och reglering av ekonomisk ersättning inom den specialiserade sjukhusvården i Sverige. 2008 tillkom en grupperingslogik för rehabilitering. Grupperingslogistiken innehåller 33 nya DRG-grupper som utgår från Nordic Assessment Score (NASS). Det är ett instrument som utvecklats i samband med NordDRG-arbetet för att underlätta gruppering av rehabiliteringsvård. Instrumentet utgår från graden av oberoende/beroende i olika aktiviteter och situationer, och strukturen och innehållet kan kännas igen i ICF och Functional Independence Measure TM (FIM).

2009 startade Socialstyrelsen ett projekt för att vidareutveckla REHAB-koder med stöd av ICF. I arbetet ingick att utveckla en vägledning för användning av de nya REHAB-koderna för att stödja verksamheternas användning av rehabiliteringsgrupperna i NordDRG. Projektet genomfördes under 2010 av sakkunniga inom DRG och ICF som arbetade tillsammans med verksamhetsföreträdare inom rehabilitering i slutenvård.

Projektet resulterade i en vägledning för kodning av funktionstillstånd vid rehabilitering i slutenvård, version 2011 [31], som syftar till att beskriva rehabiliteringsbehov i slutenvård, särskilt vid användning av NordDRG. Vägledningen omfattar 18 områden inom aktivitet, delaktighet och kropps-funktioner i ICF och där bedömningsfaktorn används. Detta arbete bidrar till ökad kvalitet i verksamhetsbeskrivning och jämförelser över tid för olika patientgrupper.

Inventering av behov av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning

Delprojektet Gemensamt språk har i samarbete med Socialstyrelsens projekt ”Inventering samt uppsökande och informerande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning” utvecklat ett verktyg för inventering av behov av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Regelbundna inventeringar av målgruppens livssituation och behov av insatser är en viktig förutsättning för att en verksamhet som motsvarar målgruppens behov ska kunna byggas upp. En behovsanpassad verksamhet ökar förutsättningarna för en bättre hälsa och en ökad möjlighet för personer med psykisk funktionsnedsättning att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Verktöget har tagits fram tillsammans med en projektgrupp och utgår från en enhetlig metodik och ett enhetligt tillvägagångssätt i inventeringsarbetet. Utvecklingsarbetet kommer att redovisas under 2011 [32]. Bidraget från delprojektet Gemensamt språk har i detta sammanhang varit att identifiera och analysera begrepp, termer och klassifikationer som ska användas i inventeringsverktöget.

Vid utvecklingen av verktöget, dvs. frågeformuläret ”Behov av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning” användes ett urval av ICF-kategorier för att beskriva behov hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Vissa uppgifter i frågeformuläret gäller t.ex. boendeform, utbildningsnivå, sysselsättningsform och anges med olika svarsalternativ, s.k. kodverk. I utvecklingen av frågeformuläret gjordes en avstämning med pågående arbete inom kvalitetsregister gällande psykiatri för att bedöma om det var möjligt att samordna frågor och svarsalternativ, t.ex. om boendeform.

Frågeformuläret testades av cirka 60 verksamhetsföreträdare inom den psykiatriska hälso- och sjukvården och kommunernas verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning i Eskilstuna och Strängnäs. En utvärdering av frågeformuläret genomfördes via en enkät som frågade om informationsinnehållet inom de olika behovsområdena var relevant utifrån syftet, hur det fungerade att använda skalorna för bedömning av svårighet respektive behov av insats och om beskrivningarna/definitionerna av respektive benämning/term accepterades eller inte. Cirka 20 verksamhetsföreträdare svarade på utvärderingen. Utöver utvärderingen genomfördes ett seminarium med verksamhetsföreträdare för att inhämta synpunkter på frågeformuläret samt ett möte med en referensgrupp.

Utvärderingen visade att majoriteten ansåg att informationsinnehållet inom de olika områdena är relevant i relation till syftet med frågeformuläret. Majoriteten accepterade beskrivningarna/definitionerna av begreppen (N = 79 begrepp) och benämningarna/termerna som finns i listan med informationsinnehåll. Prövning av skalstegen avseende svårighet på den femgradiga skalan visade att hela skalan utnyttjades och svaren mellan två bedömningstillfällena (samma skalsteg eller ändrade endast ett skalsteg, uppåt eller nedåt) varierade mellan 85,7 och 100 procent.

Frågeformuläret utformades med strukturerade svarsalternativ och bestod av tre delar.

- Del 1 – Bakgrundsuppgifter och allmänna uppgifter om enskildas kontakt med olika huvudmän samt samarbetet dem emellan.
- Del 2 – Inventering av identifierade personers livssituation på ett antal centrala livsområden (t.ex. boendesituation, utbildning, arbete och sysselsättning, försörjning samt deltagande i föreningsverksamhet eller intresseorganisationer).
- Del 3 – Inventering av identifierade personers svårigheter att utföra olika aktiviteter på viktiga livsområden samt behovet av insatser knutna till dessa aktiviteter. I denna del inventeras även mer övergripande hälsoproblem och behovet av insatser på hälsoområdet samt förekomsten av stöd från anhöriga och närstående på olika områden.

Den tredje delen av frågeformuläret innehöll en personalskattning där personalen, utifrån sin professionella kompetens, gjorde en skattning av individens svårighet inom området samt om det fanns behov av insatser. Denna del av frågeformuläret bestod av frågor som omfattade sju olika behovsområden:

1. Boende, personlig vård och hemliv
2. Kommunikation och förflyttning
3. Mellanmänniskliga relationer
4. Lärande och utbildning
5. Arbete, sysselsättning och ekonomi
6. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv
7. Hälsoproblem.

Inom varje behovsområde ingick ett antal aktiviteter som utgick från ICF. Bedömningsfaktorerna i ICF (gäller ej hälsoproblem) användes för att värdera om personen hade svårighet att på egen hand utföra aktiviteten. Dessutom fanns kodverk för att ange om personen fick stöd från någon närstående för att utföra aktiviteten samt om personen hade behov av insats från kommun/landsting för att kunna utföra aktiviteten. Begreppen i frågeformuläret var definierade eller beskrivna och fanns i en ordlista som bilaga till frågeformuläret.

Utveckling av instrument som underlag för behovsbedömning inom äldreomsorgen

Socialstyrelsen fick under våren 2010 flera regeringsuppdrag som en följd av propositionen ”Värdigt liv i äldreomsorgen” (2009/10:116). Ett av dessa uppdrag handlar om att utveckla ett nationellt instrument som underlag för biståndsbedömning (S2010/2665/ST). Syftet med detta projekt är att skapa ett instrument för bedömning av äldres behov av äldreomsorg. Det centrala är att pröva tillförlitligheten, giltigheten och relevansen i instrumentet. Projektet ska samordnas med ”Behov och insatser inom äldreomsorgen med nationellt fackspråk” (Dnr 7270/2009). Projektet pågår fram till år 2013. ICF är utgångspunkten för att beskriva behov i behovsbedömningsinstrumentet.

Barnhälsodataprojektet

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) påbörjade år 2005 Barnhälsodataprojektet (BHD) för att utveckla en nationellt överenskommen modell för informationshanteringen inom och mellan landstingens och kommunernas verksamheter för barnhälsovård (BHV) och skolhälsovård (SHV). Arbetet inleddes med att en informationsmodell togs fram tillsammans med verksamhetsföreträdare/representanter för professionella organisationer för BHV och SHV [33]. Under arbetet beskrevs informationsmängder för barnets och elevens hälsa samt aktiviteter/åtgärder i en så kallad värdelista.

Delprojektet Gemensamt språk bidrog till projektet genom att analysera och precisera informationsinnehållet gällande BHV och SHV samt den information som överförs från förlossningsvården (FV) i värdelistan⁷.

Arbetet genomfördes tillsammans med verksamhetsföreträdare och representanter för professionella organisationerna samt en doktorand från Hälsohögskolan i Jönköping. Gruppen bidrog med beskrivningar, dvs. preciseringar av det informationsinnehåll som framför allt handlade om att beskriva barnets/elevens hälsa. Den mappning av informationsinnehållet i värdelistan till ICF-CY-koder som genomförts tidigare stämades av och reviderades av gruppen.

Arbetet resulterade i en sammanställning av cirka 250 begrepp fördelat på hälsorelaterat tillstånd (78 procent), åtgärder (20 procent) och övrigt (2 procent). Beskrivningar har tagits fram till cirka 200 begrepp, dels om den information som ska fångas men även hur begreppet används i sammanhanget.

⁷ Värdelistan omfattar framför allt information om barnets/elevens hälsa och åtgärder som genomförs inom BHV och SHV.

Arbete kvarstår med resterande begrepp som till stor del rör åtgärderna. Begreppen har mappats till ICF-CY-koder.

Idag är vissa delar i dokumentationen inom BHV strukturerad, dvs. det finns färdiga svarsalternativ. Resultatet från barnhälsodataprojektet kan användas för att utveckla en mer strukturerad dokumentation inom både BHV och SHV, där det finns ett behov av att återanvända informationen. Dessutom ökar kvaliteten i den information som dokumenteras med nationellt fastställda begrepp, termer och klassifikationer genom att professionerna lägger samma tolkning i begreppen och att de är överens om den information som ska fångas inom respektive hälsoområde. Detta bidrar till ett säkrare informationsutbyte mellan BHV och SHV.

Gemensam informationsstruktur för socialtjänsten

I utvecklingen av den nationella informationsstrukturen (Socialstyrelsen, 2007–2009) fanns inte möjlighet att fullt ut verifiera att framtagna verksamhetsmodeller och beskrivningar täcker även socialtjänstens behov. Av den anledningen initierade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) våren 2010 ett samarbetsprojekt med Socialstyrelsen för att genomföra en verksamhetsanalys med fokus på socialtjänstens kärnprocess samt identifiering och analys av begrepp och termer inom socialtjänstens område. Socialstyrelsen ville utöver det pröva ett gemensamt arbetssätt med olika metoder för området.

I projektet användes metoderna för verksamhetsanalys, identifiering och analys av informationsinnehåll samt terminologiarbete parallellt. Arbetet genomfördes tillsammans med verksamhetsföreträdare från myndighetsutövning och från verkställigheten, dvs. utförare från flera kommuner. I arbetet deltar även sakkunniga inom socialtjänst från Socialstyrelsen och SKL, sakkunniga inom nationell informationsstruktur, nationellt fackspråk och terminologi från Socialstyrelsen samt verksamhetskonsulter.

Resultatet omfattar process-, arbetsflödes-, begrepps- och informationsmodeller som är ett underlag för avstämning mot den nationella informationsstrukturen. Resultatet innehåller även centrala begrepp och termer som är terminologiskt analyserade och godkända för publicering i Socialstyrelsens termbank. I arbetet har även informationsinnehåll/ värdemängdsbeskrivning skiljts ut, något som kräver fortsatt analysarbete. Resultatet ska betraktas som ett arbetsmaterial som i nästa steg ska utgöra underlag för Socialstyrelsens analys och systematiska avstämning mot den nationella informationsstrukturen (NI). Avstämningen kan komma att leda till revidering och vidareutveckling av NI för att säkerställa att NI håller även för socialtjänstens behov. Resultatet bidrar också till fortsatt utvecklingsarbete med att utveckla en informationsstruktur för socialtjänsten på generell nivå.

Egeninitierade arbeten

Information i samband med in- och utskrivning från slutenvården

När det gäller vårdplanering i samband med utskrivning från slutenvård är många olika professioner från flera olika verksamheter involverade. Socialstyrelsen lyfte i sin lägesrapport för 2008 [34] behovet av ett fortsatt utvecklingsarbete för att uppnå betalningsansvarslagens intentioner. En del av det mycket komplexa område som lagen omfattar rör skriftlig kommunikation mellan sjukhus och de verksamheter som ska ta över efter utskrivning från slutenvården. Socialstyrelsen betonar i sin rapport behovet av strukturering av innehållet i vårdplanerna och användning av gemensamma begrepp och termer. Flera verksamhetsföreträdare har under delprojektet framfört synpunkter och önskemål om att ett gemensamt fackspråk inom detta område ska utvecklas. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård finns en checklista inför vårdplanering med ett antal funktionstillstånd som utgår från ICF. Checklistan har prövats tidigare med positivt resultat men behöver vidareutvecklas [35].

Syftet med detta arbete var att identifiera och analysera informationsinnehållet inom området för att utveckla ett gemensamt språk (enhetliga, entydiga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer). Dessa ska bidra till att förbättra kvaliteten på underlagen som används vid vårdplanering samt i informationsöverföring mellan slutenvård och öppen hälso- och sjukvård samt socialtjänst. De bidrar även till att säkerställa den primära dokumentationen utifrån SOSFS 2005:27 och Nationella riktlinjer för strokesjukvård. Under arbetets gång utökades syftet till att också omfatta en verksamhetsanalys och arbete med att ta fram en processbeskrivning och en informationsmodell.

Arbetet har genomförts tillsammans med en arbetsgrupp med berörda professioner inom slutenvård och öppen hälso- och sjukvård samt inom socialtjänst. I gruppen ingick deltagare från Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Västerbottens läns landsting. Informationsinnehållet inom området identifierades via insamlat källmaterial från

- olika typer av material (rutiner, mallar, styrande dokument) från deltagande regioner/landsting samt ytterligare regioner/landsting
- InfoVU-projektet
- Nationella riktlinjer för strokesjukvård [36]
- föreskriften In- och utskrivning av patienter inom slutenvård (2005:27) [37]
- ICF core sets för stroke [38]

Informationsinnehållet inkluderade till en början cirka 500 termer, som grupperades i typer av information gällande hälsa/hälsotillstånd, behov, mål och åtgärder/insatser. Annan typ av information gällde vårdplan/vårdplanering, administration, möten, ansvar/roll, lagar och organisation/verksamhet. Dubbelletter rensades bort, varefter begreppen preciserades genom beskrivningar av

bland annat vilken information som behöver fångas och hur begreppet används.

När det gäller hälsa, behov och målsättning undersöktes möjligheten att använda ICF som gemensamt språk för att beskriva funktionstillstånd vid inskrivning samt för att ge underlag för vårdplanering och överföring av information vid utskrivning. Resultatet blev ett urval av ICF-kategorier, fördelat på kroppsstrukturer (2 kategorier), kroppsfunktioner (54 kategorier), aktivitet/delaktighet (49 kategorier) samt omgivningsfaktorer (25 kategorier). Begreppen i urvalet kan bidra till vidareutveckling av checklistan som finns i de nationella riktlinjerna.

Det fanns ett antal olika begrepp för planer, t.ex. vårdplan, genomförandeplan, och mål, vilket initierade ett terminologiskt arbete för olika plan- och målbegrepp. Detta terminologiska arbete resulterade i 13 definierade begrepp för olika typer av planer och ett begrepp för mål. Dessa begrepp är nu publicerade i Socialstyrelsens termbank.

Verksamhetsanalysen resulterade i ett utkast till en RIV- specifikation⁸ som omfattande en processbeskrivning och informationsmodell samt en termlista med 28 definierade begrepp.

Fortsatt utvecklingsarbete

Det behövs ett fortsatt arbete för att beskriva eller definiera kvarstående begrepp t.ex. inom gruppen roller. När det gäller åtgärder kan säkert beskrivningar återfinnas i KVÅ som stöd i det fortsatta arbetet. Det behövs även ett fortsatt arbete för att fastställa process- och informationsmodellen.

Samarbete med professionella organisationer

Ett antal verksamhetsföreträdare uttalade ett intresse för att, i samarbete med professionella organisationer, utveckla ett gemensamt språk inom ett avgränsat verksamhetsområde. Dessa önskemål initierade ett arbete inom delprojektet för att testa och vidareutveckla metoden för att identifiera och analysera informationsinnehållet inom området *äta och näringstillförsel*. Totalt inbjöds sex berörda professionella organisationer till att delta i arbetet. Av dessa valde fyra professionella organisationer (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Dietisternas Riksförbund och Svensk Sjuksköterskeförening) att medverka och att bidra med sina respektive begrepp och termer inom området. Alla termer sammanställdes i en nettolista för att grupperas och sorteras för vidare analys enligt följande:

- berörd profession – arbetsterapeut, dietist, sjukgymnast och sjuksköterska
- typ av information – hälsorelaterat tillstånd, vård- och omsorgsaktivitet, process och övrigt

De termer som gällde hälsorelaterat tillstånd grupperades vidare till diagnos, allmän hälsa, hälsokomponent (kroppsstruktur, kroppsfunktion, aktivitet/

⁸ RIV står för "Regelverk för Interoperabilitet inom Vård och omsorg".

delaktighet, omgivningsfaktor och personfaktor) och övrigt. Termer om vård- och omsorgsaktiviteter grupperades till *tillståndsidentifierande* respektive *åtgärdande* aktiviteter.

Resultatet visar att två av professionerna använder ett prefix (nutrition- och omvårdnad-) före begrepp som anamnes, diagnos, status osv. Detta innebär att det vid en samlad dokumentation kan finnas många typer av t.ex. anamneser där samma innehåll återkommer på flera olika ställen, vilket kan öka risken för missförstånd och misstolkning. I materialet fanns exempelvis *nutritionsanamnes*, *kostanamnes* och *omvårdnadsanamnes*. Begreppet anamnes var inte definierat och professionerna menade olika saker när de skrev detta. Vissa menade att det är hälsohistoria som avses, andra menade att anamnes även inkluderar status. Detta visar på att det finns ett behov av ett terminologiskt arbete för att reda ut begreppen, för att definitionen av anamnes ska bli gemensam. I vilken utsträckning det fanns definitioner av begrepp och/eller beskrivning för användning av begrepp varierade mellan de professioner som deltog i arbetet. Definitionerna behövde också stämmas av med de andra professionerna för att säkerställa en entydig användning.

Fortsatt utvecklingsarbete

Initiativet visar att det behövs ett fortsatt arbete för att analysera och definiera begreppen samt för att ta fram beskrivningar av vilken information som professionerna behöver till respektive begrepp och av hur begreppet används i sammanhanget. Arbetet kan även omfatta en beskrivning av hur informationen kan struktureras med olika svarsalternativ. Begreppen bör kopplas till klassifikationer och mappas till Snomed CT.

Olika sätt att beskriva rökvanor i kvalitetsregister

I en presentation under Nationellt fackspråks konferens 2010 gavs exempel på hur rökvanor dokumenteras på många olika sätt i olika kvalitetsregister. Uppgifter om rökvanor, är vanligt förekommande uppgifter i olika kvalitetsregister (Tabell 2). Nedanstående tabell visar på skillnader respektive likheter i dokumentationen av rökvanor. Frågan är om kvalitetsregisterhållarna kan komma överens om ett likartat sätt att dokumentera rökvanor, eller om primärdokumentationen ska struktureras på ett sådant sätt att den svarar mot samtliga kvalitetsregisters behov av uppgifter som de ser ut idag. Detta är ett exempel som visar på behovet av nationell samordning och utveckling av en strukturerad dokumentation för de uppgifter som samlas in för nationell statistik.

Tabell 2. Beskrivning av olika sätt att samla in uppgifter om rökvanor till ett antal kvalitetsregister

	Riks- stroke	Riks svikt	Hjärn- tumör	Lung cancer	Swede heart	Swede vox2	Riks- KOL
Rökare					x	x	
ja		x					x
daglig rökning under minst ett år			x	x			
≥ en cigarett/dag, eller slutat under de senaste 3 mån	x						
Före detta rökare		x					
Ex-rökare						x	
ex- rökare (>1 mån)					x		
ex-rökare (> 1 år)			x				
före detta rökare (> 1 år)				x			
nej, har slutat röka							x
Aldrig		x					
aldrig rökare					x	x	
aldrig rökare (eller endast feströkt)			x	x			
nej, har aldrig rökt							x
Okänt		x	x		x	x	x

Övrigt samarbete

Delprojektet har också medverkat i följande projekt:

- Nordisk referensgrupp för ICF
- Samarbete med CeHis gällande bl.a. utveckling av V-TIM och referensarketyper
- Samarbete mellan projekten för nationellt fackspråk, nationell informationsstruktur och tillämpad informationsstruktur i bl.a. kodverksutredningen
- Terminologibindningsprojektet.

Utveckling av nationellt fackspråk med fokus på ICF

Korta termer till ICF/ICF-CY-kategorier

Idag förekommer lokala/regionala varianter av ICF-begreppen. Dessa har bland annat tagits fram på grund av att it-systemen inte klarar av längre benämningar. Verksamhetsföreträdare har efterfrågat nationellt framtagna och överenskomna ”korta termer”⁹ eftersom de lokala/regionala varianterna inte stämmer överens. Av den anledningen påbörjades ett arbete inom delprojektet med syftet att ta fram nationella korttermer till ICF/ICF-CY-kategorierna. En förfrågan om förekomsten av lokala/regionala korta benämningar skickades till landsting och kommuner. 100 svar inkom, varav cirka 45 svar innehöll lokala/regionala varianter. Dessa svar gav sakkunniga inom ICF underlag för att tillsammans med en terminolog ta fram förslag på korta termer till ICF/ICF-CY.

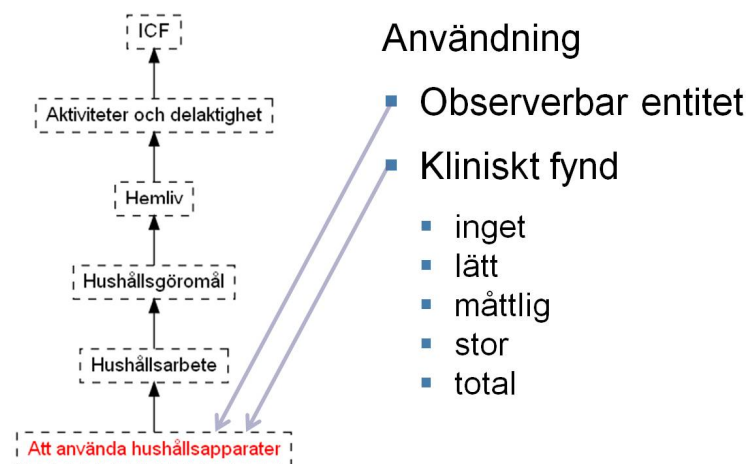
⁹ Kortare benämning på ICF-kategori, till exempel ”minne” (istället för ”minnesfunktioner”)

Resultatet blev drygt 600 nationellt överenskomna korttermer fördelat på 136 kort termer för kroppsfunktioner, 11 för kroppsstrukturer, 416 för aktivitet/delaktighet och 79 för omgivningsfaktorer. Resultatet skickades på remiss till 200 mottagare, varav 84 besvarade den. Svaren visade att det fanns en hög acceptans, mellan 92 och 95 procent, för de föreslagna korttermerna. Dessa synonymer underlättar praktisk användning av ICF/ICF-CY i dagens it-system.

ICF i relation till Snomed CT

Vid projektet Nationellt fackspråk för vård och omsorgs årliga konferens 2010 presenterades hur ICF förhåller sig i relation till Snomed CT. Nedan följer ett några exempel från konferensen.

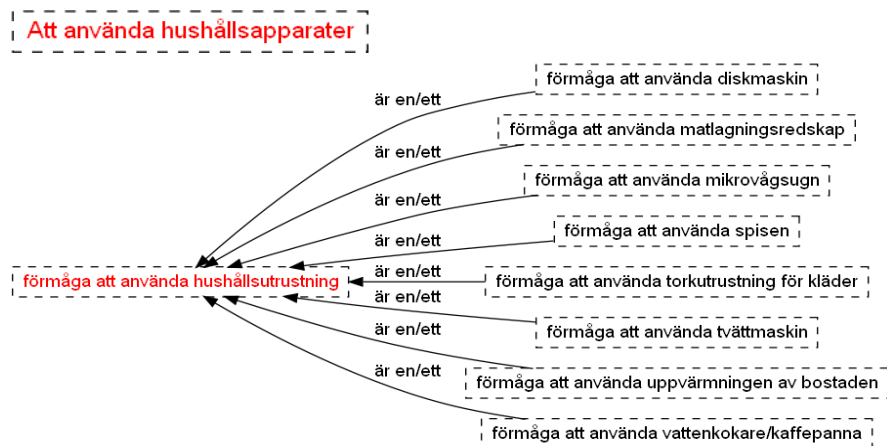
Figur 7. Snomed CT kategorierna observerbar företeelse och kliniskt fynd i förhållande till ICF.



I Snomed CT finns kategorin observerbar företeelse vilket motsvaras av ICF-kategorierna utan bedömningsfaktor. Bedömningsfaktorerna i ICF (ingen, lätt, måttlig, svår och total) återfinns som värde i Snomed CT och kan därmed användas för postkoordinering av kliniska fynd (Figur 7).

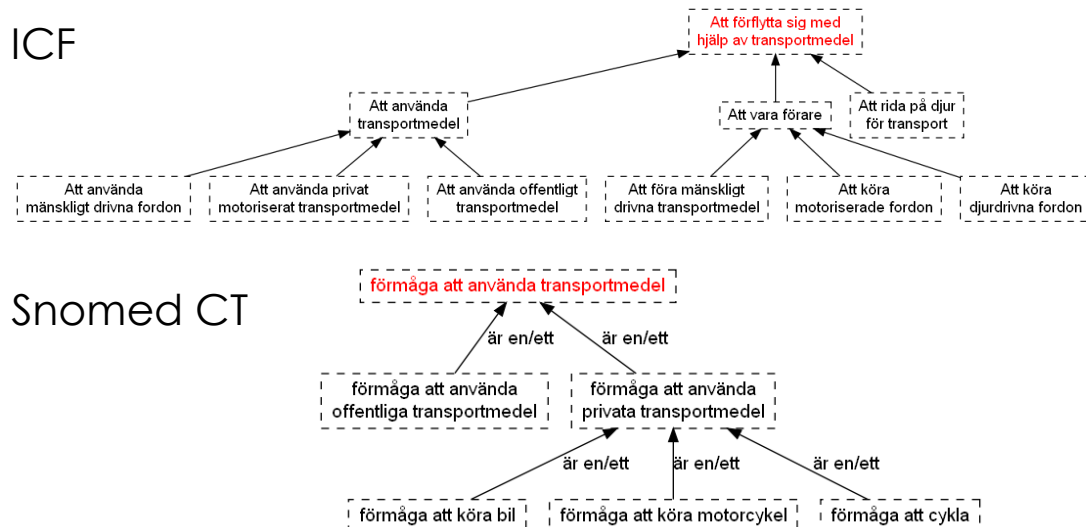
Ett exempel där Snomed CT har en högre detaljeringsgrad än ICF är ICF-kategorin ”Att använda hushållsapparater”. Denna ICF-kategori motsvaras av Snomed CT-begreppet ”förmåga att använda hushållsutrustning”. ICF-kategorin är den mest detaljerade som finns i ICF, till skillnad från Snomed CT som även har de mer detaljerade begrepp (Figur 8).

Figur 8. ICF-kategorin ”Att använda hushållsapparater” motsvarar begreppet ”förmåga att använda hushållsutrustning” i Snomed CT.



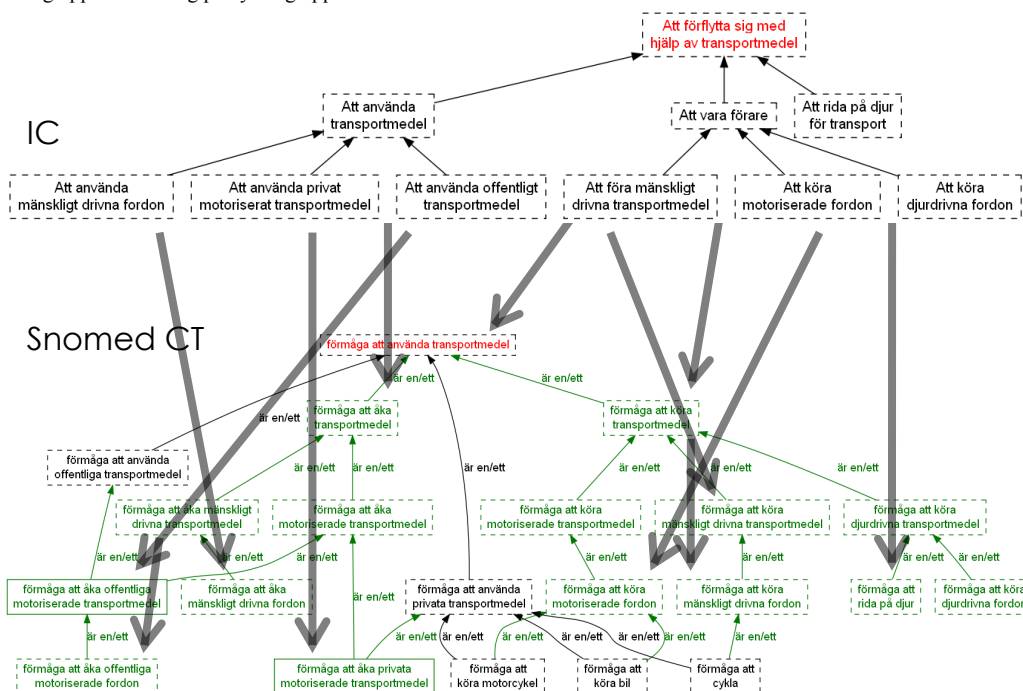
I figur 9 visas att aktiviteten ”Att förflytta sig med hjälp av transportmedel” i ICF delas upp i ”Att använda transportmedel”, ”Att vara förare” och ”Att rida på djur för transport”. I Snomed CT delas begreppet ”förmåga att använda transportmedel” upp i de underordnade begreppen ”förmåga att använda offentliga transportmedel” respektive ”förmåga att använda privata transportmedel”. I Snomed CT finns också de underordnade begreppen ”förmåga att köra bil”, ”förmåga att köra motorcykel” och ”förmåga att cykla”. I ICF inkluderas dessa i begreppet ”Att vara förare”.

Figur 9. Begrepp i ICF respektive i Snomed CT med utgångspunkt från kategorin ”Att förflytta sig med hjälp av transportmedel” i ICF och begreppet ”förmåga att använda transportmedel” i Snomed CT.



I detta exempel visas hur flera begrepp i ICF kan modelleras in i Snomed CT för att både vidareutveckla Snomed CT och ICF (Figur 10).

Figur 10. Figuren visar begreppen i ICF och förslag på hur de kan modelleras in i Snomed CT. De gröna begreppen är förslag på nya begrepp i Snomed CT.



Det behövs fortsatt internationellt samarbete mellan WHO och ITHSDO för att mappa och vid behov modellera in begreppen från ICF i Snomed CT, för att möjliggöra användning av ICF-begreppen i elektronisk dokumentation tillsammans med övriga begrepp i Snomed CT.

Utbildningsmaterial för ICF/ICF-CY

Verksamhetsföreträdare har efterfrågat ett nationellt utbildningsmaterial om ICF/ICF-CY för lokal användning. Utifrån dessa önskemål inleddes ett arbete med att ta fram utbildningsmaterialet. Syftet med utbildningsmaterialet är att sprida kunskap om den biopsykosociala modellen, struktur och innehåll i ICF/ICF-CY, kodning samt mappning till ICF/ICF-CY. Ytterligare ett syfte har varit att sprida kunskap om praktiska tillämpningar. Arbetet har genomförts tillsammans med Linköpings universitet. Utbildningsmaterialet [39] består av presentationer med tillhörande text och omfattar fyra delar:

- Introduktion av modell, struktur och innehåll
- Kodning
- Mappingsregler (för ICF)
- Praktiska tillämpningar från olika verksamheter.

Materialet har utvecklats utifrån bland annat presentationer från WHO samt artiklar om mappingsregler och tidigare prövat material. De mappingsreg-

ler som publicerats tidigare vidareutvecklades då utbildningsmaterialet togs fram.

Exempel på var och hur ICF används

Inom delprojektet genomfördes en studie för att kartlägga användningen av ICF inom olika verksamheter relaterade till vård och omsorg i Sverige (Bilaga 2). Denna kartläggning utgör ett underlag för arbetet med att utveckla ett gemensamt språk inom och mellan professionerna och mellan verksamheter och organisationer.

Kartläggningen genomfördes via en webbenkät som publicerades på Socialstyrelsens webbplats under tiden april–maj 2009. Enkäten omfattade elva frågor, varav sex hade strukturerade svar. De fem öppna frågorna analyserades genom innehållsanalys, varefter kategorier bildades. Totalt har 124 personer svarat, varav 61 personer använder ICF inom kommun, 60 personer inom landsting och tre personer inom utbildning och forskning.

Kartläggningen visar att cirka tre fjärdedelar använder ICF inom vården och en fjärdedel inom omsorgen. Den visar också att klassifikationen framför allt används inom rehabilitering. ICF används först och främst vid dokumentation i journal, som sökord och som ett gemensamt språk. Cirka en fjärdedel använder bedömningsfaktorerna för att beskriva grad av problem. Det är framför allt arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, läkare och kuratorer som använder ICF. Åttio procent använder ICF i dokumentationen i en datoriserad miljö. Tre fjärdedelar ställer sig positiva till användbarheten av ICF. ICF upplevs ge möjlighet till ett gemensamt språk och en tydlig gemensam struktur som kan användas för att beskriva individens behov. Endast cirka tio procent ser svårigheter med tillämpning av ICF. De upplevda svårigheterna rör användning av en ny terminologi och förståelse av konceptet runt ICF eftersom användning av ICF delvis förutsätter ett nytt tankesätt.

Slutsatserna från kartläggningen är att

- verksamheter inom vård och omsorg använder ICF i datoriserade journaler, som sökord och som gemensamt språk
- den biopsykosociala modellen ger en gemensam referensram och ICF bidrar till en struktur och ett gemensamt språk i kärnprocessen inom vård och omsorg för att beskriva individens hälsa och hälsorelaterat tillstånd, sätta mål och följa resultat
- ICF används idag i ringa grad som statistiskt verktyg för t.ex. verksamhetsuppföljning, men det finns utvecklingsmöjligheter inom detta område för både lokal, regional och nationell nivå
- majoriteten ställer sig positiva till användbarheten av ICF och ser många möjligheter med tillämpning av ICF.

Utveckling av metod

Identifiering och analys av informationsinnehåll

Metoden ”Identifiering och analys av informationsinnehåll” har utvecklats utifrån erfarenheter i delprojektet [40]. Metoden används för att identifiera,

precisera och strukturera innehållet i dokumentationen om en enskild person som får vård och omsorg inom ett verksamhetsområde.

Syftet är att

- identifiera professionernas behov av information för dokumentation inom vård och omsorg, både när det gäller innehåll (begrepp, termer, klassifikationer och koder) och struktur (hur innehållet ska struktureras i dokumentationssystemet).
- samordna dokumentationsbehoven inom och mellan professionerna
- förtydliga innehållet och strukturen i dokumentationssystemen så att de motsvarar professionernas behov
- få underlag till övriga metoder i det nationella fackspråket.

Information och förankring

Under projekttiden har representanter från delprojektet hållit cirka 60 presentationer av det nationella fackspråket och dess tillämpningar inom olika verksamhetsområden. Presentationerna har framför allt genomförts på nationella, regionala och i vissa fall lokala konferenser, seminarier och utbildningar.

Flera presentationer och utbildningar har haft fokus på ICF. Exempel på nationella konferenser är Termkonferensen, konferens om Nationell eHälsa, Biståndshandläggardagarna, ICF-CY- konferensen och konferensen Lust och Kunskap.

Representanter från delprojektet har medverkat i flera möten med landstingens nätverk för terminologiansvariga och har även genomfört interna seminarier på Socialstyrelsen.

Diskussion och slutsatser

Flera professioner som deltagit i projektet tror att de menar samma sak med en term, men när i de i grupp har diskuterat sin tolkning har det visat sig att de många gånger tolkar termen på olika sätt. Detta har varit oväntat för flera deltagare som har tagit för givet att alla har samma tolkning. Erfarenheten är att professionerna inte alltid menar samma sak med de termer som används mellan professionerna eller ens inom samma profession. Av den anledningen är det angeläget att begreppen har en definition eller beskrivning, om de inte är självförklarande. Det kan även behövas en beskrivning av den information som ska dokumenteras om begreppet eller hur begreppet används i sitt sammanhang så att professionerna även mäter samma sak. Det är inte bara de som dokumenterar som ska *mena och mäta samma sak*, utan även de som tar del av informationen måste tolka den på samma sätt.

Strukturerad dokumentation

Informationen som dokumenteras kan struktureras utifrån olika aspekter. Den kan struktureras och sorteras utifrån informationsstruktur men även struktureras med olika svarsalternativ. I detta projekt har informationen som ska dokumenterats strukturerats utifrån båda dessa aspekter.

Idag är det vanligt att dokumentation till stor del görs i fritext. Det innebär att personalen har svårt att återfinna den information som är av värde i fritexten. Det blir även svårt att återanvända information för verksamhetsuppföljning på olika nivåer. Information som ska återanvändas för olika syften måste därför vara strukturerad. För att strukturen ska bidra till att göra informationen tillgänglig och säker när den utbyts mellan olika professioner och verksamheter krävs en nationellt fastställd informationsstruktur. Erfarenheterna från projektet är att personalen upplevde att den strukturerade dokumentationen underlättade både den löpande dokumentationen och läsningen av dokumentation. Strukturen bidrar till att öka dokumentationens kvalitet och ger stöd i det dagliga arbetet. Dessa fördelar bekräftas från tidigare arbeten inom bland annat vårdplanering i samband med utskrivning från slutenvård [2]. Erfarenheten från utveckling av nationell statistik är att inrapportering som sker från primärdokumentation minskar behovet av dubbeldokumentation, samtidigt som den strukturerade dokumentationen förenklar arbetet lokalt. En strukturerad dokumentation med enhetliga och entydiga begrepp, termer, klassifikationer och kodverk ökar även möjligheten till evidensbaserad praktik och kunskap genom att verksamheterna kan återanvända informationen för att bygga ny kunskap inom området.

Dokumentationen kan struktureras på olika sätt för lokala och nationella informationsbehov. Det behövs olika svarsalternativ, koder eller värden för att på ett nationellt enhetligt sätt strukturera informationen. I samband med struktureringen är det viktigt att professionerna även menar samma sak med svarsalternativ, koder och värden för *att mäta samma sak*. Exempel på kod-

verk som har identifierats i detta delprojekt är t.ex. boendeform, utbildningsnivå, grad av funktionsnedsättning och bedömt behov. Därför kommer det att krävas någon form av nationell samordning för den information som ska återanvändas för nationella jämförelser.

Arbetet inom projektet har visat att det behövs olika detaljeringsgrader för att beskriva den enskildes hälsa och funktionstillstånd, sätta mål och bedöma behov av vård- och omsorgsinsatser, men också för att kunna följa upp resultat. Där har ICF med den hierarkiska strukturen varit ett stöd för att möjliggöra olika grader av detaljer. Det behövs även olika detaljeringsgrad för vård- och omsorgsaktiviteter.

Dokumentation i kärnprocessen

Individens behov i centrum

Ett mervärde av arbetet inom delprojektet är att deltagarna har fått möjlighet att reflektera över hur de arbetar och dokumenterar idag, och hur de skulle vilja arbeta i framtiden. De har t.ex. fått reflektera över vilken information som behövs för att uppnå en mer optimal dokumentation som ger stöd i processen. Ett sådant steg i processen är att beskriva individens behov utifrån hälsa och den biopsykosociala modellen, som inkluderar biologiska, psykologiska och sociala dimensioner av välbefinnande. Genom att beskriva behov utifrån individens problem, t.ex. den enskildes begränsningar i sin dagliga livsföring, har fokus blivit den enskildes behov utifrån det aktuella hälsotillståndet och till det mål som ska uppnås. Därmed sätts den enskildes behov i centrum. Att ICF bidrar till att sätta fokus på individens behov stöds även av tidigare forskning [41]. Delprojektets arbete bekräftar värdet av att använda metoden för behovsbedömning [21] för att sätta individens behov i centrum.

Det är ingen självklarhet i dagens vård och omsorg att mål sätts tillsammans med den enskilde. Däremot visar arbetet att flera professioner ser ett värde med detta, det ger t.ex. vägledning om vad som ska uppnås för både personal, den enskilde och närstående. Tidigare forskning visar att det även är motivationsskapande för den enskilde att ha uppsatta mål [22]. Genom att sätta mål samt dokumentera de åtgärder som planeras och genomförs ökas möjligheten att bättre värdera resultatet av vården och omsorgen. Det ger även möjlighet att studera effektiviteten. Slutsatsen från detta arbete är att den strukturerade dokumentationen kan ge stöd för målformulering, vilket underlättar för personalen vid dokumentation och uppföljning av resultat.

Vård- och omsorgsaktiviteter

Resultatet från de avgränsade verksamhetsområdena visar att det idag ofta saknas dokumentation av vilka åtgärder/insatser som planeras och utförs, bland annat inom den kommunala hälso- och sjukvården [29]. Detta gäller framför allt inom utredning av hälsoproblem, men även inom åtgärdande aktiviteter. Resultatet går i dessa fall inte att relatera till vilka åtgärder/insatser som faktiskt genomfördes på individnivå. Det blir därmed inte heller till-

räckligt användbart för verksamhetsuppföljning. Om de planerade insatserna/åtgärderna inte dokumenteras kan inte andra berörda professioner på ett enkelt sätt ta del av det. Dagens dokumentation motsvarar inte heller de nationella kraven och rekommendationerna, utifrån t.ex. nationella riktlinjer, föreskrifter [34] eller lokala verksamhetsuppföljningsbehov.

Utvärdering av resultat i kärnprocessen

Dokumentationen som den ser ut idag täcker inte behovet som finns av att kunna följa resultatet av vården och omsorgen för den enskilde. Granskningen av journaler och akter som utfördes under delprojektet visar på brister i dokumentationen gällande uppföljning av resultat [28, 29]. Även dialogerna med verksamhetsföreträdare visar på att det saknas strukturerad dokumentation för resultatuppföljning. I äldreomsorgen har strukturerad dokumentation för att följa upp resultat, dvs. beskrivning av aktuellt funktionstillstånd och måluppfyllelse, prövats både inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Personalen har sett positivt på att följa resultat på detta sätt. Att sätta mål och följa upp måluppfyllelse bidrar till att resultatet kan bekräfta om målet faktiskt uppnåtts med de beslutade och genomförda insatserna/åtgärderna, eller innebär att personalen kan ha ett kritiskt förhållningssätt till varför inte målet uppnåtts. Genom att resultatet kan följas upp utifrån genomförda åtgärder för den enskilde blir det även möjligt att studera effektiviteten.

Inom vissa av verksamhetsområdena (vårdplanering, socialtjänst, äldres behov och insatser) har även verksamhetsanalyser genomförts eller påbörjats, i syfte att ta fram målbild samt process- arbetsflödes-, begrepps- och informationsmodell. Syftet har varit att säkerställa att informationsinnehållet och användningen av de olika delarna i det nationella fackspråket täcker behovet i kärnprocessen. I samband med verksamhetsanalysen har det tidigare identifierade och analyserade informationsinnehållet stämts av och vid behov reviderats. Erfarenheten från detta arbete är att det är mer effektivt att identifiera informationsinnehållet samtidigt som det görs en verksamhetsanalys, i de fall en sådan genomförs. Vid utveckling av en tillämpad informationsstruktur för ett avgränsat verksamhetsområde behövs ofta ett fördjupat arbete med att identifiera och analysera informationsinnehållet, framför allt gällande hälso-relaterat tillstånd samt vård- och omsorgsaktiviteter.

Utveckling av det nationella fackspråket

Det nationella fackspråket behöver utvecklas inom flera områden om det ska täcka behovet för en ändamålsenlig dokumentation. Utvecklingen av ett gemensamt språk inom olika verksamheter förutsätter deltagande av berörda professioner samt sakkunniga inom gällande regelverk. De som deltar behöver ha en förståelse för verksamhetens kärnprocess samt vilken information som dokumenteras idag. Dessutom behövs en förmåga att analysera processen och den information som behövs för att täcka behovet i den optimala kärnprocessen framöver. Det gemensamma språket ska täcka den information som behöver dokumenteras utifrån fyra perspektiv:

- individbaserade vård- och omsorgsdokumentationen

-
- verksamhetsuppföljning på olika nivåer
 - kunskapsbaserad vård och omsorg, t.ex. riktlinjer
 - styrning och ledning, t.ex. föreskrifter.

Kodverk

Flera befintliga kodverk har haft likartade syften men med varierande variabler inom olika verksamhetsområde, vilket pekar på ett behov av nationell samordning av kodverk. Någon sådan finns inte idag. Alla kodverk är inte fackspecifika utan några är facköverskridande, t.ex. kodverken för utbildningsnivå och anställningsform. Nationellt fastställda kodverk skulle underlätta för det fortsatta arbetet på lokal, regional och nationell nivå. Socialstyrelsen ansvarar för de kodverk som används för inrapportering till hälsodataregister.

Klassifikation av vårdåtgärder

Åtgärderna i KVÅ är nationellt fastställda vilket är en tillgång när ett gemensamt språk ska utvecklas. Dock är inte KVÅ känd av alla professioner i verksamheterna. Detta innebär att det krävs information för att den ska användas. Inom den kommunala hälso- och sjukvården har KVÅ testats och deltagarna visade stor acceptans för begreppen och termerna i klassifikationen. Testet visade också att det finns dubletter som måste tas bort och att beskrivningarna respektive benämningarna för vissa åtgärder behöver revideras. Det går även att komplettera KVÅ med fler åtgärder så att den täcker professionernas behov.

Klassifikation av socialtjänstens insatser

Det finns endast ett fåtal nationellt överenskomna begrepp för sociala insatser i Socialstyrelsens termbank. I delprojektets arbete inom socialtjänstområdet identifierades ett antal insatser som behövs för att tillgodose de bedömda behoven hos de äldre enligt SoL. Förslaget på insatser kopplades till ICF-strukturen och benämningarna av ICF-kategorierna, t.ex. insats för att klä sig. Denna benämning ger uttryck för en mer aktiv handling jämfört med t.ex. av- och påklädning som är mer passiv. Resultatet från delprojektet visar på behov av att utveckla en klassifikation av socialtjänstens insatser, dels för utredande och dels för åtgärdande insatser. Den bör inkludera insatser inom alla områden, t.ex. SoL, LSS, LVM och LVU.

Snomed CT

De identifierade och analyserade begreppen inom delprojektets olika verksamhetsområden har i ringa omfattning mappats till Snomed CT under projektiden. Detta arbete kommer att fortsätta efter projektidens slut. Dock har det gjorts sökningar för att undersöka om begreppen kan finnas i Snomed CT. När det gäller insatser inom socialtjänsten för äldre återfinns i stort sett inte begreppen i Snomed CT. Därför är det viktigt med fortsatt utvecklingsarbete av Snomed CT, så att systemet på sikt täcker alla begrepp och termer som behövs inom svensk vård och omsorg, även inom socialtjänstom-

rådet. Detta utvecklingsarbete bör göras på både nationell och internationell nivå.

Användning av ICF och den biopsykosociala modellen

Inom delprojektet har ICF¹⁰ varit en utgångspunkt för att studera om och hur ICF kan användas som struktur och ett gemensamt språk för att beskriva den enskildes hälsa och hälsorelaterade tillstånd. ICF är professionsneutralt och oberoende av verksamhet, vilket har varit en fördel i utvecklingen av ett gemensamt språk. Resultatet från delprojektet visar att ICF kan användas för att beskriva funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat på olika detaljeringsnivåer inom olika verksamhetsområden. Den biopsykosociala modellen är ett stöd i arbetet för att identifiera begrepp för att beskriva hälsa utifrån psykologiska, biologiska och sociala dimensioner av välbefinnande.

Inom delprojektet gjordes bedömningen att beskrivningarna som finns ICF är en tillgång i utvecklingen av ett gemensamt språk. Utan dessa beskrivningar hade arbetet fått inledas från i stort sett noll, och detta hade medfört terminologiskt arbete med begreppsanalys och med att ta fram definitioner och/eller beskrivningar. Vissa begrepp i ICF var svåra för verksamhetspersonalen att ta till sig till en början, men efter ett tag användes de lika frekvent som alla andra begrepp i verksamheten. Arbetet inom delprojektet har även resulterat i förslag på revideringar av beskrivningar och benämningar. För att underlätta användning av ICF i it-systemen har korttermer av ICF-kategorierna tagits fram och dessa fick stor acceptans vid remissomgången.

Idag dokumenteras eventuella funktionsnedsättningar i fritext, t.ex. med alternativen ”lite svårt”, ”stora svårigheter” och ”måttliga problem”. Ett sätt att strukturera svarsalternativen har varit att pröva användning av bedömningsfaktorerna i ICF. Inom delprojektet har dessa testats inom flera områden. Bedömningsfaktorerna har använts för att bedöma aktuellt funktionstillstånd men även för att sätta mål. Utvärderingarna visar att verksamhetsföreträdarna i de olika delområdena ställer sig positiva till användning av bedömningsfaktorerna, men några upplever vissa svårigheter med att använda dem. Test-retest-reliabilitet samt interbedömarreliabilitet har prövats för inventeringsverktyget inom psykiatrin. Resultatet visar på god reliabilitet. Interbedömarreliabiliteten kommer även att testas inom projektet ”Utveckling av instrument som underlag för behovsbedömning inom äldreomsorgen”.

Ibland behövs dokumentation av funktionstillstånd på en mer övergripande nivå och ibland på en mer detaljerad nivå. De hierarkiska strukturerna inom de olika hälsokomponenterna i ICF har varit en tillgång. Dessa hierarkiska strukturer har underlättat för personalen att förstå hur begreppen är relaterade till varandra på de olika nivåerna. I vissa fall har ICF inte varit tillräckligt detaljerat. Då har ytterligare specificering av ICF tydliggjorts genom s.k. klassifikationsträd.

¹⁰ Här avses även ICF-CY

För praktisk tillämpning av ICF inom olika verksamhetsområden krävs urval med ICF-kategorier. Ett resultat är framtagna urval för socialtjänsten för äldre, vårdplanering för strokepatienter, kartläggning av behov för personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn- och skolhälsovård. Det pågår ett arbete med att ta fram ett urval för kommunal hälso- och sjukvård.

Under projekttiden har det framförts viss kritik mot användning av ICF. Kritiken har bland annat handlat om att ICF inte täcker alla detaljer som behövs i dokumentationen för att beskriva hälsa. Detta är dock beroende av vilken detaljeringsgrad som efterfrågas för att beskriva hälsa. ICF har inte alltid den detaljeringsgrad som finns i Snomed CT, men ger en gemensam övergripande struktur för att beskriva hälsa. ICF täcker inte heller etiologi, dvs. bakomliggande variabler till sjukdomar och patologiska tillstånd, och inte heller mer övergripande begrepp såsom allmän hälsa, livskvalitet och välbefinnande. Annan kritik är att strukturen i ICF inte stämmer med den process som en del professioner är vana att följa när de dokumenterar. Alla professioner har sitt sätt att dokumentera den egna processen och informationen i de olika processtegen. I den dokumentation som delas mellan olika professioner behövs därför en gemensam struktur som är professionsneutral för att beskriva hälsa, och där kan ICF vara ett stöd. Ett resultat från delprojektet är att ICF-strukturen kan användas i processtegen för att kategorisera frågeställningen och beskriva funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov samt följa resultat och måluppfyllelse för att få en multiprofessionell dokumentation. I vård- och omsorgsprocessen måste även annan information dokumenteras, t.ex. diagnoser och åtgärder. Här kan de övriga delarna i det nationella fackspråket komplettera.

Erfarenheter från testverksamheter

Tester av det nationella fackspråket inom olika områden har varit en förutsättning för att utvärdera om informationen är relevant och att urvalet ur det nationella fackspråket täcker behovet. I några tester har syftet även varit att pröva och utvärdera det systematiska arbetssättet utifrån kärnprocessen i nationell informationsstruktur. Dessa tester har gjorts via mallar på papper och vid sidan om ordinarie dokumentation. Erfarenheterna är att tillämpningar behövs för att bekräfta relevansen och kvaliteten i det framtagna resultatet.

Utvärderingen har fångat både det som är positivt och det som behöver förbättras. Utvärderingen av testerna visade att informationsinnehållet var relevant och att acceptansen för begreppen och termerna var stor. Fortsatt utvecklingsarbete och testning av ett gemensamt fackspråk behövs genom bl.a. praktiska tillämpningar inom avgränsade verksamhetsområden i datoriserade miljöer. När det gäller metoden för genomförande och utvärdering av testerna har den fungerat bra. Det är dock att föredra att projektledarna genomför testet för att kunna fånga och ta del av de synpunkter som kom fram under introduktion, genomförande och utvärdering.

Utbildning

I utvecklingen av gemensamt språk behövs utbildning för ett antal användare som ska ha avancerad kunskap om de olika delarna inom det nationella fackspråket. Dessa användare, och även en bredare grupp vanliga användare, behöver få en grundläggande förståelse för syftet med Nationell eHälsa och den gemensamma informationsstrukturens betydelse i sammanhanget. Utbildning behövs om både metoder och övriga delar av det nationella fackspråket: klassifikationer och kodverk, Socialstyrelsens termbank och Snomed CT. Det gemensamma språket bygger även på kunskap om den biopsykosociala modellen som ska ge en gemensam referensram för att beskriva hälsa utifrån fysiologiska, psykologiska och sociala perspektiv av välbefinnande i relation till omgivningen. Den biopsykosociala modellen och strukturen i ICF bidrar till en gemensam vetenskaplig grund för arbetet med att studera och beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Användarna med avancerade kunskaper behöver också få utbildning i den nationella informationsstrukturen, för att få kunskap om ett processororienterat synsätt och de generiska modellerna. Syftet med utbildningen bör vara att deltagarna ska kunna identifiera informationsinnehållet i den optimala kärnprocessen för vård och omsorg.

Dokumentation

Underlagsrapporter

Följande underlagsrapporter finns tillgängliga:

Vem dokumenterar vad inom kommunal hälso- och sjukvård? Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

Kodning av funktionstillstånd vid rehabilitering inom slutenvård för användning med NordDRG från och med 2011. Vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

Utbildningsmaterial för ICF/ICF-CY. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

Att beskriva behov och insatser med nationell modell - Utvecklingen av en nationell modell för systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation inom äldreomsorgen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

Att inventera behov. Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

Presentationer

Almborg A.-H. Granberg A-K. Multi-professional Terminology – a Common Language – for Needs Assessment in Social Services for Elderly in Sweden. Poster. MIE, 2010, South Africa.

Artiklar

Almborg, A-H, Welmer A-K. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in social services- needs assessment of elderly in Sweden. Disabil Rehab 2012;34(11):959-64

Ståhl Y, Enskär K, Almborg A-H, Granlund M. Contents of Swedish school health questionnaires. British J School Nurs 2011; 6(2):82-88.

Referenser

1. SPRI, Projektets Spriterms slutrapport, 1999.
2. Mäta och öppet redovisa resultaten i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
3. Individbaserad verksamhetsuppföljning för personer som insjuknat i stroke och personer med psykiska funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
4. ICF-en grund för innehåll och struktur i vård- och omsorgs - dokumentationen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
5. Uppdrag angående en nationell informationsstruktur och en nationell terminologi- och klassifikationsresurs för hälso- och sjukvården. Regeringsbeslut. Stockholm: Socialdepartementet; 2007.
6. SNOMED Clinical Terms® User Guide January 2010. Köpenhamn: IHTSD; 2010.
7. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa- barn och ungdomsversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
8. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
9. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
10. Grimby G, Harms-Ringdahl K, Morgell R, Nordenskiöld U, Sunnerhagen KS. ICF- klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd, Ett internationellt utvecklingsarbete. Läkartidningen 2005;102(37):2556-9.
11. Darzins P, Fone S, Darzins S. Viewpoint. The International Classification of Functioning, Disability and Health can help to structure and evaluate therapy. Austral Occup Ther J 2006;53(2):127-131.
12. Riktlinjer för sjukskrivning vid sjukdomar i rörelseorganen - ett kunskapsunderlag. Lund: MORSE; 2009.
13. Larsson M, Lexell J. Delaktighet och omgivningsfaktorer i ICF. Möjligheter och utmaningar vid användning inom rehabilitering. Läkartidningen 2009;13(106): 932-935.
14. Nationell Informationsstruktur - ett regeringsuppdrag inom Nationell ITstrategi för vård och omsorg 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
15. Nationellt fackspråk för vård och omsorg- lägesrapport till Socialdepartementet juni 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
16. Ustun TB, Chatterji S, Kostansjek N, Bickenbach J. WHO's ICF and functional status information in health records. Health Care Financing Review 2003;24(3):77.

-
17. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1978; 310(1): 169-181.
 18. Suls J, Rotman A. Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health psychology* 2004; 23(2):119- 125.
 19. Hälso- och sjukvårdslagen. SFS982:763.
 20. Socialtjänstlagen. SFS 2001:4532001.
 21. Metod för behovsbedömning. Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för behov. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
 22. Liss PE. Målsättningar och verklighet-vård och omsorg i kommunal regi. Del 1 Mål och prioriteringar. Linköping: PrioriteringsCentrum; 2006.
 23. Liss PE. Setting goals in health promotion. A conceptual and ethical platform. *Medicine, Health Care and Philosophy*;1999;3:169-173.
 24. Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
 25. Lindelöf M, Rönnbäck E. Att fördela bistånd. Om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen. Umeå;2004.
 26. Lindelöf M, Rönnbäck E. Biståndshandläggning och handlingsutrymme. Från ansökan till beslut inom äldreomsorgen. Lund: Studentlitteratur; 2007.
 27. Rönnbäck E. Att ta makten och ansvaret för sin utredning. Västernorrland: FoU; 2008.
 28. Almborg A-H, Welmer A-K. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in social services for elderly in Sweden. *Disabil Rehabil* 2012;34(11):959-64.
 29. Vem dokumenterar vad inom kommunal hälso- och sjukvård? Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
 30. Beskriva äldres behov och följa resultat inom kommunal hälso- och sjukvård- Urval ur ICF och KVÅ. Socialstyrelsen: Stockholm; 2013.
 31. Vägledning för funktionskoder vid rehabilitering inom slutenvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
 32. Att inventera behov. Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
 33. RIV Specifikation. Beskrivning av Verksamheten och dess Informationsbehov för Barnhälsodataprojektet. Stockholm: Center för ehälsa i sverkan; 2011.
 34. Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning från sjukhus 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
 35. Almborg A-H. ICF på verksamhetsnivå - tre exempel. Exempel 1 - Att vårdplanera vid utskrivning från slutenvård. Handbok i att använda ICF och ICF-CY. Editor Pless M, Granlund M. Lund: Studentlitteratur; 2011:129-136.

-
36. Nationella riktlinjer för stroke sjukvård 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
 37. Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27). Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
 38. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, Kostanjsek N, Ring H, Stucki G. ICF Core Sets for stroke. J Rehabil Med 2004;36:135-141.
 39. Utbildningsmaterial för ICF. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
 40. Metoder i det nationella fackspråket för vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
 41. Lindelöf M, Rönnbäck E. Att fördela bistånd. Om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet; 2004.

Bilaga 1- Projektets samarbeten

Detta projekt har samarbetat med

Öppna jämförelser:

- Äldres behov och insatser enligt socialtjänstlagen med nationellt fackspråk. Projektledare Ann-Kristin Granberg, Ann-Helene Almborg, Socialstyrelsen
- Äldres behov och åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård med nationellt fackspråk. Projektledare Marianne Lidbrink, Ann-Helene Almborg, Socialstyrelsen.

Kodning av funktionstillstånd vid rehabilitering i slutenvård. Projektledare Ralph Dahlgren och Ann-Helene Almborg, Socialstyrelsen.

andra projekt:

- Inventering av behov av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning, Marianne Björklund, Socialstyrelsen
- Utveckling av instrument som underlag för behovsbedömning inom äldreomsorgen, Elizabeth Åhsberg, Socialstyrelsen
- Barnhälsodataprojektet (informatik), SKL
- Gemensam informationsstruktur för socialtjänsten, SKL och Socialstyrelsen

Dessutom har Socialstyrelsen anlitat Kerstin Holmqvist, Landstinget i Jönköpings län, Torsten Lundmark, Lundmark & Nilsson Konsult AB, Kristin Schoug Bertilsson, Mawell Scandinavia AB, Vedrana Bolic, Linköpings universitet, Anna-Karin Welmer, Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset samt Daniel Karlsson och Mikael Nyström, Linköpings universitet.

Bilaga 2 Vem använder ICF och på vilket sätt?

Sammanställning av webbenkät

Bakgrund

Socialstyrelsen fick ett regeringsuppdrag i maj 2007 att utveckla en nationell informationsstruktur och en nationell terminologi- och klassifikationsresurs. Uppdraget är en del av den nationella IT-strategin för vård och omsorg, [1] numera nationell eHälsa. Målet är att vården och omsorgen ska ha en tillgänglig och säker information om individen.

Projektet nationellt fackspråk för vård och omsorg ska utveckla entydiga, enhetliga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer, och beskriva hur det nationella fackspråket ska förvaltas. I det nationella fackspråket ingår tre delar: begrepp och termer i Socialstyrelsens termbank, klassifikationer och kodverk samt begreppssystemet Snomed CT. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) [2] är en del av det nationella fackspråket, och används för att beskriva hälsa och hälsorelaterat tillstånd. Socialstyrelsen har arbetat med projektet sedan 2007 och rapporterade till regeringen i mars 2011 [3].

I regeringsuppdraget till Socialstyrelsen ingick även att utveckla en nationell informationsstruktur. Arbetet med en nationell informationsstruktur utgår från WHO:s definition av hälsa, och från ICF för att beskriva hälsa och hälsorelaterat tillstånd [4] i vårdens och omsorgens kärnprocess. ICF kan i det sammanhanget användas för att beskriva hälsorelaterat tillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat.

För att informationen inom vård och omsorg ska kunna kommuniceras och användas med bibehållet innehåll i olika sammanhang och för olika syften, över organisatoriska gränser och över tid behövs ett nationellt fackspråk och en gemensam informationsstruktur. Idag sker en stor del av dokumentationen utifrån varje professions begrepp, termer och struktur. Detta innebär att när flera professioner dokumenterar om en individ kan samma information finnas på flera ställen, och ha olika innebörd för de professioner som dokumenterar. Detta medför en risk för misstolkningar som kan påverka patientsäkerheten, och säkerheten för brukare. Det blir också svårare att få en helhetsbild av individens hälsa och hälsorelaterade tillstånd, och vilken vård och omsorg som individen har behov av, och faktiskt får. Detta försämrar kvaliteten i vård- och omsorgsprocessen och försvårar även verksamhetsuppföljningen [3]. Därför behövs enhetliga och entydiga begrepp, termer och klassifikationer i patientjournaler och personakter. Där kan ICF vara ett stöd för att skapa ett gemensamt språk mellan professionerna.

Klassifikationen för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

ICF är utvecklad och godkänd av WHO [5](2001) för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd, som komplement till International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) som diagnostiserar olika skador, stör-

ningar och sjukdomar. WHO uppmanar medlemsländerna att använda ICF, som översattes till svenska 2003[2].

WHO skriver: ”Det övergripande målet för klassifikationen är att erbjuda ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd.” [2, s 9]

ICF har kompletterats med kategorier för att även täcka barn och ungdomars utveckling. År 2009 antog WHO ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health – Child and Youth), vilken översattes till svenska 2010 [6].

Syften med ICF

Syftet med ICF är att

- det ska skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd
- tillhandahålla jämförelser av data mellan länder, mellan olika delar av verksamheter samt över tid
- ge en vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd, deras konsekvenser och bestämningsfaktorer
- skapa ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystem.

ICF för olika ändamål

ICF kan användas för olika ändamål som t.ex. ett

- praktiskt verktyg för att bedöma behov och specifika tillstånd samt för att utvärdera resultat
- statistiskt verktyg för att samla in och sammanställa data för olika syften
- verktyg för forskning för att mäta till exempel resultat och livskvalitet
- socialpolitiskt verktyg för att planera till exempel ersättningssystem och införa regelverk
- redskap för att utbilda och utforma till exempel kursplaner.

Den biopsykosociala modellen

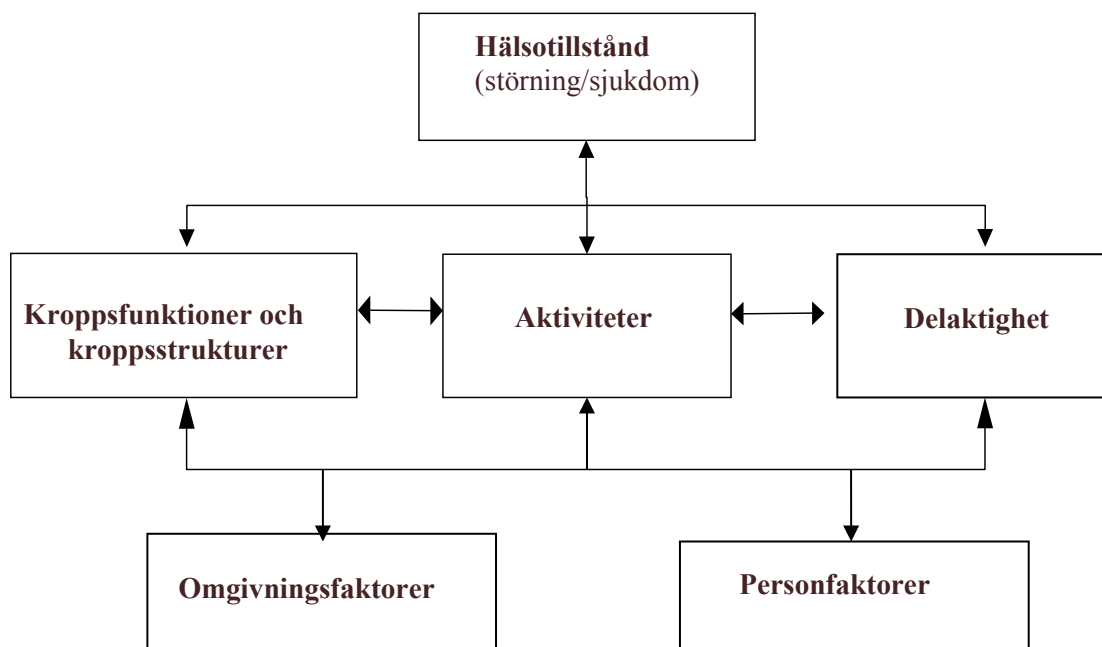
ICF utgår från den biopsykosociala modellen (Figur 1), som innefattar fysiologiska, psykologiska och sociala dimensioner för att studera och beskriva hälsa. Den biopsykosociala modellen publicerades av psykiatrikern Engel på 1970-talet för att han ansåg att den biomedicinska modellen var för snäv för att beskriva hälsa. Han ansåg att det saknades något inom den traditionella biomedicinska världen, eftersom man fokuserade på själva sjukdomen och det som orsakar sjukdom. Dessutom sågs patienten som ett objekt [7]. Den biomedicinska modellen fokuserade inte på patientens upplevelse av ohälsa och tog inte hänsyn till andra dimensioner än de rent medicinska. Enligt Engel utgick den biomedicinska modellen från att de biologiska företeelserna förklaras av molekylär biologi, att man skiljer kroppen från själen och att det som inte går att förklara med molekylär biologi utesluts. Engel visar på att det finns en skillnad mellan sjukdom och upplevelse av ohälsa. För att fånga patientens upplevelse av hälsa måste man belysa andra dimensioner, varför han utvecklade den biopsykosociala modellen. Sedan 1980-talet har grund-

forskning och tillämpad forskning inom en rad olika viktiga områden bekräftat värdet av den biopsykosociala modellen och visat hur biologiska, psykologiska och sociala processer interagerar för att påverka resultatet på hälsan [7].

ICF-komponenter

ICF består av två delar med vardera två komponenter i den biopsykosociala modellen (Figur 1). Den första delen är funktionstillstånd med komponenterna kroppsfunktioner (b) och strukturer (s), samt aktiviteter och delaktighet (d). Den andra delen är kontextuella faktorer med komponenterna omgivningsfaktorer (e) och personliga faktorer.

Figur 1. ICF-modellen med de olika komponenterna och interaktionen mellan dessa



Funktionstillstånd är en övergripande term som omfattar kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet. På samma sätt är funktionshinder en övergripande term för funktionsnedsättningar, strukturavvikelser, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar. ICF skattar olika aspekter av individens fungerande och inte själva individen varför ICF har en allmängiltig tillämpning.

Kroppsfunktioner är fysiologiska funktioner i kroppen (inklusive psykologiska funktioner) och kroppsstrukturer är anatomiska delar av kroppen. Funktionsnedsättningar är problem i kroppsfunktion. Strukturavvikelse kan innefatta abnormitet, defekt, förlust eller annan påvisbar avvikelse av kroppsstruktur.

Aktivitet innebär en persons genomförande av en uppgift eller handling. Aktivitetsbegränsningar är svårigheter en person kan ha i att utföra aktiviteter. Delaktighet innebär engagemang i en livssituation och delaktighetsinskränkningar innebär problem en individ kan uppleva i sitt engagemang i sådana situationer. Inom aktivitet och delaktighet kan kapacitet respektive genomförande bedömas med eller utan assistans och hjälpmedel. Kapacitet motsvaras av en persons förmåga i en mer standardiserad miljö, medan genomförande är en persons förmåga i den miljö som individen befinner sig.

Omgivningsfaktorer är den fysiska, sociala och attitydmässiga miljö i vilken människor lever. Faktorerna kan ha positiv eller negativ påverkan på kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktivitet och delaktighet.

Personfaktorer innebär personliga egenskaper som bland annat kön, ålder, livsstil, vanor, uppfostran, copingstrategier, social bakgrund, utbildning, yrke, allmänna beteendemönster och karaktär, individuella psykologiska tillgångar och egenskaper, som tillsammans eller var och en kan påverka en persons funktionshinder.

Kroppsfunktioner interagerar med omgivningsfaktorerna genom till exempel interaktion mellan ljus och seende, luftkvalitet och andning, omgivnings-temperatur och reglering av kroppstemperatur.

Klassifikationens struktur

Det finns åtta kapitel inom kroppsfunktioner respektive kroppsstrukturer. Inom aktivitet och delaktighet finns det nio kapitel och inom omgivningsfaktorer finns det fem kapitel. ICF består av en hierarkisk struktur för de olika komponenterna. Kapitelnivån (1:a nivån) är den mest övergripande och den följs av kategorier på olika nivåer från 2:a till 5:e nivån. Till varje kapitel respektive kategori finns det en textuell beskrivning. ICF-koden börjar med bokstaven för komponenten och därefter betecknas första nivån (kapitelnivå) av en siffra, andra nivån av tre siffror, tredje nivån av fyra siffror osv. beroende på vilken detaljeringsnivå som väljs. ICF innehåller också bedömningsfaktorer för de olika komponenterna.

Praktisk tillämpning av ICF

Core sets

För att underlätta användningen av ICF kan ett standard urval av ICF kategorier så kallade core sets göras för en diagnosgrupp [8] eller specifik verksamhet exempelvis akutvård och tidig postakut rehabilitering [9]. ICF core sets bidrar till: att beskriva den enskildes hälsa och hälsorelaterade tillstånd med ett gemensamt språk utifrån de olika komponenterna; att tydliggöra de olika team-medlemmarnas roller i teamet och ett ökat teamarbete [10]. På uppdrag av WHO har en forskargrupp i internationellt samarbete tagit fram så kallade ICF core sets för bland annat de 12 vanligaste medicinska diagnoserna som ofta leder till långvariga funktionsnedsättningar. De olika core sets fördelas på följande sätt:

- muskuloskeletala diagnoser: ländryggssmärta [11], osteoartrit [12], osteoporos [13] reumatoid artit [14]
- neurologiska diagnoser: stroke [15], depression [16], långvarig generaliserad smärta [17]
- internmedicinska diagnoser: bröstcancer [18], kronisk ischemisk hjärtsjukdom [19], diabetes mellitus [20], fetma [21] och kronisk obstruktiv lungsjukdom [22].

Ytterligare tre ICF core sets har utvecklats för akutvård inom muskuloskeletala tillstånd, hjärt-, kärl – och andningstillstånd samt neurologiska tillstånd [23-25]. För den tidiga postakuta vården finns fyra olika core sets som gäller geriatrika patienter, hjärt-, kärl – och andningstillstånd samt neurologiska tillstånd [26-29]. Dessutom har core sets utvecklats för multiple sclerosis [30] och sleep disorders [31] och biopolär sjukdom [32].

Det pågår forskning för att ta fram core sets för andra diagnoser och verksamheter t ex cancer i huvud och nacke [33]. Det pågår även forskning för att ta fram så kallade code sets, dvs. urval ur ICF-CY för att stödja barn i viktiga vardagliga situationer till exempel att umgås med vänner [34]. Det har även utvecklats specifika regler (linking rules) för att kunna länka den information som finns i olika typer av bedömningsinstrument, checklistor, formulär och annan skriftlig dokumentation [35, 36] till ICF.

Olika användningsområde

Idag används ICF inom flera verksamheter, exempelvis hälso- och sjukvård (landsting respektive kommun), Försäkringskassan, företagshälsovård och rehabilitering/habilitering. ICF kan användas för att få struktur i till exempel journaldokumentation, intyg och olika typer av planer [8]. ICF kan användas för att strukturera team-baserad dokumentation. Detta för att underlätta förståelsen av individens funktionstillstånd och vilka mål man ska uppnå med åtgärderna. Det underlättar även för andra vård- och omsorgsgivare utanför teamet att ha samma språk [37]. ICF används även inom olika vårdprogram, exempelvis dysarti [38]. Tidigare studier visar att den enskildes förmåga belyses på ett bättre sätt med ICF än på traditionellt sätt [39]. ICF-modellen kan vara till stor hjälp för att beskriva och bedöma hälsa och hälsorelaterat tillstånd, dels för att den lyfter fram de viktigaste komponenterna på ett bättre sätt, dels för att den tydliggör interaktionen dem emellan [39]. ICF-modellen kan även bedöma behov, sätta mål och utvärdera resultat [2].

Tidigare forskning visar att hinder i omgivningen påverkar en persons delaktighet negativt. Därför är det viktigt att identifiera underlättande faktorer i omgivningen och förändra de hindrande omgivningsfaktorerna i positiv riktning för att öka personens delaktighet [40]. ICF bidrar till att fokusera på delaktighet och på omgivningen vilket därför ökar möjligheten till att utveckla rehabiliteringen för personer med funktionshinder [40].

ICF används för att bedöma arbetsförmågan i olika läkarintyg och läkarutlåtande till Försäkringskassan [39]. ICF kan bidra till att bättre belysa hur sjukdomen påverkar den enskilde och hans eller hennes arbetsförmåga. ICF möjliggör även att man lyfter fram de områden som är viktiga för personen

och att man kan sätta fokus på eventuella riskfaktorer, men även friskfaktorer som är viktiga för arbetsförmågan [39]. ICF bidrar även till att skapa det gemensamma språket mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan [39].

Enligt Försäkringskassans föreskrifter [41] ska företagshälsovården använda ICF när de utfärdar läkarutlåtande eller läkarintyg till Försäkringskassan för att beskriva funktionsnedsättning och förmåga till aktivitet. Bedömningsfaktorerna används för att beskriva den försäkrades funktionstillstånd i ett särskilt läkarutlåtande [42]. Olika landsting, till exempel landstinget i Uppsala län, har även infört ett handlingsprogram för att kvalitetssäkra sjuk-skrivningsprocessen där ICF används.

Inom olika nationella projekt på Socialstyrelsen används ICF för att beskriva hälsorelaterat tillstånd och behov. Inom projektet Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning (InfoVU) användes ICF inom strokesjukvården för att bedöma funktionstillstånd, sätta mål samt följa upp resultat i samband med utskrivning från slutenvården [43, 44] med bra resultat. Inom nationella riktlinjer för strokesjukvård finns ICF i en checklista för att beskriva funktionstillståndet inför vårdplanering i samband med utskrivning från slutenvården [45].

ICF har även prövats för att beskriva den enskildes funktionstillstånd och behov i behovsbedömningen inom socialtjänsten i ett tidigare projekt (InfoVU) på Socialstyrelsen. Biståndshandläggarna upplevde att ICF gav ett gott stöd i arbetet [46]. Inom regeringsuppdraget Öppna jämförelser inom äldreomsorgen [47, 48] kommer ICF att användas för att beskriva äldres behov och insatser inom äldreomsorgen [45, 49]. Inom projektet ”Äldres behov och insatser med nationellt fackspråk” har en modell utvecklats som innehåller ett systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation för att beskriva äldres behov enligt Socialtjänstlagen (SoL) utifrån nationell informationsstruktur. ICF används för att kategorisera frågeställningen i ansökan, bedöma hälsotillståndet, sätta mål, bedöma behov och följa resultat. Projektet har även utvecklat ett förslag på sociala insatser som utgår ICF. Modellen har tagits emot mycket positivt av verksamhetsföreträdare och ledning i kommunerna som ett stöd för det lokala arbetet [45, 49]. Likaså prövas ICF för att beskriva äldres behov inom den kommunala hälso- och sjukvården [50].

I ett annat nationellt arbete används även ICF för att kartlägga behoven hos personer med psykiska funktionsnedsättningar [51]. Inom DRG används ICF för att koda funktionstillstånd utöver diagnos och åtgärdsklassificering vid rehabilitering inom slutenvården sedan år 2011 [52].

Syfte och metod

Syftet med denna studie var att kartlägga användningen av ICF inom olika verksamheter för att få underlag för en fortsatt tillämpning av ICF.

Socialstyrelsen har kartlagt användningen av ICF via en enkät som varit publicerad på vår webbplats under perioden april–maj 2009. Vi skickade information om studien och webbenkäten till kontaktpersoner i landsting och kommuner som är knutna till Nationellt fackspråk för vård och omsorg. Ytterligare information om studien gavs på olika konferenser.

Enkäten innehöll elva frågor. Sex frågor hade strukturerade svar och resterande frågor var öppna. Vi har gjort en innehållsanalys av de öppna frågorna och därefter bildat kategorier.

Resultat

Resultatredovisningen omfattar de 124 personer som besvarat frågorna om de använt ICF och inom vilket område.

Inom vilken verksamhet använder du ICF?

Totalt har 124 personer svarat varav 61 (49 procent) personer använder ICF inom kommun, 60 (48 procent) personer inom landsting och 3 personer inom utbildning och forskning.

Vilken inriktning har verksamheten?

Svaren till denna öppna fråga har analyserats och kategoriserats. Totalt angavs 145 verksamheter (Tabell 1), fördelat på hälso- och sjukvård (72 procent), äldre-, handikapp- och familjeomsorg och LSS (26 procent) samt tre verksamheter inom forskning och utbildning. Inom hälso- och sjukvård uppgavs 104 verksamheter, där 25 procent var inom rehabilitering, 13 procent inom kommunal hälso- och sjukvård och 10 procent inom psykiatri.

Tabell 1. Inriktning på verksamheten

Inriktning på verksamhet	antal svar*
Hälso- och sjukvård (generellt)	13
Akutsjukvård	4
Kvinnosjukvård	1
Intensivvård	2
Kirurgi	1
Onkologi	1
Ortopedi	1
Medicin	2
Geriatrisk	2
Primärvård	2
Psykiatri	10
Rehabiliteringsmedicin	7
Rehabilitering	26
Habilitering	9
Kommunal hälso- och sjukvård	14
Hemsjukvård	9
Äldreomsorg	23
Individ- och familjeomsorg	2
Handikappomsorg	11
LSS	2
Utbildning	2
FoU	1

*Internt bortfall = 6 svar

På vilket sätt används ICF?

De öppna svaren innehöll ett eller flera meningsbärande begrepp, som sammanfördes till olika användningsområden (Tabell 2). ICF används framför allt som ett praktiskt verktyg. Över hälften av svarspersonerna har angett att de använder ICF i journalen, en tredjedel använder ICF som sökord, cirka 20 procent använder ICF som gemensamt språk, och 15 procent vid kartläggning och bedömning av tillstånd. Svarspersonerna har även uppgett att de använder ICF som ett statistiskt verktyg, dvs. för att jämföra data.

Tabell 2. Antal svar för respektive användningsområde

Användningsområde	antal svar*
<i>Kliniskt/praktiskt verktyg</i>	
i journal	71
som sökord	36
multiprofessionellt – gemensamt språk	28
vid kartläggning/bedömning av tillstånd	18
vid vårdplanering och i olika typer av planer	14
i mål/måluppfyllelse	9
i åtgärder	7
som struktur	7
som begreppsram	7
i rehabiliteringsprogram	6
i bedömningsinstrument	4
i akter/genomförandeplaner i socialtjänst	4
i slutanteckning	2
som core sets	1
vid bedömning av sjukskrivningsgrad till Försäkringskassan	1
i intyg	1
vid förskrivning av hjälpmedel	1
<i>Statistiskt verktyg - jämföra data</i>	
i verksamhetsuppföljning	4

*Internt bortfall = 29 svar

Används bedömningsfaktorerna?

34 personer (27 procent) har svarat ja, dvs. att bedömningsfaktorerna används och 84 personer (68 procent) nej (bortfall = 3).

På vilket sätt?

De öppna svaren från 23 personer (Tabell 3) har analyserats och resultatet visar att bedömningsfaktorerna används främst för att beskriva graden av problem.

Tabell 3. Antal svar för respektive användningsområde för bedömningsfaktorer

Användningsområde	antal svar
som beskrivning av grad av problem	10
vid bedömning	5
vid länkning av bedömningsinstrument	2
vid uppföljning av resultat	2
vid mål	1

Vilka yrkeskategorier använder ICF?

Det är framför allt arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, läkare och kuratorer som använder ICF (Tabell 4).

Tabell 4. Antal användare fördelat på yrkeskategori

Yrkeskategori	antal*
Arbetsterapeuter	88
Biståndshandläggare	4
Dietist	16
Kurator	32
Logoped	20
Läkare	33
Psykolog	28
Sjukgymnast	83
Sjuksköterska	73
Socialsekreterare	2
Specialpedagog/pedagog	5
Undersköterska	26
Vårdbiträde	6
Övriga användare var:	
socialt ansvarig samordnare, dokumentationsombud och kvalitetssäkringssamordnare, barnhjälpmedelskonsulenter, behandlingsassistent och mentalskötare, ergonomer och socionomer, kiropraktiker, fritidskonsulent (2 st.), uroterapeut, MAS, verksamhetschef, utvecklingsledare, barnmorskor (2 st.) samt KBT-specialiserad personal, FoU-handledare, audionom, habiliteringsassistenter i arbetet med individuell målplanering, boendestödare, personal på dagverksamheten	

*internt bortfall = 11 svar

Hur länge har ICF använts i dokumentationen?

50 procent (62 svarspersoner) har använt ICF i 0–12 månader, 17 procent (21 svarspersoner) i 13–24 månader och 26 procent (32 svarspersoner) i mer än 24 månader (internt bortfall på 9 svarspersoner).

Hur länge har ICF använts i datoriserad dokumentation?

Användningen av ICF i datoriserad dokumentation varierar (Tabell 5). 40 procent har använt ICF 0–12 månader, 10 procent i 13–24 månader och 21

procent i mer än två år. 20 procent av svarspersonerna har inte använt ICF i datoriserad dokumentation.

Tabell 5. Antal användare av ICF i datoriserad dokumentation

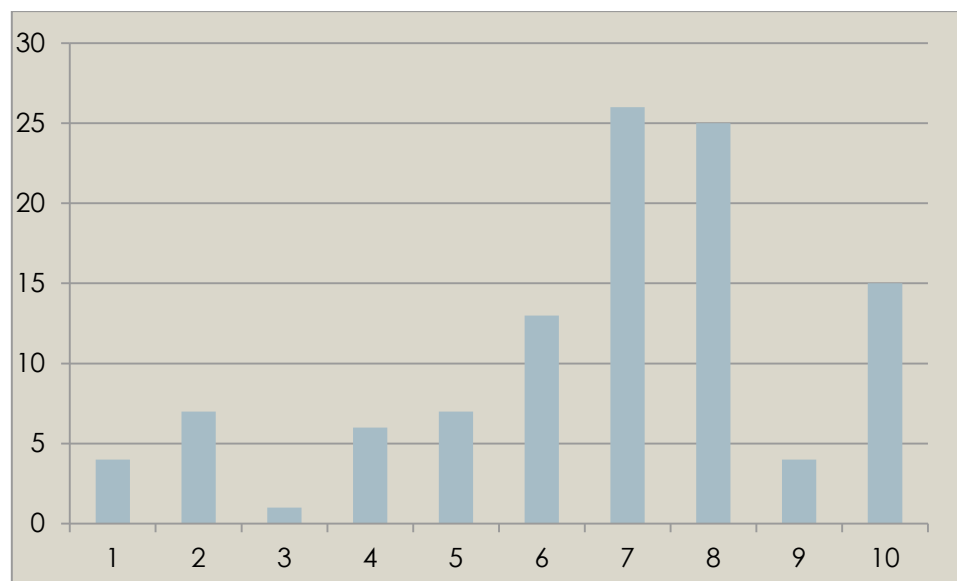
Hur länge	antal*
Används ej	25
0–12 mån	49
13–24 mån	13
>24 mån	26

*internt bortfall = 11 svar

Hur användbar är ICF?

Svarspersonerna fick gradera användbarheten på en skala från 1 = inte alls användbar till 10 = mycket användbar. Resultatet visar ett medelvärde på 6,7. 77 procent av svarspersonerna låg på den övre delen av skalan (Figur 2) (internt bortfall = 16 svar).

Figur 2. Antal svarspersoner fördelat på en skala för användbarhet



Vilka möjligheter ser du med tillämpningen av ICF?

Svaren från 85 svarspersoner har bearbetats med innehållsanalys. Begreppen har sammanförts till olika områden. Svarspersonerna ser att ICF ger möjlighet till ett gemensamt språk, att ICF utgår från individens behov, ger en tydlig gemensam struktur och systematisk utvärdering samt förbättrad multiprofessionell bedömning (Tabell 6).

Tabell 6. Antal svar fördelat per område för möjligheter med användning av ICF

Möjligheter	antal
gemensamt språk – gemensam begreppsvärld	76
utgår från individens behov	17
tydlig gemensam struktur	16
ger systematisk utvärdering på individ- och gruppnivå och statistik	13
förbättrad multiprofessionell bedömning	13
vid målformulering	5
minskar dubbeldokumentation	4
bättre och säkrare vård och omsorg	3
kompletterar medicinsk terminologi	3
utveckling av bedömningsfaktorer	2

Vilka svårigheter ser du med tillämpningen av ICF?

Svaren (från 74 svarspersoner) visar att de vanligaste svårigheterna (Tabell 7) som anges är: ”det är svårt att övergå till annat språk”, ”alla förstår inte ICF, det krävs ett nytt tankesätt” och ”ICF är relativt komplicerat”.

Tabell 7. Antal svar fördelat per område för svårighet

Svårigheter	antal
svårt att gå över till annat språk	13
alla förstår inte ICF, det krävs ett nytt tankesätt	11
ICF är relativt komplicerat	11
krävs konsensus om ordens betydelse	8
ICF täcker inte allt	7
långa benämningar som är svåra att använda	6
avsaknad av utbildning och riktlinjer för användning	6
nuvarande sökord stämmer inte	4
svårt att hitta rätt nivå	2
svårt med struktur i datorn	2

Diskussion och slutsatser

Kartläggningen visar att ICF används inom olika verksamheter, men framför allt inom vården och där inom rehabilitering. Det är bara en fjärdedel som svarat att de använder ICF inom omsorgen. Denna bild kommer eventuellt att förändras då det pågår flera utvecklingsarbeten både lokalt och nationellt för att införa ICF inom både vård och omsorg.

ICF utvecklades som ett komplement till diagnosklassifikationen. Vad som ofta saknas i dokumentationen är länken mellan diagnos och behandling och resultat av behandlingen kopplat till det som är meningsfullt i individens liv dvs. begränsningar i det dagliga livets aktiviteter och hur dessa fungerar i individens omgivning [53]. Idag dokumenterar varje profession för sig i ”stuprör” och den sker inte utifrån en gemensam referensram. Genom att använda ICF som ett gemensamt språk i kärnprocessen för att beskriva individens hälsa och hälsorelaterade tillstånd kan det bidra till en ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation.

Den biopsykosociala modellen

Studien visar att verksamheterna använder ICF som en vetenskaplig grund, vilket kan tolkas som att den biopsykosociala modellen stämmer väl med respektive professions sätt att studera och beskriva hälsa och hälsorelaterat tillstånd. Det är en fördel om professionerna kan få en samsyn på hur man ser på hälsa och hälsorelaterat tillstånd och att de olika hälsokomponenterna i den biopsykosociala modellen interagerar. Detta kommer att underlätta i utvecklingen av en ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation för att beskriva och dokumentera olika hälsorelaterade tillstånd utifrån en gemensam syn. Genom att använda de olika hälsokomponenterna i ICF kan den enskildes behov av vård- och omsorg tydliggöras och därmed bidra till att öka den enskildes välbefinnande. Modellen stödjer synsättet att den person som det gäller ska vara och ges möjlighet att vara delaktig i samhället. Detta medför att modellen kan användas inom flera olika verksamheter såsom vård, omsorg, skola, försäkringskassa m.m. för att beskriva hälsa utifrån samma begreppsram.

ICF som gemensamt språk

Enligt resultatet är det framför allt arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, läkare och kuratorer som använder ICF. Detta visar på att ICF är användbart för flera olika professioner för att kartlägga och bedöma tillstånd och behov, målformulering och uppföljning av resultat, vilket får stöd i tidigare forskning [37]. Dessa områden är viktiga delar för att dokumentera individens vård och omsorg i kärnprocessen och ligger i linje med den nationella informationsstrukturen.

ICF kan ses som den språkliga bryggan mellan professioner och verksamheter då det är professionsneutralt. En fördel med ICF är att alla kapitel och kategorier har textuella beskrivningar, vilket ger entydiga begrepp och risken för missförstånd elimineras i kommunikationen och dokumentationen. Man kan inte bortse från det arbete som ligger bakom ICF. Professioner från mer än 60 länder har bidragit i att utveckla ICF. ICF som en möjlig väg för tvärprofessionell dokumentation har tidigare belysts i en rapport från Socialstyrelsen [54]. Idag används ICF i cirka 100 kommuner som gemensamt språk i dokumentation inom den kommunala hälso- och sjukvården. För att underlätta användningen av ICF behövs ett fortsatt arbete för att ta fram olika urval. Det kan vara core sets för olika diagnosgrupper eller code sets för specifika vardagliga situationer.

ICF som statistiskt verktyg

Resultat visar att ICF även används för statistiska ändamål vid verksamhetsuppföljning. Detta ligger i linje med pågående arbete på Socialstyrelsen inom bland annat Öppna jämförelser för att beskriva behov inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården [45, 49, 50] och inom Nord DRG för att beskriva funktionstillstånd vid rehabilitering inom slutenvården [52]. Sammanställningar av olika gruppers funktionstillstånd och funktionshinder på olika nivåer kan även utgöra grund för att planera samhällets vård och omsorg från lokal till nationell nivå men även för samhällsplanering totalt.

Bedömningsfaktorerna i ICF

Resultatet visar att cirka 25 procent använder bedömningsfaktorerna för att beskriva graden av problem. I dagens dokumentation finns information i fritextfält om den enskildes olika grader av problem och begränsningar. Här ger bedömningsfaktorerna möjlighet till strukturerad dokumentation som kan återanvändas för olika syften till exempel verksamhetsuppföljning på olika nivåer.

ICF ger även möjlighet att beskriva både positiva och negativa aspekter dvs. även individens resurser kan beskrivas. Olika arbeten pågår för att utvärdera bedömningsfaktorerna om reliabilitet och validitet. Bedömningsfaktorerna har prövats och utvärderats inom nationella projekt inom socialtjänsten för att beskriva äldres behov, men även i en kartläggningsenkät för personer med psykiska funktionsnedsättningar [51]. Bedömningsfaktorerna används även inom den öppna hälso- och sjukvården för att bedöma arbetsförmågan i läkarutlåtanden till Försäkringskassan [42].

Behov av utbildning om ICF

Resultatet visar att majoriteten ställer sig positiva till ICF:s användbarhet. De svårigheter som lyfts fram är bland annat att övergå till ett annat språk, att förstå ICF och att anamma ett nytt tankesätt. Svårigheterna skulle kunna minimeras med information och utbildning om ICF. Det finns nu ett publicerat

informations- och utbildningsmaterial på Socialstyrelsens webbplats, vilket ska kunna användas i olika verksamheter. En del universitet och högskolor har även kurser om ICF. En studie [55] visar att även brukarorganisationer behöver kännedom om och utbildning kring ICF. Detta för att de ska kunna möta de myndigheter och professionella som använder sig av klassifikationen på lika villkor.

Slutsatser

- Verksamheter inom vård och omsorg använder ICF i datoriserade journaler, som sökord och som gemensamt språk.
- Den biopsykosociala modellen ger en gemensam referensram och ICF bidrar till en struktur och ett gemensamt språk i kärnprocessen inom vård och omsorg för att beskriva individens hälsa och hälsorelaterade tillstånd, sätta mål och bedöma behov samt följa resultat.
- ICF används idag i ringa grad som statistiskt verktyg för bland annat verksamhetsuppföljning, men det finns utvecklingsmöjligheter inom detta område både lokalt, regionalt och nationellt.
- Majoriteten ställer sig positiva till ICF:s användbarhet och ser många möjligheter med ICF.
- Det behövs en fortsatt utveckling av standard urval (core sets respektive code sets) för att underlätta användningen av ICF.

Referenser i bilaga

1. Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Var står vi idag? Lägesrapport. Stockholm: Socialdepartementet; 2007.
2. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
3. Nationellt fackspråk för vård och omsorg- lägesrapport till Socialdepartementet juni 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Nationell informationsstruktur för vård och omsorg. Modeller med beskrivningar. En delrapport från projektet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
5. International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization: Geneva; 2001.
6. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa- barn och ungdomsversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
7. Suls J, Rotman A. Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. Health psychology 2004;23(2):119- 125.
8. Grimby G, Harms-Ringdahl K, Morgell R, Nordenskiöld U, Sunnerhagen KS. ICF- klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd, Ett internationellt utvecklingsarbete. Läkartidningen 2005;102(37):2556-9.
9. Stucki G, Melvin J. ICF core sets for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. Disabil Rehabil 2005;27(7-8):349-473.
10. Schulz S. Application and use of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in rehabilitation practice and research – an updated literature review. Århus: Marselisborg centret; 2008.
11. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jäckel W, van der Linden S, Kostanjsek N, de Bie R. ICF Core Sets for low back pain. J Rehabil Med 2004;36:69-74.
12. Dreinhöfer K, Stucki G, Ewert T, Huber E, Ebenbichler G, Guenbrunner C, Kostanjsek N, Cieza A. ICF Core Sets for osteoarthritis. J Rehabil Med 2004;36:75-80.
13. Cieza A, Schwarzkopf SR, Sigi T, Stucki G, Melvin J, Stoi T, Woolf A, Kostanjsek N, Walsh N. ICF Core Sets for osteoporosis. J Rehabil Med 2004;36:81-86.
14. Stucki G, Cieza A, Geyh S, Battistella L, Lloyd J, Symmons D, Kostanjsek N, Schouten J. ICF Core Sets for rheumatoid arthritis. J Rehabil Med 2004;36:87-93.
15. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, Kostanjsek N, Ring H, Stucki G. ICF Core Sets for stroke. J Rehab Med 2004;36:135-141.

-
16. Cieza A, Chatterji S, Andersen C, Cantista P, Herceg M, Melvin J, Stucki G, de Bie R. ICF Core Sets for depression. *J Rehabil Med* 2004;36:128-134.
 17. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Kullmann L, Stoll T, Kamen L, Kostanjsek N, Walsh N. ICF Core Sets for chronic widespread pain. *J Rehabil Med* 2004;36:63-68.
 18. Brach M, Cieza A, Stucki G, Füßl M, Cole A, Ellerin BE, Fialka-Moser V, Kostanjsek N, Melvin J. ICF Core Sets for breast cancer. *J Rehab Med* 2004;36:121-127.
 19. Cieza A, Stucki A, Geyh S, Berteanu M, Quftan M, Simon A, Kostanjsek N, Stucki G, Walsh N. ICF Core Sets for chronic ischaemic heart disease. *J Rehabil Med* 2004; 36: 94-99.
 20. Ruof J, Cieza A, Wolff B, Angst F, Ergeletzis D, Omar Z, Kostanjsek N, Stucki Gerold. ICF Core Sets for diabetes mellitus. *J Rehabil Med* 2004;36:100-106.
 21. Stucki A, Daansen P, Fuessl M, Cieza A, Huber E, Atkinson R, Kostanjsek N, Stucki G, Ruof J. ICF Core Sets for obesity. *J Rehabil Med* 2004; 36:107-113.
 22. Stucki A, Stoll T, Cieza A, Weigl M, Giardini A, Wever D, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Sets for obstructive pulmonary diseases. *J Rehabil Med* 2004;36:114-120.
 23. Stoll T, Brach M, Huber EO, Scheuringer M, Schwarzkopf S, Konstanjsek N, Stucki G. ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in the acute hospital. *Disabil Rehabil* 2005;27(7/8):381-387.
 24. Boldt C, Grill E, Wildner M, Portenier L, Wilke S, Stucki G, Kostanjsek N, Quittan M. ICF Core Set for patients with cardiopulmonary conditions in the acute hospital. *Disabil Rehabil* 2005;27(7/8):375-380.
 25. Ewert T, Grill E, Bartholomeyczik S, Finger M, Mokrusch T, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Set for patients with neurological conditions in the acute hospital. *Disabil Rehabil* 2005;27(7/8):367-373.
 26. Grill E, Hermes R, Swoboda W, Uzarewicz C, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* 2005;27:411-417.
 27. Stier-Jarmer M, Grill E, Ewert T, Bartholomeyczik S, Finger M, Mokrusch T, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Set for patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* 2005;27(7/8):389-395.
 28. Wildner M, Quittan M, Portenier L, Wilke S, Boldt C, Stucki G, Kostanjsek N, Grill E. ICF Core Set for patients with cardiopulmonary conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* 2005;27(7/8):397-404.
 29. Scheuringer M, Stucki G, Huber EO, Brach M, Schwarzkopf S, Kostanjsek N, Stoll T. ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* 2005;27(7/8):405-410.
 30. Coenen M, Cieza A, Freeman J, Khan F, Miller D, Weise A, Kesselring J. The development of ICF Core Sets for multiple sclerosis: results of

-
- the International Consensus Conference. *J Neurol* 2011; 258(8):1477-1488.
31. Stucki A, Cieza A, Michel F, Stucki G, Bentley A, Culebras A, Tufik S, Kotchabhakdi N, Tachibana N, Ustun B, Partinen M. Developing ICF Core Sets for persons with sleep disorders based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sleep Medicine* 2008; 9(2):191-198.
 32. Vieta E, Cieza A, Stucki G, Chatterji S, Nieto M, Sánchez-Moreno J, Jaeger J, Grunze H, Ayuso-Mateos J L. Developing core sets for persons with bipolar disorder based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar Disorders* 2007; 9(1-2):16-24.
 33. Tschiesner U, Rogers S, Dietz A, Yueh B, Cieza A. Development of ICF core sets for head and neck cancer. *Head and Neck* 2010;32(2):210-220.
 34. Adolfsson M, Malmqvist J, Pless M, Granlund M. Identifying child functioning from an ICF-CY perspective: Everyday life situations explored in measures of participation. *Disabil Rehabil* 2011;33(13/14):1230-1244.
 35. Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, Üstün TB, Stucki G. Linking Health-Status Measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med* 2002;34(5):205-210.
 36. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 2005;37(4):212-218.
 37. Darzins P, Fone S, Darzins S. Viewpoint. The International Classification of Functioning, Disability and Health can help to structure and evaluate therapy. *Austr Occup Ther J* 2006;53(2):127-131.
 38. Vårdprogram - dysartri. Gävleborgs landsting: 2010.
 39. Riktlinjer för sjukskrivning vid sjukdomar i rörelseorganen - ett kunskapsunderlag. Lund: MORSE; 2009.
 40. Larsson M, Lexell J. Delaktighet och omgivningsfaktorer i ICF. Möjligheter och utmaningar vid användning inom rehabilitering. *Läkartidningen* 2009;13(106):932-935.
 41. Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2009:29) om bidrag till företagshälsovård. Försäkringskassan.
 42. Särskilt läkarutlåtande - för bedömning av rätten till sjukpenning och behov av rehabiliteringsåtgärder in FK7264. Försäkringskassan
 43. Mäta och öppet redovisa resultaten i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
 44. Individbaserad verksamhetsuppföljning för personer som insjuknat i stroke och personer med psykiska funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
 45. Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre 2007–2009 – Slutrapport från ett treårigt regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

-
46. Metod för behovsbedömning. Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för behov. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
 47. Uppdrag att utveckla nationellt system för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre. Stockholm: Socialdepartementet. 2006. Uppdrag S2006/7202ST, S2007/518ST
 48. Uppdrag att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänsten m.m. för ökad tillgång till data av god kvalitet (S2009/5079ST). Stockholm: Socialdepartementet; 2009.
 49. Äldres behov och insatser inom äldreomsorgen med nationellt fackspråk. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
 50. Vem dokumenterar vad inom kommunal hälso- och sjukvård? Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
 51. Att inventera behov. Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
 52. Vägledning för funktionskoder vid rehabilitering inom slutenvården, Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
 53. Ustun TB, Chatterji S, Kostansjek N, Bickenbach J. WHO's ICF and functional status information in health records. Health Care Financing Review 2003;24(3):77.
 54. ICF – en grund för innehåll och struktur i vård- och omsorgsdokumentationen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
 55. Talman L, Brukarorganisationers syn på ICF som arbetsredskap - och dess betydelse för erkännande och omfördelning. D-uppsats. Högskolan Halmstad; 2009.