



IRIS

International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

Aas RW, Ellingsen KL, Hellem I, Lorentzen T

Implementering av

WHO's ICF

innen syv utdanninger

- ergoterapi, fysioterapi, medisin, psykologi,
sosionom, sykepleie og vernepleie

Rapport IRIS - 2008/270

Prosjektets tittel: Implementering av ICF i universiteter og høyskoler
Oppdragsgiver(e): Helsedirektoratet
ISBN: 978-82-490-0614-4
Gradering: Åpen

Stavanger, 23.12.2008

Randi Wågø Aas
Prosjektleder / seniorforsker

Gottfried Heinzerling
Forskningsdirektør



IRIS

International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

Aas RW, Ellingsen KL, Hellem I, Lorentzen T

Implementering av **WHO's ICF** innen syv utdanninger - ergoterapi, fysioterapi, medisin, psykologi, sosionom, sykepleie og vernepleie

Rapport IRIS - 2009/270

Prosjektets tittel: Implementering av ICF i universiteter og høyskoler
Oppdragsgiver(e): Helsedirektoratet
ISBN: 978-82-490-0614-4
Gradering: Åpen

Stavanger, 23.12.2008

Randi Wågø Aas
Prosjektleder / seniorforsker

Gottfried Heinzerling
Forskningsdirektør

Forord

I 2001 ble det besluttet av Verdens helseorganisasjons (WHO) at alle medlemslandene skulle implementere klassifikasjonssystemet International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) i sin helsetjeneste. I Norge har dette arbeidet vært koordinert av Helsedirektoratet. Implementering av ICF i helse- og sosialfaglige utdanninger er et ledd i Helsedirektoratets strategi, da dette kan gi en betydelig effekt for morgendagens helsetjeneste, gjennom at de nyutdannede har kunnskap og ferdigheter i ICF.

International Research Institute of Stavanger, IRIS har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjort en undersøkelse overfor alle utdanningssteder (n=76) innen syv ulike utdanninger i Norge for å kartlegge grad av implementering av ICF i utdanningene. Undersøkelsen ble gjennomført i perioden september til desember 2008. Helsedirektoratet har planlagt at denne undersøkelsen skal gjentas for å følge implementeringen over flere år. Samtidig vil Helsedirektoratet lage et nettverk for utdanningene, for å stimulere til erfaringsutveksling.

Undersøkelsen har vært todelt. Det er både gjort en spørreundersøkelse og en dokumentinnsamling fra utdanningene.

IRIS har samarbeidet med Diakonhjemmet høyskole Rogaland om oppdraget. Følgende forskere har bidratt; høyskolelektor Kjersti Lunde Ellingsen, høyskolelektor Inger Hellem, seniorforsker Thomas Lorentzen og seniorforsker Randi Wågø Aas.

Vi vil takke alle utdanningene som bidro, og en spesiell takk rettes til de utdanningene som i tillegg delte undervisningsmateriell fra sin utdanning med andre.

Stavanger 23. desember 2008

Sign.

Randi Wågø Aas
prosjektleder

Innhold

ABSTRAKT	4
1. INNLEDNING	6
2. MATERIALE OG METODE	8
2.1 Design.....	8
2.2 Informanter.....	8
2.3 Datainnsamling	11
2.4 Analyse.....	12
2.5 Forskningsetikk.....	12
3. RESULTATER	13
3.1 Spørreundersøkelsen	13
3.1.1 Om resultatene.....	13
3.1.2 ICF implementert gjennom planer for utdanningene.....	13
3.1.3 ICF implementert muntlig.....	14
3.1.4 ICF implementert gjennom forelesningsmaterieell, oppgaver eller klinikk/ferdighetstrening.....	15
3.1.5 ICF som pensum/ressurslitteratur i utdanningene og ICF på biblioteket.....	18
3.1.6 Egen plan for implementering av ICF.....	19
3.1.7 Temaer, moduler eller spesialiteter der ICF har vært implementert	20
3.1.8 Generell implementering av ICF.....	21
3.2 Dokumentanalysen.....	24
3.2.1 Planer.....	24
3.2.2 Oppgaver.....	25
3.2.3 Forelesningsmaterieell.....	25
4. DISKUSJON	25
4.1 Tematisk diskusjon	26
4.2 Metodiske begrensninger	27
VEDLEGGSOVERSIKT.....	28

Abstrakt

Introduksjon: ICF skal implementeres i høyskole og universitetssystemet i Norge. IRIS og Diakonhjemmets høyskole Rogaland har i den forbindelse gjennomført en spørreundersøkelse og en dokumentinnsamling på oppdrag fra Helsedirektoratet høsten 2008.

Mål: Målet med studien var todelt; å kartlegge i hvilken grad ICF er implementert i utdanningen av ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger, psykologer, sykepleiere, vernepleiere og sosionomer i Norge, samt å samle inn undervisningsmaterieell der ICF inngår fra disse utdanningene.

Materiale og metode: Det ble gjennomført en spørreundersøkelse med 16 spørsmål overfor alle utdanningsstedene (n=76) innen de syv utdanningene studien rettet seg mot, der 10 implementeringsmetoder/medier ble fokusert. I alt 44 svarte på undersøkelsen, noe som tilsvarer en svarprosent på 58. Mens alle medisin- og fysioterapiutdanninger deltok, var det ingen psykologutdanninger som svarte. 80 prosent av ergoterapeut-, cirka 60 prosent av vernepleier- og sykepleier- og cirka 40 prosent av sosionomutdanningene svarte. Det var oftest dekan/studieleder/instituttleder (66 prosent) som fylte ut spørreskjemaet. Elleve utdanninger sendte inn i alt 27 undervisningsdokumenter.

Resultater: Den generelle implementeringen ble vurdert både som selvrapportert opplevd implementeringsgrad på en skala fra 1-10, men også ved å summere svarene på alle 10 implementeringsmetoder/-medier. Begge resultatene oppgis her. Implementeringsgraden av ICF var i gjennomsnitt 2.6/34 prosent blant alle utdanningene, med et spenn fra fysioterapi på 7.6/75 prosent, ergoterapi 7.0/81 prosent, vernepleie på 4,4/56 prosent, sykepleie på 0.8/17 prosent, medisin på 1.3/13 prosent og sosionomutdanningen på 0.3/9 prosent. Mens resultatene her tar høyde for hvor mange utdanninger som har svart, viser resultatene for antall studenter ved de ulike utdanninger en lavere implementeringsgrad totalt sett. Dette skyldes at de utdanninger som hadde mange studenter hadde kommet kortest.

De implementeringsmetodene/-mediene som var oftest brukt var ”nevnt muntlig”, ”finnes på biblioteket” med 60-70 prosent implementeringsgrad, samt ”forelesningsmaterieell” og ”pensum/ressurslitteratur” med 35-45 prosent implementeringsgrad. Bruken av de andre metodene/mediene ”klinikk/ferdighetstrening”, ”modulplaner/temaplaner”, ”plan for ICF-implementering”, ”fagplaner/studieplaner”, ”gruppeoppgaver” og ”individuelle oppgaver” viste rundt 20 prosent implementeringsgrad.

Mens den siste av fysioterapeut-, ergoterapeut- og vernepleierutdanningene av de som deltok hadde tatt ICF i bruk i henholdsvis 2003, 2004 og 2006, så startet denne implementeringen i sykepleierutdanningene i 2003. Medisinerutdanningene hadde en annerledes profil da en utdanning hadde tatt ICF i bruk allerede i 2000, mens de andre svarte at de ikke hadde implementert ICF. En sosionomutdanning hadde tatt ICF i bruk, og det skjedde i 2005.

Utdanningene ble også spurt om i hvilke moduler/temaer/spesialiteter ICF hadde vært implementert, og svarene viste at ICF var inkludert i et bredt spekter av substansielle temaer og spesialiteter, alt fra akutt- og kritisk syke til rehabilitering, somatisk helse, arbeidshelse, arbeids- og miljømedisin, allmennhelse og samfunnsmedisin. Ellers var ICF tatt i bruk i en rekke metodiske tema som observasjon, kartlegging, undersøkelse, funksjonsvurdering, funksjonsforståelse, funksjonstilnærming, aktivitetsanalyse mv. ICF var også tatt i bruk i utforming av journaler og i praksis.

Det innsendte ICF-relaterte undervisningsmateriellet ble sortert i tre hovedgrupper; planer, forelesningsmaterieell og oppgaver, og eksempler fra ulike utdanninger gis i denne rapporten.

Diskusjon: En metodisk svakhet med denne studien kan være svarprosenten, hvis det er slik at de utdanningene som ikke deltok er de som har kommet kortest med ICF-implementering. Vi har imidlertid ingen holdepunkter for å vite om dette kan være tilfelle. Hvis det finnes slike skjevheter, kan dette redusere generaliserbarheten av resultatene. Imidlertid er det en svært høy svarprosent fra medisin-, fysioterapi- og ergoterapiutdanningene, noe som gjør at en kun bør ha dette i mente for resultatene fra sosionom-, sykepleie- og vernepleierutdanningene.

Mer enn halvparten av utdanningene som deltok i denne studien hadde kommet i gang med implementering av ICF, men det var stor variasjon mellom utdanningene i forhold til hvor langt de var kommet. Dette vises blant annet i antallet metoder/medier der ICF er tatt i bruk i de ulike utdanningene. Ergoterapeut- og fysioterapeututdanningene var kommet svært langt, vernepleierutdanningen var godt i gang, mens sykepleie-, medisin- og sosionomutdanningene hadde kommet kort. Psykologutdanningene vet vi ikke noe om. For å sikre en større spredning av ICF, vil det være kritisk å stimulere implementeringen innen utdanningsgruppene som representerer flest studenter, slik som sykepleie- og medisinerutdanningene. Alene representerte de 80 prosent av de studentene som går ved de utdanningene som deltok i denne studien. Å dra nytte av de som har kommet langt kan være en egnet strategi i videre implementering av ICF innen utdanningssystemet i Norge.

1. Innledning

Beskrivelse av helse ut over sykdomsdimensjonen har blitt sterkere fokusert de siste årene, selv om dette ikke er nye perspektiver på helse. Verdens helseorganisasjon har derfor siden 70-tallet jobbet med å utvikle et begrepsapparat for funksjonsevne. ICF (WHO 2001) ble første gang utgitt i 1980 som en testversjon kalt International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICIDH. Arbeidet med ICIDH ble påbegynt allerede i 1972. Revisjonsprosessen mot en forbedret versjon startet i 1993 og ble sluttført i 2001. ICF ble endelig vedtatt av i WHO i mai 2001 og ble utgitt i november 2001. ICF ble i 2001 (ibid) definert til å være en av to hovedklassifikasjoner fra WHO, sammen med sykdomsklassifikasjonen ICD-10 (WHO 1994). Daværende leder av WHO, Gro Harlem Brundtland behandlet saken i WHO's helseforsamlings 54. møte, der de vedtok følgende resolusjon: ”WHO godkjenner andre utgave av *International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH)*, med tittelen *International Classification of Functioning, Disability and Health*, heretter omtalt som akronymet ICF. WHO oppfordrer medlemsstater å bruke ICF in sin forskning, overvåkning og rapportering på passende måte, under iakttagelse av spesielle forhold i medlemsstater og i særdeleshet i forhold til fremtidige revisjoner. WHO henstiller til generaldirektøren å yte støtte til medlemsstater på oppfordring fra dem, for å ta i bruk ICF.” (Resolusjon WHA54.21)

ICIDH var mye brukt innen rehabiliteringsfeltet (Dekker J 1995;Halbertsma J et al. 2000;Soukup MG & Vøllestad NK 2001;Van Bennekom CAM, Jelles F, & Lankhorst GJ 1995;Vik K. & Dahl T.H. 1999), men ble aldri offisielt oversatt til norsk. ICF ble oversatt til norsk i 2003 av Sosial- og Helsedirektoratet¹.

ICF integrerer en medisinsk modell² og en sosial modell³ i de kaller en *biopsykososial* tilnærming (WHO 2001). ICF er utformet slik at den kan beskrive funksjon og funksjonsproblemer hos alle mennesker, og de fleste av oss vil nok erfare at på ett eller flere områder kan vi ha funksjonsproblemer sporadisk eller mer permanent. WHO sier at ICF ikke klassifiserer personer, men personers helsekarakteristika (ibid). ICF beskriver helsekomponentene kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer, aktivitet og deltagelse, samt sosialt, fysisk og holdningsmessig miljø og personlige faktorer. I ICF kan en klassifisere både et positivt aspekt (function) og et negativt aspekt (disability). ICF er nøytral til etiologi, mens ICIDH var et system for å klassifisere konsekvenser av sykdom, og dermed ble sykdom sett som *årsaken* til funksjonsproblemene. Forskjellen fra ICIDH til ICF er at en i utgangspunktet er åpen for alle mulige

1 Kan skaffes på www.kith.no/icf. Der finnes også mer informasjon om ICF i Norge

2 ”The medical model views disability as a problem of the person, directly caused by disease, trauma or other health condition.” (WHO 2001) s. 20)

3 ” The social model of disability sees the issue mainly as a socially created problem, and basically as a matter of the full integration of individuals into society.” (WHO 2001) s. 20)

årsakssammenhenger. Den nye modellen er bygd på systemteori der en tar høyde for at alle domener påvirker hverandre gjensidig. En uhensiktsmessig aktivitetsutførelse av arbeidsoppgavene kan gi sykdom eller kroppsfunksjoner, og en arbeidsplass sin fysiske utforming kan gi deltagelsesproblemer som sykefravær, eller kroppsfunksjonsproblemer i form av smerter i ryggen.

Formålet med ICF er (WHO 2001):

- å sørge for en vitenskapelig basis for forståelse og mulighet for å studere helse, helsestatus og resultater
- å etablere et felles språk for å bedre kommunikasjon mellom fagpersoner
- å tillate sammenligning av data mellom land, disipliner, tjenester og tid
- å sørge for et systematisk kodeskjema for helseinformasjonssystemer

ICF har flere detaljeringsnivåer i sin klassifisering; en førstenivåklassifisering som omhandler kapitteoverskrifter med 34 koder, en andrenivåklassifisering som i tillegg til kapitler også inkluderer det første gren-nivået med 362 koder, og til sist et nivå som inneholder en detaljert klassifisering med til sammen 1424 koder, der domenene har definisjoner, inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Politisk har også begrepene funksjonsvurdering og funksjonsevne blitt mer sentrale de siste åra. Sandmanutvalgets innstilling (Sosial og helsedepartementet 2000) hevdet at manglende vurdering av funksjonsevne har bidratt til at vi i dag har så mange arbeidsuføre. De siste tiårene har det skjedd en dreining mot å bli mer opptatt av funksjonsevne, også som et legitimt utgangspunkt for trygdeytelser. Sosialdepartementets Ekspertkonferanse om Funksjonsvurdering i januar 2003 var et synlig uttrykk for dette. Rapporten fra denne konferansen (Engbers M, Veiersted B, & Prosjektgruppen for "ekspertkonferansen" 2003) sier i sitt sammendrag og i sine anbefalinger at:

"Den teoretiske basen for funksjonsvurderinger bør utarbeides, og bør knyttes opp til ICF." (s. 6)

" (...) det bør utarbeides retningslinjer for medarbeidersamtaler så de tar med funksjonsvurdering i forhold til arbeidsevne utifra ICF's helhetlige syn på funksjon og helse" (s.7).

I Norge har ICF- implementeringen skjedd siden 2002 gjennom ulike aktiviteter og overfor ulike målgrupper. Det har også blitt arrangert både nordisk-baltiske, nasjonale og regionale konferanser. Arbeidet har vært koordinert av Helsedirektoratet, i samråd med en nasjonal referansegruppe. I 2008 ble det besluttet at målgruppen for denne satsningen skulle være de som utdanner morgendagens helse- og sosialfaglig personell, altså høyskoler og universitet. Begrunnelsen har vært at når de nyutdannede er kjent med ICF, kan implementeringen skje raskere og mer effektivt. I denne strategiske satsningen vektlegges spesielt spredning av ICF som en særfaglig og tverrfaglig forståelsesmodell for helse- og funksjonsevne, og ikke i samme grad det kodesystemet ICF tilbyr. God kunnskap om ICF anses som en forutsetning for å videreføre vedtaket fra WHO.

Siden 1980 har ICF vært brukt som et statistisk verktøy, et forskningsverktøy, et klinisk verktøy, et sosialpolitisk verktøy og et verktøy til bruk i utdanning (WHO 2001). Ett omfattende søk etter internasjonal litteratur om ICF ga treff på nærmere 2000 publiserte ICF-artikler siden 1980. Selv om ikke alle disse er gjennomgått synes det å være en begrenset mengde litteratur om implementering av ICF innen utdanningssystemet. Av de artiklene vi fant viste en artikkel at ICF hadde influert den sist reviderte minimumsstandarden for ergoterapeututdanninger, utgitt av verdensforbundet for ergoterapeuter (WFOT) som alle verdens utdanninger godkjennes opp mot (Hocking C & Ness NE 2004). En annen artikkel viste bruk av ICF i utveksling mellom universiteter i USA og Brasil som utdannet rehabiliteringspersonell (Fabian ES, McInerney M, & dos Santos Rodrigues P 2005). En tredje artikkel viste bruk av ICF som pedagogisk rammeverk ved opplæring i funksjonsvurdering (Homa DB & Peterson DB 2005). Dette gir indikasjoner på at det er behov for å få mer kunnskap om bruk av ICF i utdanningssammenheng, blant annet i hvor stor grad og hvordan ICF er implementert i utdanningssystemet. I tråd med dette har denne studien hatt følgende mål: Å utvikle ny kunnskap om implementert av ICF i følgende syv utdanninger i Norge; ergoterapi, fysioterapi, medisin, psykologi, sosionom, sykepleie og vernepleie og samle og spre undervisningsmateriell der ICF inngår, og som brukes i disse utdanningene.

2. Materiale og metode

2.1 Design

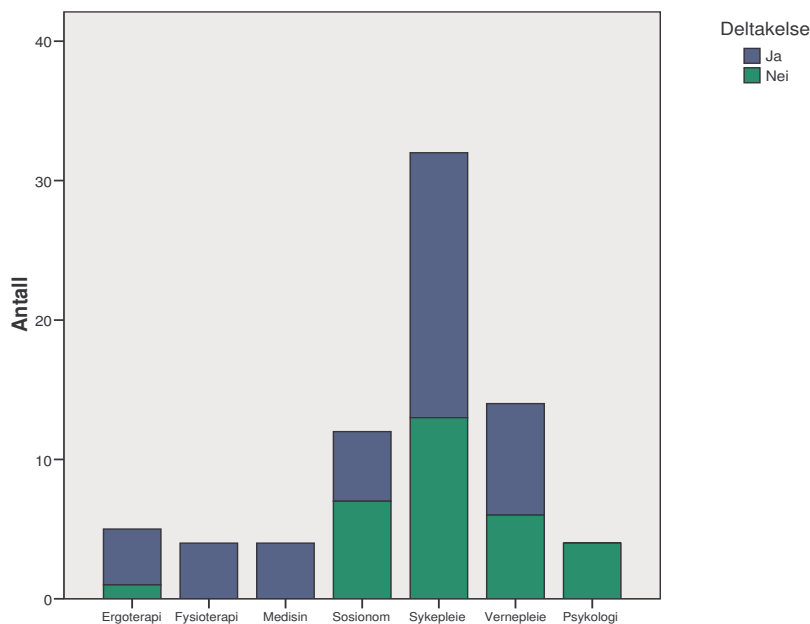
Denne studien var designet som en spørreundersøkelse og dokumentinnsamling overfor alle læresteder (n=76) innen syv helse- og sosialfaglige utdanninger i Norge. Av totalt 76 utdanninger svarte 44 på spørreskjemaet. Disse representerer 14 216 studenter. Dette gir en svarprosent på 58. I alt 27 dokumenter ble sendt inn fra 11 utdanninger.

2.2 Informanter

Spørreundersøkelsen ble attestert til dekan/studieleder for de 76 utdanningene. I og med at studieenheter er "informanter" i denne undersøkelsen, er det behov for å gi mer informasjon om disse; hvor stor andel av de ulike utdanningstyper som svarte, hvor mange studenter de representerer, og hvem som faktisk fylte ut spørreskjemaene.

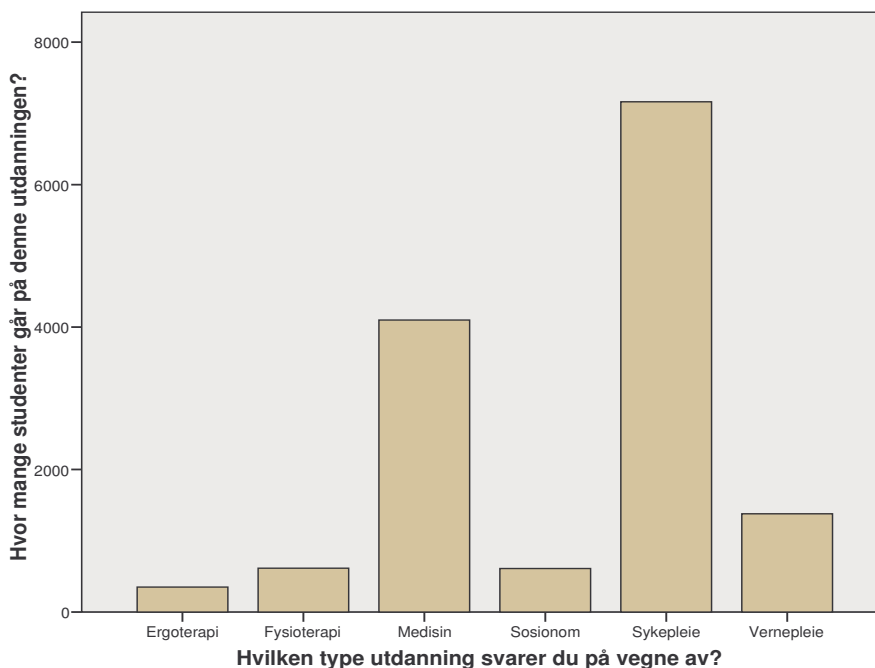
Figur 1 viser at det var stor spredning på hvor stor andel av de enkelte utdanningstypene som svarte. Noen utdanninger har alle læresteder representert i materialet, mens for andre utdanninger er det ingen, eller kun en begrenset andel. Figur 1 viser en oversikt over denne fordelingen. Helt til venstre i figuren ser vi at av totalt fem utdanningsinstitusjoner for ergoterapi, er det fire som har respondert på undersøkelsen. Videre har samtlige fire utdanningsinstitusjoner innen medisin deltatt i undersøkelsen. Det samme gjelder for fysioterapiutdanningene. Fem av tolv institusjoner som utdanner sosionomer har deltatt i undersøkelsen, mens 19 av 32 sykepleieutdanninger har deltatt.

Åtte av totalt 14 vernepleieutdanninger har deltatt i undersøkelsen. Ingen av psykologiutdanningene har svart.



Figur 1: Andelen utdanningsinstitusjoner som har deltatt i undersøkelsen

I figur 2 har vi summert opp antallet studenter som er representert ved hver av utdanningene. Sykepleierutdanningen representerer 7 163 studenter totalt, noe som svarer til 71 prosent av det totale antallet studenter registrert her. Medisinerutdanningene er nest størst og representerer 4 100 studenter. Vernepleie er den tredje største gruppen bestående av 1379 studenter (10 prosent). Deretter følger sosionomutdanningen og fysioterapi med like over 600 studenter hver. Ergoterapi er den minste utdanningen med 349 studenter.



Figur 2: Antall studenter representert på de ulike typene utdanning i materialet

Tabell 1 viser en oversikt over hvilken funksjon i utdanningene de som svarte på spørreskjemaet hadde. Dette viser at det oftest var personer i lederfunksjoner (studieleder/instituttleder eller dekan) som svarte (66 prosent). Profilen for den enkelte utdanning var mer nyansert. For fysioterapeututdanningen var det undervisningspersonell som svarte, for ergoterapeututdanningen var det halvt om halvt, mens for de resterende utdanningene var det oftest ledere som svarte.

Tabell 1: Informanter som fylte ut spørreskjemaet på vegne av utdanningen

		Hvilken rolle i utdanningen har den som har fylt ut dette skjemaet?				Total
		Dekan / Prodekan	Studieleder / Instituttleder	Undervisningspersonell	Administrativt personell	
Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?	Ergoterapi	0	2	2	0	4
	Fysioterapi	0	0	4	0	4
	Medisin	3	0	1	0	4
	Sosionom	0	3	2	0	5
	Sykepleie	3	12	3	1	19
	Vernepleie	0	6	2	0	8
Total		6	23	14	1	44

2.3 Datainnsamling

En adresseliste ble utviklet på basis av offisielle oversikter over norske utdanninger, blant annet fra kildene Universitets og Høgskolerådet (www.uhr.no) og søkerhandboka 2008 fra samordna opptak (www.samordnaopptak.no). Adressene ble i tillegg sjekket opp mot høgskolene og universitetenes egne websider. Datainnsamlingen skjedde per ordinær postal utsendelse av spørreskjemaer til de 76 utdanningene. Ferdigfrankert konvolutt lå i forsendelsen. Det ble spesielt gjort oppmerksom på at selv om en hadde flere utdanninger ved lærestedet, skulle det fylles ut ett skjema per utdanning. De ble gitt cirka 14 dagers frist til å svare. To dager før svarfrist ble det sendt ut en purring til alle utdanningene, der også spørreskjemaet og svarkonvolutt på nytt var vedlagt.

Spørreskjemaet ble sendt ut sammen med et invitasjonsbrev (se vedlegg 1) og selve skjemaet besto av to deler (se vedlegg 2 og 3). Første del omhandlet i alt 16 spørsmål om erfaringer med implementering av ICF i den enkelte utdanningen. Andre del var en forespørsel om å sende inn ICF- relevante dokumenter som den enkelte utdanningen brukte i undervisningen. Det innsendte materialet var variert, og omfattet alt fra noen få linjer til for eksempel fagplandokumenter på over 100 sider. Tabell 2 viser hvilke utdanninger som sendte inn materiell og hvor mange dokumenter hver utdanning sendte inn. Dette viser at de fleste dokumentene kom fra fysioterapi-, ergoterapi- og vernepleieutdanningene.

Tabell 2: Oversikt over innsendte dokumenter fra utdanningene

Type utdanning	Utdanninger*	Dokumenter*
Ergoterapi	2	8
Fysioterapi	4	9
Sykepleie	1	1
Vernepleie	2	7
Anonym	1	2
SUM	11	27

Note: Antall utdanninger / dokumenter

Tabell 3 viser hvilke utdanninger som svarte på undersøkelsen. Sykepleieutdanningen utgjør den største gruppen med 43 prosent av utdanningene representert i materialet. Deretter følger vernepleie med 18 og sosionom med 11 prosent. Ergoterapi, fysioterapi og medisin er representert med 9 prosent hver.

Tabell 3: Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?

	Antall	Prosent
Ergoterapi	4	9,1
Fysioterapi	4	9,1
Medisin	4	9,1
Sosionom	5	11,4
Sykepleie	19	43,2
Vernepleie	8	18,2
Total	44	100,0

2.4 Analyse

Det ble gjort både en kvantitativ og kvalitativ analyse av de ulike delene av materialet. I spørreundersøkelsen ble alle unntatt en variabel analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS. Den kvalitative variabelen ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse (Cavanagh S 1997;Downe-Wamboldt B 1992;Hsieh HF & Shannon SE 2005). Dokumentanalysen skjedde i tråd med prinsipper for kvalitativ innholdsanalyse (Hsieh HF & Shannon SE 2005;Priest, Roberts, & Woods L 2002;Woods L, Priest H, & Roberts P 2002), der alt innsamlet materiale først ble gjennomlest i sin helhet. Ut fra et helhetsinntrykk ble det dannet noen foreløpige kategorier som materialet ble sortert ut fra. Deretter ble de endelige kategoriene dannet basert på innhold, bruksområde og form. Materialet ble påført et id-nummer for eventuell senere identifisering og referering. Relevant tekst innenfor hver kategori ble deretter sammenfattet og enkelte eksempler ble trukket ut.

2.5 Forskningsetikk

Spørreundersøkelsen ble foretatt anonymt. En forskningsassistent tok i mot ferdigutfylte svar per post, punchet de inn i statistikkprogrammet SPSS og ga de fortløpende et id-nummer. Temaet anses ikke spesielt sensitivt for de involverte i studien. Vi praktiserte likevel prinsipper om at enkeltutdanninger skulle behandles anonymt, for derved å ikke kunne identifiseres i presentasjon av resultater fra studien. Dette har imidlertid begrenset analysemulighetene, spesielt med utgangspunkt i de utdanningene som har få læresteder.

3. Resultater

I resultatkapittelet vil først resultatene fra spørreundersøkelsen presenteres, så resultatene fra dokumentanalysen.

3.1 Spørreundersøkelsen

3.1.1 Om resultatene

Resultatene presenteres gjennomgående først for utdanningstype hvor enhetene er type utdanning. Her er det totalt 44 representanter for de ulike utdanningene som har svart (N=44). Deretter presenteres resultatene for antall⁴ studenter representert ved de ulike utdanningene (N=14 216). På denne måten vil det være mulig å gi et bilde av hvordan ICF er implementert i de ulike utdanningene, men også hvor mange studenter som opplever de ulike gradene av ICF-implementering.

3.1.2 ICF implementert gjennom planer for utdanningene

I de følgende analysene kommer vi til å se på hvordan ICF er implementert for hver av de aktuelle utdanningene når det gjelder ulike typer planer for studiene.

I tabell 4 presenteres resultater om ICF er nevnt i gjeldende fag-/studieplan for hver av utdanningene. Av 44 utdanninger oppgav hele 34 at ICF ikke var nevnt i gjeldende fag-/studieplan. Dette svarer til nesten 75 prosent av alle utdanningene. Tilsvarende var det kun 9 (20 prosent) som hadde nevnt ICF i gjeldende fag-/studieplan. Samtlige utdanninger som representerer ergoterapistudiet oppgav at ICF er nevnt i gjeldende fag-/studieplan, mens tre av fire (75 prosent) fysioterapiutdanninger oppgav tilsvarende. Medisin-, sosionom- og sykepleieutdanningene er de som i minst grad har oppgitt å ha implementert ICF i gjeldende fag-/studieplan.

Tabell 4: Type utdanning og implementering av ICF i fag-/studieplan for studiet (antall)

Count		Er ICF nvent i gjeldende fag-/studieplan for studiet?			Total
		Ja	Nei	Vet ikke	
Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?	Ergoterapi	4	0	0	4
	Fysioterapi	3	1	0	4
	Medisin	0	4	0	4
	Sosionom	0	5	0	5
	Sykepleie	0	18	1	19
	Vernepleie	2	6	0	8
Total		9	34	1	44

4 Det er ikke presentert eksakte tabeller her for å ikke bidra til identifisering av enkeltutdanninger

Når vi så på antall studenter tilhørende de ulike utdanningene, fant vi at samtlige av sykepleierstudentene, medisinerstudentene og sosionomstudentene ikke hadde ICF i gjeldende fag-/studieplan. På den andre siden av skalaen var ICF nevnt i fag-/studieplanen for samtlige 349 ergoterapistudenter, og for mer enn 70 prosent av fysioterapistudentene. Kun 1132 av 14 216 studenter var ved utdanninger som hadde implementert ICF i gjeldende fag-/studieplaner, noe som tilsvarer cirka 8 prosent.

Vi spurte også om implementering i modul og/eller temaplaner. Tabell 5 viser at fysioterapi- og ergoterapistudiene i stor grad har implementert ICF i gjeldende modul-/temaplaner for studiet. Tre av åtte vernepleierutdanninger har implementert ICF i gjeldende modul-/temaplaner, mens ingen av medisinerutdanningene, sykepleierutdanningene eller sosionomutdanningene har implementert ICF i modul-/temaplaner.

Tabell 5: Type utdanning og implementering av ICF i gjeldende modul-/temaplaner for studiet (antall)

Count		Er ICF nevnt i gjeldende modul-/temaplaner for studiet?			Total
		Ja	Nei	Vet ikke	
Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?	Ergoterapi	3	0	1	4
	Fysioterapi	4	0	0	4
	Medisin	0	4	0	4
	Sosionom	0	5	0	5
	Sykepleie	0	19	0	19
	Vernepleie	3	5	0	8
Total		10	33	1	44

Dette innebærer at 12 684 av totalt 14 216 studenter har modul-/temaplaner for studiet der ICF ikke er nevnt, noe som tilsvarer 89 prosent. Den klart største andelen av disse fant vi på sykepleierutdanningene hvor alle 7 163 studenter var uten ICF i modul-/temaplaner. Deretter står medisinerutdanningen for en stor andel, med samtlige 4 100 studenter uten ICF nevnt i modul-/temaplaner for studiet.

3.1.3 ICF implementert muntlig

Av tabell 6 ser vi at de fleste utdanningene har nevnt ICF muntlig for studentene i løpet av studiet. Tjueåtte (68 prosent) av 41 gyldige besvarelser har krysset av for at ICF var blitt nevnt muntlig for studentene i løpet av studiet. Usikkerheten var størst for sykepleieutdanningen, medisinerutdanningen og sosionomutdanningen hvor henholdsvis halvparten og en tredjedel ikke viste om ICF var blitt nevnt muntlig for studentene.

Tabell 6: Type utdanning og hvorvidt ICF er nevnt muntlig for studentene i løpet av studiet (antall)

Count		Er ICF nevnt muntlig for studentene i løpet av studiet?			Total
		Ja	Nei	Vet ikke	
Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?	Ergoterapi	4	0	0	4
	Fysioterapi	4	0	0	4
	Medisin	2	0	2	4
	Sosionom	1	1	1	3
	Sykepleie	9	0	9	18
	Vernepleie	8	0	0	8
Total		28	1	12	41

Når vi ser på fordelingen av studenter når det gjelder muntlig formidling av ICF i utdanningen viste dette at ICF ble nevnt muntlig for i alt 8 218 studenter, noe som utgjør 60 prosent. Ellers skiller sosionomutdanningen seg ut med at kun 50 (10 prosent) av studentene som fikk muntlig informasjon om ICF gjennom studiene. Usikkerheten rundt dette spørsmålet var stor, der så mange som 5289 studenter går på utdanninger der en ikke vet om ICF blir nevnt muntlig for studentene.

3.1.4 ICF implementert gjennom forelesningsmateriell, oppgaver eller klinikk/ferdighetstrening

I det følgende kommer et batteri med spørsmål som alle omfatter ulike aspekter ved skriftlig bruk av ICF i undervisningen. I tabell 7 presenteres antallet studier som presenterte ICF skriftlig i forelesningsmaterialet. Nitten av 44 studier hadde krysset av for at ICF ble presentert skriftlig gjennom forelesningsmateriell overfor studentene. Omtrent like mange svarte at ICF ikke ble nevnt skriftlig gjennom forelesningsmateriell. Alle ergoterapi- og fysioterapistudiene hadde implementert ICF skriftlig gjennom forelesningsmateriell for sine studenter. På motsatt side finner vi sosionomutdanningen og sykepleieutdanningen hvor henholdsvis 4 (80 prosent) og 12 (63 prosent) svarte at de ikke hadde implementert ICF i sine studier.

Tabell 7: Type utdanning og hvorvidt ICF er nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet gjennom forelesningsmateriell (antall)

Count		Er ICF nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet, gjennom forelesningsmateriell?			Total
		Ja	Nei	Vet ikke	
Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?	Ergoterapi	4	0	0	4
	Fysioterapi	4	0	0	4
	Medisin	1	1	2	4
	Sosionom	0	4	1	5
	Sykepleie	4	12	3	19
	Vernepleie	6	1	1	8
Total		19	18	7	44

Forholdene endrer seg litt når vi tar høyde for antallet studenter på de respektive utdanningene. Hele 4 263 studenter finnes på utdanninger hvor respondenten ikke vet om ICF blir nevnt gjennom skriftlig forelesningsmateriell. Årsaken til at denne gruppen er stor skyldes hovedsakelig at svært mange studenter på medisinerutdanningen havner i denne gruppen. Blant de resterende studentene (ca. 10 000) går halvt om halvt på læresteder med eller uten ICF implementert i undervisningen.

Tabell 8 viser svarene på spørsmålet om ICF er nevnt skriftlig for studentene gjennom gruppeoppgaver. Bare et fåtall av studiene har nevnt ICF skriftlig for studentene gjennom gruppeoppgaver. Bare 9 (20 prosent) av 44 utdanninger brukte ICF i gruppeoppgaver. Igjen er det ergoterapi- og fysioterapistudiene som oftest hadde implementert ICF ved at tre av fire svarte at ICF er implementert i gruppeoppgaver. Hele 17 av 19 (tilsvarende 90 prosent) av sykepleierutdanningene ikke hadde implementert ICF gjennom gruppeoppgaver. Vernepleieutdanningen havnet midt imellom med 3 av 8 utdanninger hvor ICF var implementert i gruppeoppgaver. Usikkerheten er størst for medisinerutdanningen, hvor halvparten av utdanningene oppga at de ikke visste om ICF var blitt nevnt skriftlig via gruppeoppgaver.

Tabell 8: Type utdanning og hvorvidt ICF er nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet gjennom gruppeoppgaver (antall)

Count		Er ICF nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet, gjennom gruppeoppgaver?			Total
		Ja	Nei	Vet ikke	
Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?	Ergoterapi	3	0	1	4
	Fysioterapi	3	0	1	4
	Medisin	0	2	2	4
	Sosionom	0	4	1	5
	Sykepleie	0	17	2	19
	Vernepleie	3	5	0	8
Total		9	28	7	44

Ser vi på antall studenter ser vi at omtrent 64 prosent (9 044) av studentene ikke hadde blitt kjent med ICF gjennom gruppeoppgaver, mens 1392 (10 prosent) var på utdanninger som hadde implementert ICF gjennom gruppeoppgaver.

Tabell 9 gir det samme bildet som tabell 7 og 8, flertallet av utdanningene hadde ikke implementert ICF gjennom skriftlige oppgaver. Tjueseks av 41 utdanninger med gyldige svar oppga at studentene ikke ble kjent med ICF via skriftlige individuelle oppgaver. Summert sammen med de som oppgir at de ikke vet betyr det at mer enn 80 prosent av utdanningene (antagelig) ikke ga individuelle oppgaver hvor ICF ble nevnt. Her er det fysioterapi som hadde kommet lengst, der tre av fire utdanninger svarte bekræftende på spørsmålet. På motsatt side fant man sykepleierutdanningene hvor 16 av 18 oppga at de ikke nevnte ICF skriftlig for studentene via individuelle oppgaver, noe som svarer til nesten 90 prosent.

Tabell 9: Type utdanning og hvorvidt ICF er nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet gjennom individuelle oppgaver (antall)

Count		Er ICF nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet, gjennom individuelle oppgaver?			Total
		Ja	Nei	Vet ikke	
Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?	Ergoterapi	1	1	1	3
	Fysioterapi	3	0	1	4
	Medisin	0	2	2	4
	Sosionom	1	3	1	5
	Sykepleie	0	16	2	18
	Vernepleie	3	4	0	7
Total		8	26	7	41

Andelen studenter som ikke hadde ICF undervisning gjennom skriftlige individuelle oppgaver, er betydelig høyere enn andelen utdanninger. Dette skyldes igjen det høye antallet studenter på sykepleierutdanningene som ikke mottok ICF undervisning gjennom individuelle oppgaver, samt usikkerheten rundt medisinerstudentene. Det er kun 1210 studenter (9 prosent) som går på utdanninger som hadde implementert ICF gjennom individuelle oppgaver, mens 8496 studenter (63 prosent) ikke hadde implementert det i slike oppgaver.

Spørsmålet om skriftlig ICF-implementering gjennom klinikk/ferdighetstrening i tabell 10 har omtrent samme svarfordeling som spørsmålet for individuelle oppgaver (tabell 8). Langt de fleste hadde ikke skriftlig ICF-undervisning gjennom klinikk/ferdighetstrening. Usikkerheten er størst for medisinerutdanningene hvor halvparten her ikke visste om ICF var nevnt skriftlig gjennom klinikk/ferdighetstrening. Andelen som med sikkerhet sa at det ikke ble undervist i ICF gjennom klinikk/ferdighetstrening var høyest for sykepleierutdanningene.

Tabell 10: Type utdanning og hvorvidt ICF er nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet gjennom klinikk/ferdighetstrening (antall)

Count		Er ICF nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet, gjennom klinikk / ferdighetstrening?			Total
		Ja	Nei	Vet ikke	
Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?	Ergoterapi	3	0	1	4
	Fysioterapi	3	0	1	4
	Medisin	0	2	2	4
	Sosionom	0	4	1	5
	Sykepleie	1	16	2	19
	Vernepleie	3	4	0	7
Total		10	26	7	43

Når vi ser på antallet studenter som ble kjent med ICF i klinikk/ferdighetstrening, hadde et stort flertall av sykepleiestudentene ikke gått gjennom skriftlig klinikk eller ferdighetstrening hvor ICF var tema. Svært mange av studentene på ergoterapi- og

fysioterapiutdanningene hadde skriftlig klinikk/ferdighetstrening der ICF var nevnt. Medisinerutdanningene og sosionomutdanningene hadde ingen studenter som gikk gjennom skriftlig klinikk/ferdighetstrening der ICF var nevnt skriftlig. For førstnevnte var usikkerheten svært stor, da mer enn 75 prosent (3100) av studentene ikke kunne redegjøres for. I alt hadde 2217 studenter (16 prosent) klinikk / ferdighetstrening der ICF inngikk, mens 8109 studenter (57 prosent) ikke hadde det.

3.1.5 ICF som pensum/ressurslitteratur i utdanningene og ICF på biblioteket

I tabell 11 viser vi svarfordelingen for spørsmålet om ICF er pensumlitteratur eller ressurslitteratur i de ulike utdanningene. Rundt 37 prosent, eller 15 av 41 utdanninger oppga at ICF sto på pensum eller er ressurslitteratur i utdanningene. Samtlige medisinerutdanninger oppga at ICF ikke var pensum eller ressurslitteratur. Fire av fem sosionomutdanninger (80 prosent) formidlet at ICF ikke var pensum eller ressurslitteratur, mens 15 av 19 sykepleieutdanninger (79 prosent) oppga at ICF ikke var pensum eller ressurslitteratur. ICF var sterkest implementert i pensumlitteraturen for vernepleieutdanningen, ergoterapiutdanningen og fysioterapiutdanningen. Her lå andelen mellom 67 og 75 prosent. Usikkerheten her var lav.

Tabell 11: Type utdanning og hvorvidt ICF er pensumlitteratur/ressurslitteratur i denne utdanningen (antall)

Count		Er ICF pensumlitteratur / ressurslitteratur i denne utdanningen?			Total
		Ja	Nei	Vet ikke	
Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?	Ergoterapi	3	0	1	4
	Fysioterapi	3	1	0	4
	Medisin	0	3	0	3
	Sosionom	1	4	0	5
	Sykepleie	4	15	0	19
	Vernepleie	4	2	0	6
Total		15	25	1	41

Det var mindre enn en tredjedel av studentene (n=3897) som hadde ICF som pensumlitteratur eller ressurslitteratur i sin utdanning. I alt 9198 studenter gikk på utdanninger som ikke hadde ICF som pensum eller ressurslitteratur. Når det gjaldt ergoterapi-, fysioterapi- og vernepleieutdanningene hadde mellom 7 og 8 av 10 studenter ICF som pensum eller som ressurslitteratur. Ingen av medisinerstudentene hadde ICF som pensum eller som ressurslitteratur, mens færre enn en av ti studenter på sosionomutdanningen hadde ICF som pensum eller ressurslitteratur. Andelen var en god del høyere for sykepleierstudentene hvor omtrent en tredjedel av studentene hadde ICF som pensum/ressurslitteratur.

Tabell 12 viser at det er mer enn halvparten av utdanningene som svarte med sikkerhet at de hadde ICF litteratur tilgjengelig på biblioteket. Kun 5 av utdanningene, noe som

utgjør omtrent 12 prosent, hadde ikke ICF litteratur tilgjengelig på biblioteket. En forholdsvis høy andel av besvarelsene hadde oppgitt at de ikke visste om slik litteratur var tilgjengelig på biblioteket (1/4 av studiene). Denne andelen var aller høyest for sosionomstudiet, hvor 4 av 5 utdanninger oppga at de ikke visste om biblioteket hadde slik litteratur. Samtlige ergoterapistudier hadde ICF litteratur tilgjengelig på biblioteket. Nesten alle vernepleie- og fysioterapiutdanningene hadde også ICF på biblioteket, mens omtrent halvparten av medisinerutdanningene og sykepleieutdanningene hadde ICF på biblioteket.

Tabell 12 Type utdanning og hvorvidt ICF finnes på biblioteket som benyttes av studentene ved dette studiet (antall)

Count		Finnes ICF på biblioteket som benyttes av studentene ved dette studiet?			Total
		Ja	Nei	Vet ikke	
Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?	Ergoterapi	4	0	0	4
	Fysioterapi	3	1	0	4
	Medisin	2	0	2	4
	Sosionom	1	0	4	5
	Sykepleie	10	3	5	18
	Vernepleie	6	1	0	7
Total		26	5	11	42

I alt 8311 studenter (59 prosent) hadde ICF på biblioteket. Det er verdt å merke seg at det er stor usikkerhet knyttet til hvorvidt sosionomstudentene og medisinerstudentene hadde tilgang til ICF- litteratur på biblioteket.

3.1.6 Egen plan for implementering av ICF

Tabell 13 viser at det er en forholdsvis lav andel av utdanningene som har en plan for implementering av ICF. Den klart høyeste andelen finner vi i ergoterapistudiet, hvor 3 av fire studier oppga at de hadde en plan for implementering. På motsatt side av skalaen fant vi fysioterapi, medisin og sosionomstudiene hvor ingen svarte bekreftende på at de hadde en plan for implementering av ICF.

Tabell 13: Type utdanning og hvorvidt de har en plan for implementering av ICF (antall)

Count		Har utdanningen en plan for implementering av ICF?			Total
		Ja	Nei	Vet ikke	
Hvilken type utdanning svarer du på vegne av?	Ergoterapi	3	1	0	4
	Fysioterapi	0	3	0	3
	Medisin	0	3	1	4
	Sosionom	0	4	1	5
	Sykepleie	3	16	0	19
	Vernepleie	3	4	0	7
Total		9	31	2	42

Resultatene viser at nesten 8 av 10 (10 772) studenter gikk på utdanninger uten en plan for implementering av ICF. Det høyeste antallet fant vi på sykepleierutdanningene hvor 5 630 studenter gikk på studier der det ikke var en plan for ICF implementering. Deretter fulgte medisinutdanningene med 3 520 studenter. De relativt høyeste andelene studenter fant vi for studentene på fysioterapi og sosionomutdanningene, hvor nesten ingen hadde en plan om ICF-implementering. I alt gikk 2404 studenter eller 17 på studier der de hadde en plan for implementering av ICF.

3.1.7 Temaer, moduler eller spesialiteter der ICF har vært implementert

Tabell 14 viser hvilke temaer, moduler eller spesialiteter ICF har vært implementert innen de ulike utdanningene. Dette viser at ICF har vært inkludert i et spekter av ulike temaer, moduler eller spesialiteter.

Tabell 14: I hvilke temaer, moduler eller spesialiteter har ICF vært implementert?

Type utdanning	Temaer, moduler, spesialiteter
Sykepleie (N=5)	Akutt og kritisk syke mennesker (n=2) Reumatologiske lidelser Rehabilitering (n=2) Habilitering Praksis (n=2)
Vernepleie (N=5)	Funksjonshemming (n=2) Rehabilitering / habilitering Observasjon og kartlegging Utvikling og samspill Læring og utvikling Sosiologi- Stigma System til individ Praksis
Ergoterapi (N=3)	Introduksjon til ergoterapi Aktivitet og aktivitetsanalyse Aktivitet og deltagelse som middel Somatisk helse (n=2) Arbeidshelse Allmennhelse Praksis
Medisin (N=2)	Samfunnsmedisin Rehabiliteringsmedisin Arbeids og miljømedisin
Fysioterapi (N=4)	Funksjonsforståelse og funksjonstilnærming Måling og vurdering av personer med muskelskjelettlidelse Undersøkelse og funksjonsvurdering (n=2) Muskelskjelettlidelser Behandling og rehabilitering Utformingen av journaler, -nivåklassifisering Praksis

Note: N=antall utdanninger, n=antall dokumenter

3.1.8 Generell implementering av ICF

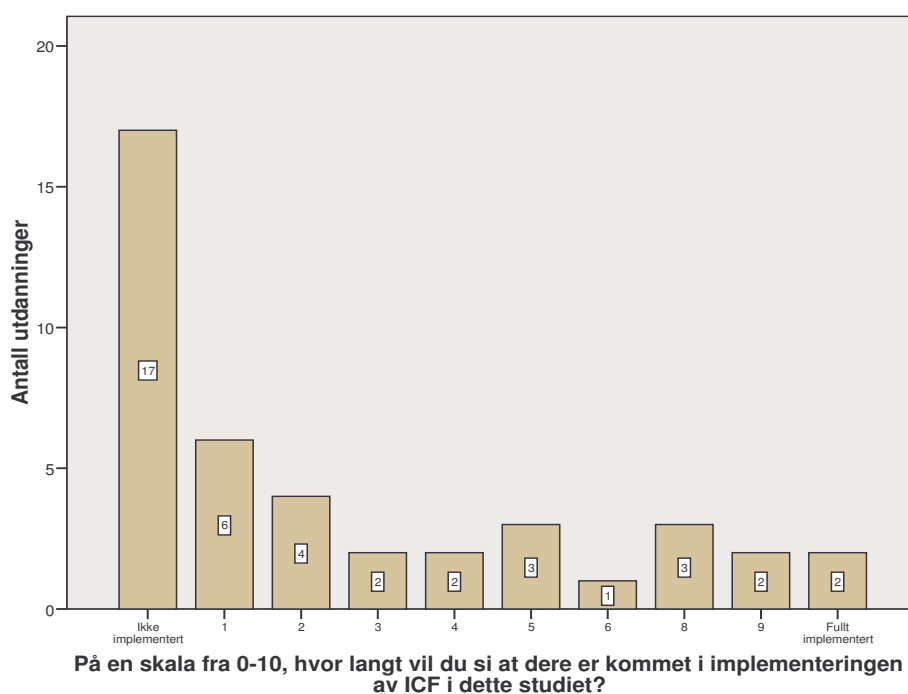
Tabell 15 viser hvilket år den enkelte utdanningen har iverksatt implementering av ICF. Den viser at de fleste ikke har implementert ICF, men også at de fleste av de som har implementert ICF har gjort det på slutten av nittitallet og 2000-tallet. Videre vises en profil der fysioterapi og ergoterapi har startet tidligst, dernest er implementeringen skjedd innen vernepleie. Alle disse 16 utdanningene fra fysioterapi, ergoterapi og vernepleie kom i gang med implementeringen av ICF i henholdsvis 2003, 2004 og 2006. Profilen for medisinutdanningen er mer spesiell, der en utdanning har jobbet med ICF i mange år (siden 2000), mens de andre ikke har implementert ICF. Innen sykepleie har implementeringen startet fra 2003.

Tabell 15: Når ble ICF implementert i utdanningen?(antall)

År	Alle	Ergoterapi	Fysioterapi	Medisin	Sosionom	Sykepleie	Vernepleie
1980	1		1				
1996	1	1					
1998	1		1				
2000	3	1		1			1
2002	3	1	1				1
2003	2		1			1	
2004	3	1					2
2005	4				1	3	
2006	5					1	4
ikke	20			3	4	13	
SUM	43	4	4	4	5	18	8

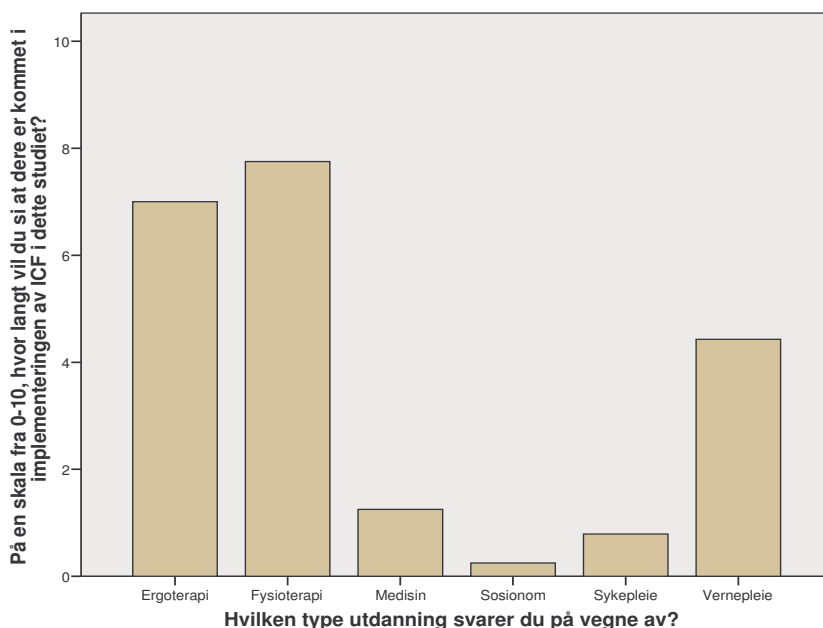
Samlet sett er det få utdanninger som oppga at de hadde kommet langt i implementeringen av ICF, men som vi vil vise, var det store forskjeller mellom de ulike utdanningene når det gjeldt grad av implementering.

Selv om ICF har vært implementert i flere år, trenger det ikke bety at de opplever at utdanningen har kommet langt i sin implementering. I figur 3 presenterer vi svarfordelingen på spørsmålet om hvor langt de enkelte utdanningene har kommet i implementeringen av ICF i de aktuelle studiene. Figuren viser at svært mange opplever at de ikke hadde kommet i gang med implementeringen av ICF. Hele 17 av 42 svar oppga at de ikke hadde startet med implementeringen av ICF. Dette svarer til mer enn 40 prosent av de utdanningene som hadde svart. Bare 2 av utdanningene oppga at ICF var fullt implementert.



Figur 3: På en skala fra 0-10, hvor 10 er fullt implementert, hvor langt vil du si at dere er kommet i implementeringen av ICF i dette studiet? Grad av implementering

I figur 4 har vi oppsummert de ulike utdanningstypenes egenrapporterte grad av ICF implementering. Her tilsvare verdien 0 at ICF ikke er implementert i utdanningen, mens verdien 10 svarer til full implementering. Sosionomutdanningen kom ut med den laveste verdien på skalaen over egenrapportert ICF-implementering. Deretter fulgte sykepleierutdanningen og medisinerutdanningen tett på. Vernepleieutdanningen lå i en mellomposisjon med en gjennomsnittsverdi på 4,5. Ergoterapi og fysioterapi utdanningen lå mellom 75-80 prosent av full implementering av ICF. I følge svarene har fysioterapiutdanningen kommet lengst i implementering av ICF.



Figur 4: På en skala fra 0-10, hvor 10 er fullt implementert, hvor langt vil du si at dere er kommet i implementeringen av ICF i dette studiet? Type utdanning

Samlet egenrapportert grad av ICF implementering stemmer godt overens med bildet som har manifestert seg gjennom analysene av enkeltelementer ved ICF implementering, som presentert i kapittel 3.1.2 til 3.1.6. Verdiene på den egenrapporterte ICF- implementeringsskalaen er i høy grad sammenfallende med verdiene for de enkelte ICF indikatorene vi har vist tidligere i teksten. Den egenrapporterte rapporteringen i figur 3 kan derfor sees på som et presist uttrykk for hvor langt de ulike utdanningene har kommet i den faktiske ICF implementeringen.⁵

Dette kan i tillegg vises ved å gi en oversikt over de som svarte ”ja” på de ulike spørsmålene om ICF-implementering. Tabell 16 gir en oppsummering av alle disse resultatene. Den viser også at av alle utdanningene som har svart i undersøkelsen så er implementeringsgraden på 34 prosent i gjennomsnitt. For den enkelte utdanningstype er den imidlertid svært ulik, der den er på 81 prosent for ergoterapiutdanningen og 9 prosent for sosionomutdanningen. Den hyppigst implementerte metoden var muntlig formidling med 68 prosent implementering, mens i individuelle oppgaver var ICF minst implementert, med 20 prosent implementering.

⁵ Fremgangsmåten for denne sammenligningen er som følger: Vi genererte en additiv indeks basert på de syv implementeringsspørsmålene i teksten over. Indeksen har høy indre konsistens med en Alpha verdi på 0,89. Deretter gjorde vi en analyse av den bivarierte korrelasjonen mellom vår ”objektive” implementeringsindeks og den egenrapporterte ICF indeksen i figur 3. Dette gav en korrelasjon på 0,923, tilsvarende 85 prosent forklart varians.

Tabell 16: Oppsummering av grad av ICF-implementering innen 10 områder (prosent)

Implementeringsområde	Alle	Ergoterapi	Fysioterapi	Medisin	Sosionom	Sykepleie	Vernepleie
Nevnt muntlig	68	100	100	50	33	50	100
Finnes på biblioteket	62	100	75	50	20	56	86
Forelesningsmateriell	43	100	100	25	0	21	75
Pensum, ressurslitteratur	37	75	75	0	20	21	67
Klinikk, ferdighetstrening	23	75	75	0	0	5	43
Modulplaner, temaplaner	23	75	100	0	0	0	38
Plan for ICF-implementering	21	75	0	0	0	16	43
Fagplaner, studieplaner	21	100	75	0	0	0	25
Gruppeoppgaver	21	75	75	0	0	0	38
Individuelle oppgaver	20	33	75	0	20	0	43
Gjennomsnittlig implementering	34	81	75	13	9	17	56

3.2 Dokumentanalysen

Vi har i hovedsak mottatt tre hovedtyper ICF-relatert undervisningsmateriell som er benyttet i utdanningene; planer, forelesningsmateriell og oppgaver. Noen er presentert i dette kapittelet, andre som vedlegg.

3.2.1 Planer

Utdanningene har her sendt inn eksempler på hvordan ICF er benyttet i tre typer plandokumenter; fagplaner, temaplaner og praksishefter. Her er noen eksempler på hvordan ICF er implementert i disse:

Fagplan: ”Som et gjennomgående fokusområde vektlegges ICF International Classification of Function, Disability and Health. ICF (World Health Organization, WHO 2001) er både et klassifikasjonssystem og en teoretisk modell som beskriver helse, funksjon og funksjonshemming, utviklet av Verdens Helseorganisasjon. En testversjon (kalt ICIDH) ble gitt ut i 1980 - den nåværende versjonen kom i 2001. ICF brukes internasjonalt av et spekter av ulike profesjoner, og er spesielt mye brukt innen rehabilitering. Den er foreslått valgt som et felles språk for de europeiske ergoterapeututdanningene (ENOTHE 2006). Dette begrepsapparatet vil særlig bli brukt i utdanningen for å sikre at ergoterapeuter har et språk som kommuniserer med andre yrkesgrupper innenfor helse-, sosial- og velferdssystemene.” (Kilde: Fagplan for ergoterapeututdanningen ved Diakonhjemmets Høgskole Rogaland)

Modulplan: ”Modulen funksjonsvurdering basert på ICF har som mål å gi studentene gode manuelle og teoretiske ferdigheter knyttet til funksjonsundersøkelse av personer med muskelskjelettlidelse. WHO's ICF – klassifisering vil bli brukt som rammeverk for studentenes funksjonsforståelse.” (Kilde: Institutt for fysioterapi, Høgskolen i Oslo, studieretning Mensendieck)

Praksishefte: ”Grunnjournal- fysioterapi. Funksjonsdiagnose bygger på gjennomført undersøkelse. Bør stilles i forhold til tre dimensjoner (ICF).” (Kilde: Fysioterapiutdanningen, Høgskolen i Bergen).

Praksishefte: ”Følgende spesialiteter er forventet at studenten får med seg i løpet av praksisperioden: IR- individuell rehabiliteringsplan og ICF- et internasjonalt

klassifikasjonssystem av funksjon, funksjonshemming og helse” (Kilde: Sykepleierutdanningen, Høgskolen i Gjøvik).

3.2.2 Oppgaver

De fleste innsendte oppgaveeksemplene var kasusoppgaver der studentene skulle strukturere opplysningene/kartleggingsfunn ut fra ICF, som et utgangspunkt for planlegging av videre rehabilitering. I noen av oppgavene ble studentene bedt om å bruke begrepsapparatet i ICF for å sette opp mål og tiltaksforslag (vedlegg 4-6). I en annen kasusoppgave skulle studentene identifisere hovedbegrepene i ICF ved å streke under i selve kasuset (Vedlegg 7). Det ble også sendt inn ett eksempel på en aktivitetsanalyse, der en del av oppgaven var å analysere kroppsdomenene i ICF (Vedlegg 8). I tillegg er det sendt inn to oppgaver med ett spørsmål hver, der studentene skal redegjøre for hva ICF er, og hvordan den kan benyttes i rehabiliteringen.

3.2.3 Forelesningsmaterieill

De aller fleste innsendte eksempler på hvordan ICF er benyttet i forelesningssammenheng, bygger på den nasjonale presentasjonen⁶. Noen har trukket ut enkelte av lysbildene fra denne, mens andre har i tillegg supplert med egne lysbilder. Noen har laget egne presentasjoner som har tatt utgangspunkt i ICF-presentasjonen fra Universitet i München⁷, samt fra relevant litteratur. De fleste forelesningene hadde presentasjon av ICF som hovedmål. Hos noen var det andre hovedtema for forelesningen, mens var ICF var trukket inn som et deltema. Disse temaene var:

- Habilitering/rehabilitering
- Funksjonshemming
- Vurderings- og målemetoder

Et eksempel på en forelesning i habilitering og rehabilitering er gitt i vedlegg 9.

4. Diskusjon

Målet med denne studien var å utvikle ny innsikt i hvilken grad ICF er implementert i følgende syv utdanninger; ergoterapi, fysioterapi, medisin, psykologi, sosionom, sykepleie og vernepleie og samle inn materieill som brukes i disse utdanningene der kunnskap om og bruk av ICF inngår.

⁶ Utviklet for Sosial- og Helsedirektoratet i 2003 i forbindelse med norsk lanseringskonferanse av ICF av Randi Wågø Aas

⁷ Utviklet av Universitet i München, i miljøet som koordinerer arbeidet med Core-sets og linking av instrumenter opp mot ICF

4.1 Tematisk diskusjon

Mer enn halvparten av utdanningene som deltok i denne studien hadde kommet i gang med implementering av ICF, noe som kan sies å være mer enn forventet. Det var imidlertid stor variasjon mellom utdanningene i forhold til hvor langt de var kommet. Dette ses som hovedfunnene i denne studien. Vi hadde en hypotese på forhånd om at ICF var mest implementert innen ergoterapi- og fysioterapiutdanningene, noe som ble bekreftet. Ergoterapeut- og fysioterapeututdanningene var kommet svært langt, vernepleierutdanningen var godt i gang, mens sykepleie-, medisin- og sosionomutdanningene hadde kommet kort. Dette vises blant annet gjennom forskjeller i antallet metoder/medier der ICF er tatt i bruk. Det at den selvrapporterte implementeringsgraden generelt lå under den implementeringen vi så gjennom en gjennomsnittsverdi av implementering i de 10 ulike metoder/medier styrker påliteligheten og gyldigheten i svarene som er gitt.

Psykologutdanningene har vi så langt ikke kunnskap om, i og med at de ikke svarte på undersøkelsen. Ser vi til USA, har psykologforbundet der (APA, American Psychological Association) en sentral rolle i samarbeid med WHO for å utvikle klinisk manual for anvendelse av ICF for ulike grupper helsepersonell⁸. Psykologer og Psykologforeningen har også vært aktive i det norske implementeringsarbeidet, koordinert av Helsedirektoratet.

Samlet sett fra alle utdanningene ble det rapportert om 34 prosent implementering på de 10 variablene. Spredningsmålene viser som nevnt store forskjeller mellom utdanningene. Man kan spørre seg om hvorfor det er så store forskjeller? Er kanskje ikke ICF like anvendelig for de ulike profesjonene? Eller handler dette om at det er mer eller mindre kjennskap til ICF innenfor de ulike utdanningsgruppene, nasjonalt og internasjonalt? Eller kan det skyldes at ICF er mer eller mindre ens med rådende teorier i det enkelte fag? I og med at vi ikke har internasjonal litteratur som formidler resultater fra andre lignende studier er det ikke mulig å diskutere om norsk implementering av ICF skiller seg fra andre lands implementering i utdanningssystemet.

Et annet sentralt funn i studien var at utdanningene oppgav at de hadde kommet lengst med å implementere ICF for studentene gjennom muntlige formidling (68 prosent) samt ved å gjøre ICF litteratur tilgjengelig på bibliotekene. Implementering gjennom planer for utdanningene samt i oppgaver og klinikk/ferdighetstrening var betydelig sjeldnere brukt. At ICF er implementert slik at det er eksplisitt uttrykt i skriftlige planer for utdanningene kan være avgjørende for at implementeringen skjer bevisst og innen flere temaområder. Å få ICF inn på ulike måter som også innebærer egenaktivitet for studentene kan være viktig for læringsutbyttet, og hvor godt de blir kjent med ICF. Dette kan bety at de ikke bare ”kjenner til” ICF, men også ”kan gjøre rede for” og ”kan bruke” ICF. Denne rapporten gir flere eksempler på oppgavetekster gitt innen ulike utdanningstyper (som vedlegg).

⁸ http://www.apapractice.org/apo/insider/professional/international_classification.html#

Man kunne tenke seg at ICF var mest implementert innenfor moduler og temaer som hadde med (re)habilitering å gjøre. Basert på det innsendte materialet fant vi imidlertid et bredt spekter av temaer/moduler/spesialiteter også utenfor rehabiliteringsfeltet. Dette kan gi indikasjon på at ICF oppleves relevant for et spekter av temaområder innen helse- og sosialfaglige utdanninger.

Det innsamlede materialet viste at mange av presentasjonene om ICF bygde på den offisielle presentasjonen som ble utarbeidet som et ledd i Helsedirektoratet sin strategi for implementering, i forbindelse med den nasjonale lanseringskonferansen av ICF i januar 2004. Når den reviderte utgaven med forslag til manus nå gis ut i rapportform⁹, kan den bidra til å gjøre det enda lettere å presentere ICF innen relevante utdanninger. Det å gi en grundig innføring i ICF av høy kvalitet kan ses som en portåpner for det videre implementeringsarbeidet. I et slikt perspektiv kan slike presentasjoner være kritiske for hva som skjer videre.

Et annet aspekt er hvor mange studenter, og derved fremtidige helsearbeidere de respektive utdanningene representerer. De utdanningene som hadde kommet lengst i implementeringen har få studenter. For å sikre en større spredning av ICF, vil det være kritisk å stimulere implementeringen innen utdanningsgruppene som representerer flest studenter, slik som sykepleie- og medisinerutdanningene. Alene representerte de 80 prosent av de cirka 14 000 studentene som går ved de utdanningene som deltok i denne studien. Å dra nytte av de som har kommet lengst kan være en egnet strategi i den videre implementeringen av ICF innen utdanningssystemet i Norge.

Hvor langt har vi så kommet i Norge med implementering av ICF? Med en implementering på rundt 35 prosent så er vi på god vei, men det er fremdeles mye som gjenstår i dette arbeidet. Hva som vil bli gjort på nasjonalt nivå for å stimulere utdanningene til implementering, kan være avgjørende for hvor raskt den vil skje.

4.2 Metodiske begrensninger

En metodisk svakhet med denne studien kan være svarprosenten, hvis det er slik at de utdanningene som ikke svarte har en annen implementeringsgrad enn de som svarte. Det kan også tenkes at det er de som har kommet kortest med ICF-implementering som ikke har svart. Vi har imidlertid ingen holdepunkter for å vite om dette kan være tilfelle. Hvis det finnes slike skjevheter, kan dette redusere generaliserbarheten av resultatene. Imidlertid er det en svært høy svarprosent fra medisin- (100 prosent), fysioterapi- (100 prosent) og ergoterapiutdanningene (80 prosent), noe som gjør at en kun bør ha dette i mente for resultatene fra vernepleier-, sykepleie- og sosionomutdanningene.

Hvor lett det har vært å besvare spørsmålene for respondentene kan også påvirke validiteten av studien. I et utdanningsløp på 3-6 år er det mange planer, forelesninger,

⁹ Aas RW, Hellem I, Ellingsen KL (2008) WHO's ICF. En nasjonal presentasjon. IRIS-rapport 2008/256. ISBN: 978-82-490-0608-3

bøker mv. på pensum som det kan være vanskelig å ha oversikt over. Dette bør tas med i tolkningen av resultatene fra denne studien.

Vedleggsoversikt

<i>Nummer</i>	<i>Innhold og kilder</i>	<i>Antall sider</i>
Vedlegg 1	Invitasjonsbrev, undersøkelse	1
Vedlegg 2	Spørreskjema	1
Vedlegg 3	Dokumentinnsamlingskjema, undersøkelse	2
Vedlegg 4	Oppgave: Case- med skjema for sortering av kartleggingsfunn, og definering av mål og tiltak. Kilde: Vernepleieutdanningene, Høyskolen i Harstad	4
Vedlegg 5	Oppgave: Kartlegging, mål og tiltak innen arbeidsrettet rehabilitering. Oppgavetekst skjema (uten case). Kilde: Ergoterapeututdanningen, Diakonhjemmets høyskole Rogaland	2
Vedlegg 6	Oppgave: Pasientbilder av voksne, med inndeling ut fra ICF. Kilde: Fysioterapeututdanningen, Høyskolen i Bergen	1
Vedlegg 7	Oppgave: Kasus og sortering ut fra ICFs domener. Kilde: Vernepleierutdanningen, Høyskolen i Bergen	1
Vedlegg 8	Oppgave: Aktivitetsanalyse- inkludert analyse av kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer ut fra ICF (del 4). Kilde: Ergoterapeututdanningen, Diakonhjemmets høyskole Rogaland	6
Vedlegg 9	Forelesning: Case med rehabiliteringsmål, rehabiliteringsmuligheter og tiltaksplan. Ergoterapeututdanningen, Høyskolen i Bergen	1

References

Cavanagh S 1997, "Content analysis: concepts, methods and applications", *Nurse Researcher*, vol. 4, no. 3, pp. 5-16.

Dekker J 1995, "Application of the ICIDH in survey research on rehabilitation: the emergence of the functional diagnosis", *Disability and Rehabilitation*, vol. 17, no. 3/4, pp. 195-201.

Downe-Wamboldt B 1992, "Content analysis: Method, applications and issues", *Health Care for Women International*, vol. 13, pp. 313-321.

Engbers M, Veiersted B, & Prosjektgruppen for "ekspertkonferansen" 2003, Rapport fra ekspertkonferanse om funksjonsvurdering 27-28 januar 2003, STAMI-rapport Årg. 4, nr. 4 (2003). Statens Arbeidsmiljøinstitutt.

Fabian ES, McInerney M, & dos Santos Rodrigues P 2005, "International education in rehabilitation", *Rehabilitation Education*, vol. 19, no. 1, pp. 1-24.

Halbertsma J, Heerkens YF, Hirs WM, de Kleijn-de Vrankrijker MW, Van Ravensberg CD, & Napel HT 2000, "Clinical commentary. Towards a new ICIDH", *Disability and Rehabilitation*, vol. 22, no. 3, pp. 144-156.

Hocking C & Ness NE 2004, "WFOT minimum standards for the education of occupational therapists: shaping the profession", *WFOT Bulletin*, vol. 50, pp. 9-17.

Homa DB & Peterson DB 2005, "Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in teaching rehabilitation client assessment", *Rehabilitation Education*, vol. 19, no. 2-3, pp. 119-128.

Hsieh HF & Shannon SE 2005, "Three approaches to qualitative content analysis", *Qualitative Health Research*, vol. 15, no. 9, pp. 1277-1288.

Priest, Roberts, & Woods L 2002, "An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 1: theoretical issues", *Nurse Researcher*, vol. 10, no. 1, pp. 30-42.

Sosial og helsedepartementet 2000, NOU 2000:27. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv.

Soukup MG & Vøllestad NK 2001, "Classification of problems, clinical findings and treatment goals in patients with low back pain using the ICIDH - 2 Beta - 2", *Disability and Rehabilitation*, vol. 23, no. 11, pp. 462-473.

Van Bennekom CAM, Jelles F, & Lankhorst GJ 1995, "Rehabilitation activities profile: the ICIDH as a framework for a problem-oriented assessment method in rehabilitation medicine", *Disability and Rehabilitation*, vol. 17, no. 3/4, pp. 169-175.

Vik K. & Dahl T.H. 1999, "Who's ICDH -2 klassifikasjon - nå i Beta -2-versjon", Ergoterapeuten, vol. 11, pp. 24-27.

WHO 1994, International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. ICD-10 1992-94. World Health Organization, Geneva.

WHO 2001, International classification of functioning, disability and health, ICF World Health Organization, Geneva.

Woods L, Priest H, & Roberts P 2002, "An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 2: practical illustrations", Nurse Researcher, vol. 10, no. 1, pp. 43-51.

Til

....

Att: Dekan/studieleder/instituttleder

Forespørsel om å delta i en undersøkelse om implementering av WHO's "Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse" (ICF) innen relevante utdanninger i Norge

International Research Institute of Stavanger (IRIS) har i samarbeid med Diakonhjemmet Høgskole Rogaland fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å utarbeide materiell til bruk i implementering av ICF innen relevante utdanninger. Dette oppdraget inngår som en del av Helsedirektoratets strategiske plan om å stimulere til at fremtidens helse- og sosialpersonell blir kjent med ICF gjennom sin utdanning. Materialet skal presenteres på en *nasjonal konferanse 14. januar 2009* i Helsedirektoratet, og vil også bli gjort tilgjengelig for universiteter og høyskoler, slik at det kan benyttes i undervisningsopplegg overfor studenter. Målgruppen for konferansen er utdanningspersonell fra høyskoler og universitet.

Deres utdanning inviteres nå til å delta i en *kartleggingsundersøkelse*. Forespørselen går ut til utdanninger innen ergoterapi, fysioterapi, medisin, psykologi, sosialfag, sykepleie og vernepleie. Målet med kartleggingsundersøkelsen er å få en oversikt over på hvilken måte og i hvilken grad ICF er implementert i relevante utdanninger. Implementeringen gjelder begge ICFs bruksområder; som klassifikasjonssystem og/eller som teoretisk modell. Det er viktig å besvare undersøkelsen selv om ikke ICF er tatt i bruk i deres utdanning.

Undersøkelsen består av to deler:

Del A: Utfylling av et spørreskjema på en side, som returneres ferdig utfylt i vedlagte svarkonvolutt. Enkeltutdanninger behandles anonymt, og identifiseres ikke i presentasjon av resultater fra studien.

Del B: Innsending av undervisningsmateriell der ICF er benyttet og som brukes i deres utdanning. Dette kan sendes i vedlagte konvolutter, eller per e-post til inger.hellem@iris.no. Hvis dere sender inn per e-post husk å oppgi hvordan dere vil at vi skal referere til kilden for materialet (hvis det tas i bruk).

Svarfrist: 17.10.08.

På forhånd takk for deres bidrag.

Vennlig hilsen

Sign.
 Randi Wågø Aas
 Prosjektleder/ Seniorforsker
 IRIS
 51 87 51 57
randi.aas@iris.no

Sign.
 Kjersti Lunde Ellingsen
 Høyskolelektor
 Diakonhjemmet høyskole Rogaland
 51 97 22 53
kje@diakonhjemmeths.no

Sign.
 Inger Hellem
 Høyskolelektor
 Diakonhjemmet høyskole Rogaland
 51 97 22 51
inger.hellem@iris.no

A

Undersøkelse

Kartlegging av bruk av ICF innen utdanninger i Norge

1	Hvilken type utdanning svarer du på vegne av? (sett ett kryss ¹)	<input type="checkbox"/> Ergoterapi <input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Medisin <input type="checkbox"/> Psykologi	<input type="checkbox"/> Sosionom <input type="checkbox"/> Sykepleie <input type="checkbox"/> Vernepleie
2	Hvor mange studenter går på denne utdanningen?	(Skriv antall her)	
3	Er ICF ² nevnt i gjeldende fag-/studieplan for studiet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
4	Er ICF ² nevnt i gjeldende modul-/temaplaner for studiet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
5	Er ICF ² nevnt muntlig for studentene i løpet av studiet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Vet ikke
6	Er ICF ² nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet, gjennom forelesningsmaterieill?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
7	Er ICF ² nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet, gjennom gruppeoppgaver?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
8	Er ICF ² nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet, gjennom individuelle oppgaver?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
9	Er ICF ² nevnt skriftlig for studentene i løpet av studiet, gjennom klinikk / ferdighetstrening?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
10	Hvilket år ble ICF ² første gang tatt i bruk i utdanningen?	<input type="checkbox"/> Ikke tatt i bruk <input type="checkbox"/> Tatt i bruk ca. i år:	(årstall)
11	Er ICF pensumlitteratur / ressurslitteratur i denne utdanningen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
12	I hvilke tema(er), modul(er) eller kliniske spesialitet(er) er ICF ² benyttet? (Skriv her)		
13	Finnes ICF på biblioteket som benyttes av studentene ved dette studiet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
14	På en skala fra 0-10, hvor langt vil du si at er dere kommet i implementeringen av ICF ² i dette studiet?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (0= Ikke startet, 10= Fullt implementert)	
15	Har utdanningen en plan for implementering av ICF ² ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke

Hvilken rolle i utdanningen har den som har fylt ut dette skjemaet?

- Dekan / Prodekan
- Studieleder / Instituttleder
- Undervisningspersonell
- Administrativt personell
- Andre

¹ Selv om dere driver flere utdanninger skal det fylles ut *ett skjema* per utdanningstype

² ICFs *testversjon* ICIDH (1980), og de tre *revisjonsversjonene* ICIDH-2 Beta-I Draft, Beta-II Draft og Prefinal draft (1997, 1999, 2000) regnes også med sammen med *nåværende versjon* ICF (2001)

B

Innsending av undervisningsmateriell

I delstudie B samler vi inn ulike typer materiell som dere bruker i utdanningen, der ICF blir benyttet eller nevnt i en eller annen form. Dette kan være *fagplaner, temaplaner, modulplaner, implementeringsplaner, undervisningsmateriell, powerpointpresentasjoner, gruppeoppgaver, individuelle oppgaver, instrumenter/verktøy, klinikkoppgaver, caseoppgaver, ferdighetstrening* og lignende. Noe av dette materialet vil danne grunnlaget for utvikling av en idébank for undervisningsopplegg, som vil bli gjort tilgjengelig for høyskoler og universitetsutdanninger som skal implementere ICF.

Innsending/vedlegg I:

Denne innsendingen/dette vedlegget har vært brukt til følgende formål:

- Planlegging
- Forelesning
- Gruppeoppgave
- Individuelle oppgaver
- Klinikk / ferdighetstrening
- Annet

Vennligst kryss av for hvordan dere ønsker at vi evt. refererer til kilden for dette materialet:

- Anonymt
- Institusjon (skriv på institusjonen sitt navn på selve vedlegget)
- Person (skriv på forfatter(e) sitt navn på selve vedlegget)

Innsending/vedlegg II:

Denne innsendingen/dette vedlegget har vært brukt til følgende formål:

- Planlegging
- Forelesning
- Gruppeoppgave
- Individuelle oppgaver
- Klinikk / ferdighetstrening
- Annet

Vennligst kryss av for hvordan dere ønsker at vi evt. refererer til kilden for dette materialet:

- Anonymt
- Institusjon (skriv på institusjonen sitt navn på selve vedlegget)
- Person (skriv på forfatter(e) sitt navn på selve vedlegget)

Innsending/vedlegg III:

Denne innsendingen/dette vedlegget har vært brukt til følgende formål:

- Planlegging
- Forelesning
- Gruppeoppgave
- Individuelle oppgaver
- Klinikk / ferdighetstrening
- Annet

Vennligst kryss av for hvordan dere ønsker at vi evt. refererer til kilden for dette materialet:

- Anonymt
- Institusjon (skriv på institusjonen sitt navn på selve vedlegget)
- Person (skriv på forfatter(e) sitt navn på selve vedlegget)

Innsending/vedlegg IV: _____

Denne innsendingen/dette vedlegget har vært brukt til følgende formål:

- Planlegging
- Forelesning
- Gruppeoppgave
- Individuelle oppgaver
- Klinikk / ferdighetstrening
- Annet

Vennligst kryss av for hvordan dere ønsker at vi evt. refererer til kilden for dette materialet:

- Anonymt
- Institusjon (skriv på institusjonen sitt navn på selve vedlegget)
- Person (skriv på forfatter(e) sitt navn på selve vedlegget)

Innsending/vedlegg V: _____

Denne innsendingen/dette vedlegget har vært brukt til følgende formål:

- Planlegging
- Forelesning
- Gruppeoppgave
- Individuelle oppgaver
- Klinikk / ferdighetstrening
- Annet

Vennligst kryss av for hvordan dere ønsker at vi evt. refererer til kilden for dette materialet:

- Anonymt
- Institusjon (skriv på institusjonen sitt navn på selve vedlegget)
- Person (skriv på forfatter(e) sitt navn på selve vedlegget)

Innsending/vedlegg VI: _____

Denne innsendingen/dette vedlegget har vært brukt til følgende formål:

- Planlegging
- Forelesning
- Gruppeoppgave
- Individuelle oppgaver
- Klinikk / ferdighetstrening
- Annet

Vennligst kryss av for hvordan dere ønsker at vi evt. refererer til kilden for dette materialet:

- Anonymt
- Institusjon (skriv på institusjonen sitt navn på selve vedlegget)
- Person (skriv på forfatter(e) sitt navn på selve vedlegget)

Innsending/vedlegg VII: _____

Denne innsendingen/dette vedlegget har vært brukt til følgende formål:

- Planlegging
- Forelesning
- Gruppeoppgave
- Individuelle oppgaver
- Klinikk / ferdighetstrening
- Annet

Vennligst kryss av for hvordan dere ønsker at vi evt. refererer til kilden for dette materialet:

- Anonymt
- Institusjon (skriv på institusjonen sitt navn på selve vedlegget)
- Person (skriv på forfatter(e) sitt navn på selve vedlegget)

Husk å nummerere vedleggene jamfør tallene over (romertall).
Du kan sende vedlegget i vedlagte frankerte konvolutt,
i egen konvolutt til IRIS, Att: Randi Aas, Box 8046, 4068 Stavanger
eller til denne e-postadressen: inger.hellem@iris.no

CASE

Tor er 50 år gammel. Han har egen leilighet i et sentralt beliggende borettslag-
Hjortestien 2- hvor det bor seks personer med psykisk utviklingshemming fordelt
på to hus. Det er sju hele og fire halve stillinger knyttet til Hjortestien 2. Det er tre
personer på vakt på kveldstid. Borettslaget ligger i et boligområde hvor det
hovedsakelig bor eldre mennesker. Det er liten og ingen kontakt mellom beboerne i
borettslaget og de andre som bor i boligområdet.

Tor bodde hjemme hos foreldrene sine til han var ti år gammel, da han flyttet til en
sentralinstitusjon - Tyribakken - hvor han bodde til han kjøpte denne leiligheten for
12 år siden. Tyribakken ligger i en kommune langt unna kommunen der Tor vokste
opp og Tor hadde liten kontakt med familien de årene han bodde der. I dag bor Tor
om lag fem mil fra barndomshjemmet, der hans mor og søster fremdeles bor. Hans
far er død for mange år siden.

Tor har diagnosen psykisk utviklingshemmet og er i tillegg periodevis psykotisk.
Han har vanligvis hatt behov for innleggelse i psykiatrisk sykehus to til tre ganger i
året, da for en periode på to til tre uker. Han bruker nevroleptika, og dosen blir
vanligvis justert i forbindelse med disse innleggelsene. Tor har stått på nevroleptika
i ti år nå. For tida er dosen 25 mg Nozinan tre ganger daglig.

Tor har ingen fysiske handikap eller sansedefekter som en kjenner til, og han oppgis
å ha små problemer med de fleste ADL-funksjonene. Han har fullført grunnskolen,
og han kan lese og skrive enkel tekst. Han har imidlertid lite greie på penger,
bortsett fra at han vet at han må betale for de varene han tar med seg hjem fra
butikken. Han vil verken handle, ta buss eller gå på kino alene, men setter pris på
disse aktivitetene når han er sammen med en av personalet. Han tar likevel ikke
initiativ til dette selv.

Tor har et vernet arbeidstilbud fire dager i uka. Her hogger og stabler han ved. Ved siden av dette har han et arbeids og voksenopplæringstilbud, som han har fått gjennom voksenopplæringen, en dag i uka. Her driver han med håndarbeid og matlaging. Tor er uføretrygdet og har hjelpeverge.

I fritida gjør Tor en del husarbeid. Noen ganger drar han på besøk til sin mor og søster-med taxi -, eller disse kommer på besøk til ham. Lørdagskvelden tilbringer han ofte i lag med de andre beboerne i borettslaget i et felles oppholdsrom - Fellesstuen - hvor de ser på TV og spiser snacks og god mat. En har imidlertid ikke inntrykk av at det er noe nært vennskap mellom noen av disse og Tor.

Tor er, som nevnt, glad både i å gå i butikker, ta buss og å gå på kino, men personalet har sjelden tid til å være sammen med ham på dette. Han er videre opptatt av dyr, spesielt hunder, katter og hester.

Om en ikke kjenner Tor kan det være vanskelig å forstå hva han sier, da han snakker svært utydelig. En mener at han forstår alt som blir sagt til ham, men han har store vanskeligheter med å svare verbalt utover et enkelt ja eller nei. (Det er ikke påvist noen feil ved taleorganene til Tor.) I slike situasjoner virker Tor både frustrert og lei seg, og sier gjerne den samme setningen opp og opp igjen, helt til folk ber ham la være eller eventuelt rett og slett går i fra ham. Slike situasjoner virker stressende både på Tor og de personene han omgås, og det synes som om folk prøver å unngå å måtte kommunisere med Tor utover det som er høyst nødvendig.

Med utgangspunkt i caset skal dere sortere informasjonen om Tor og hans situasjon med tanke på planlegging av videre (re)-habiliteringsarbeid. Lag forslag til mål, tiltak og ansvarsfordeling videre i (re)-habiliteringsprosessen.

**Sortering av informasjon om tjenestemottaker og hans situasjon –
utgangspunkt for planlegging av videre (re-) habilitering**

	Ressurser	Problemer
<p>Omgivelser og miljø</p> <p>Sosiale, fysiske og holdningsmessige omgivelser på tjenestemottakers ulike arenaer.</p>		
<p>Deltakelse – viktige livsområder</p> <p>Engasjement i livssituasjoner. Hvilke roller og funksjoner har tjenestemottaker, hva deltar han/hun i, hva kjennetegner denne personen</p>		
<p>Kropp og sinn</p> <p>Funksjon og funksjonssvikt på "kropps nivå".</p>		
<p>Aktiviteter</p> <p>Mulighet og evne til å utføre dagliglivets gjøremål</p>		

Mål, tiltak og ansvarsfordeling videre i (re-)habiliteringsprosessen

	Mål	Tiltak	Ansvar
<p>Omgivelser og miljø</p> <p>Sosiale, fysiske og holdningsmessige omgivelser på tjenestemottakers ulike arenaer.</p>			
<p>Deltakelse – viktige livsområder</p> <p>Engasjement i livssituasjoner. Hvilke roller og funksjoner har tjenestemottaker, hva deltar han/hun i, hva kjennetegner denne personen</p>			
<p>Kropp og sinn</p> <p>Funksjon og funksjonssvikt på "kropps nivå".</p>			
<p>Aktiviteter</p> <p>Mulighet og evne til å utføre dagliglivets gjøremål</p>			

TEMA 10 – Arbeidshelse i et aktivitetsperspektiv.
ET05 2008

MAPPE 4 – gruppebesvarelse

ARBEIDSRETTET REHABILITERING

Vi kan lese følgende på hjemmesiden til Nasjonalt kompetansesenter for Arbeidsretta Rehabilitering - Attføringscenteret i Rauland (www.air.no):

Arbeidsretta rehabilitering er rehabiliteringsprosessar med deltaking i arbeidslivet som overordna mål.

Arbeidsretta rehabilitering byggjer på ei biopsykososial forståing av funksjon/sjukdom. Ei slik forståing inneber ei anerkjening av at sjukdom og/eller nedsett funksjonsevne ikkje bare har biologiske årsaker, men også psykiske, sosiale og kulturelle årsakssamanhengar. I arbeidsretta rehabilitering blir difor desse elementa vektlagt:

- *Brukaren si funksjonsevne må sjåast i samanheng med hennar/hans sine opplevingar og erfaringar, daglegliv og arbeidssituasjon.*
- *Bevisstgjerjing av eigen ressursar og moglegheiter*
- *Fysisk aktivitet i ulike former tilpassa brukaren sine føresetnadar blir vektlagt.*
- *Nær kontakt med arbeidsgjevar, NAV og lokalt hjelpeapparat.*

Oppgaven

Den vedlagte case-/situasjonsbeskrivelse er utgangspunkt for oppgaven; en person som på grunn av sykdom eller skade som (for tiden) har nedsatt funksjonsevne.

Grappa skal **gjøre greie for arbeidsprosessen i kontakt med brukeren** ut fra det gitte nivå ergoterapeuten arbeider på. Hvilke ansvars- og arbeidsoppgaver er tillagt stillingen?

Dere skal definere viktige begrep, kunne benytte relevant ergoterapiteori og relatert viten, samt gjøre greie for aktuelt lovverk og andre rammefaktorer som har betydning for tilbakeføring til arbeid. **Kartlegging, tiltak og mål skal presenteres ut fra begrepsrammen i ICF.**

Målsetninger

Dere skal tilstrebe og oppnå målsetninger i temaplanen. Grappa kan også utforme egne læringsmål for oppgaven.

Omfang og utforming

Besvarelsen skal holde seg innenfor min. 3500 – maks. 4500 ord, (10-12 sider). Besvarelsen skal følge retningslinjer for oppgaveskriving etter kap. 6 i DHS Studiehåndbok 2006-07, notat fra DHS, eller annen litteratur om oppgaveskriving. Oppgi eventuelt kilde.

Veiledning og innlevering

Muntlig veiledning gis til grappa etter avtale. Husk å reservere rom.

(Kilde: Ergoterapeututdanningen, Diakonhjemmet Høgskole)

(vedlegg 5)

Strukturering av kartleggingsfunn ut fra ICF *

personlige faktorer	deltakelse	aktivitet	kropps-funksjoner og strukturer	helsestilstand (ICD-10)	miljøfaktorer
Ressurser	Ressurser	Ressurser	Ressurser		Ressurser
Problemstillinger	Problemstillinger	Problemstillinger	Problemstillinger		Problemstillinger

* redigert etter skjema utviklet av Randi Wågø Aas til bruk ved Rogaland Høgskole, ergoterapeututdanningen. Begrepene er hentet fra norsk oversettelse av ICF fra Sosial- og helsedirektoratet (2004), som bygger på engelsk originalversjon fra WHO (2001).

(Kilde: Ergo fersa reututdanningen
Dokorbilmet Høgskole Rogaland)

2.

Fra 2. studieår i fysioterapi: gruppearbeid.
Høgskolen i Bergen

(Vedlegg (e))

FYSIOTERAPI TEORI OG PRAKSIS 3 - PASIENTBILDER VOKSNE

Prinsipp:

Målsettingene for fysioterapi for mennesker med skade eller sykdom i sentralnervesystemet er alltid basert på ICFs inndeling av funksjon, funksjonshemming og helse.

Læringsmål:

- Kunne anvende fysioterapiprosessen i møte med pasienter med skade eller sykdom i sentralnervesystemet.
- Kunne undersøke, konkludere, sette mål, planlegge og gjennomføre tiltak for personer som har hatt skade eller sykdom i sentralnervesystemet.
- Ha kunnskap om fysioterapeuters arbeid i tverrfaglig team.
- Ha kunnskap om forhold knyttet til mennesker som har opplevd traumatiske hendelser.

Bilde 1:

Knut Krage er 19 år og ble utsatt for en trafikkulykke på vei hjem fra russefesten 16.mai. I dag, 1 år etter ulykken, forteller Knut at han har bestemt seg for å ta avsluttende eksamen videregående. "Tror du jeg kan klare det selv om jeg har denne stive ekle venstresiden min?" Han hater den elektrisk rullestol han har fått. Hos fysioterapeuten er gåtreening det eneste han er opptatt av.

Bilde 2:

Lise Lunde er 40 år og sykepleier knyttet til hjemmebaserte tjenester. Lise har fortalt til mannen sin at hun den siste tiden har følt en underlig prikking og nummenhet i ene benet. En søndag ettermiddag er Lise på skøytebanen sammen med sine tre barn på 3, 5 og 7 år da hun plutselig får dobbeltsyn og faller hardt på isen.

Bilde 3:

Mons Mikkelsen er 55 år og har kjørt drosje hele sitt voksne liv. Den siste tiden har han følt en økende grad av stivhet i kroppen. Han synes han har fått dårlig balanse, og han føler seg ofte svimmel. En dag reagerer han for seint da han skal ut fra fortauskanten og inn i rushtrafikken. Heldigvis er det bare bilen som får en bulk.

Bilde 4:

"Maria, Maria", se utsnitt av Anne Karin Elstads bok. Se vedlegg.

(Vedlegg 7)

Praktisk øvelse

Læringsmål: Å bli kjent med hovedbegrepene innen ICF

Kasus

Per Hansen er 76 år og bor på et sykehjem.

Han er **pensjonert sjømann og enkemann.**

Han har **Alzheimers sykdom.**

Det medfører for hans del **redusert hukommelse og orienteringsevne.**

Han har i tillegg hatt **hjerneslag** for mange år siden og har **venstresidig lammelse av arm og ben** etter dette.

Høyre side er imidlertid helt **funksjonsdyktig.**

Per Hansen **mestrer personlig hygiene og påkledning, men får likevel hjelp av personalet** til dette da det går fortere.

Han **sitter i rullestol og kan trille stolen selv og stå uten støtte.**

Han **trenger veiledning og litt hjelp under måltider.**

På sykehjemmet har han **enerom med eget bad som er tilrettelagt for rullestolsbruk.**

På grunn av **tilretteleggingen utfører han toalettbesøk uten hjelp.**

Hansen har alltid **likt å synge.**

Når det er allsang på sykehjemmet, **er han alltid med og synger.**

En annen interesse han har hatt, er å **arbeide i hagen** med blomster og grønnsaker.

Han **dyrker ikke den interessen** på sykehjemmet, fordi det **ikke er tilrettelagt for slike aktiviteter for rullestolsbrukere utendørs.**

Oppgave:

Identifiser ved å streke under i teksten:

- Sykdom
- Kroppsfunksjon/struktur
- Avvik
- Aktivitet
- Aktivitetsbegrensning
- Deltagelse
- Deltagelsesrestriksjon
- Personlige faktorer
- Miljøfaktorer – hemmende eller fremmende

(Kilde: Vernepleie, Høgskolen i Bergen)

Spesiell sosiokulturelle hensyn

Kriterier for akseptabelt produkt

Krav til omgivelser

Gjenstander og sine egenskaper

Verktøy/utstyr



Materiell

Plass

Sosial



Del 2 Analyse av virksomhetsområde

ADL –

Arbeid –

Lek/fritid –

Del 3 Analyse av krav til utførelsesferdigheter

Motoriske ferdigheter

KROPPSHOLDNING: (STABILISERER, RETTER OPP, PLASSERER)

MOBILITET: (GÅR, NÅR, BØYER)

KOORDINERING: (KOORDINERER, MANIPULERER, HAR FLYT)

STYRKE/ANSTRENGELSE: (BEVEGER, TRANSPORTERER, LØFTER, KALIBRERER, GRIPER)

ENERGI: (ORKER, HOLDE TEMPO)

Prosess ferdigheter

ENERGI: (HOLDER TEMPO, FOKUSERER)

ANVENDER KUNNSKAP: (VELGER, ANVENDER, HÅNTERER, ARBEIDER MÅLRETTET, SPØR)

TIDSORGANISERING: (INNLEDER, FORTSETTER, GJØR I LOGISK REKKEFØLGE, AVSLUTTER)

ROM OG OBJEKTER: (SØKER/LOKALISERER, SAMLER SAMMEN, ORGANISERER, RYDDER, NAVIGERER)

ADAPTASJON: (LEGGER MERKE TIL/RESPONDERER, TILPASSER ATFERD, TILPASSER MILJØ)

Kommunikasjons og samhandlings ferdigheter

KROPPSBRUK: (FYSISK KONTAKT, BRUK AV BLIKK, GESTIKULERING, KROPPSPLOSSERING, KROPPSRETNING/ORIENTERING, KROPPSSPRÅK)

INFORMASJON UTVEKSLING: (TALER KLART OG TYDELIG, UTTRYKKE BEHOV/KRAV/MENINGER, SPØRRE, INNLEDER SAMSPILL, UTTRYKKE FØLELSER, TILPASSER STEMME, DELER FAKTUELLE/PERSONLIGE INFORMASJON, BRUKE SPRÅK FORSTÅELIG, OPPRETTHOLDER SAMTALEN)

RELASJON: (SAMARBEID, TILPASSE SEG NORMER, HOLDE FOKUS, RESPONDERE, VISE RESPEKT)

Del 4 Analyse av kroppsdomene i ICF

Kroppsfunksjoner

Mentale funksjoner

Overordnede mentale funksjoner:

Spesifikke mentale funksjoner:

Sansefunksjoner og smerte

Synsfunksjoner:

Hørsel og vestibularisfunksjoner:

Øvrige sansefunksjoner:

Smerte:

Stemme- og talefunksjoner

Kretsløps-, blod-, immun- og respirasjonsfunksjoner

Fordøyelse, stoffskifte og indresekretoriske funksjoner

Urinsystemets funksjoner, kjønnsfunksjoner og forplantning

Nerve-, muskel-, skjelett- og bevegelsesrelaterte funksjoner

Ledd- og knokkelfunksjoner:

Muskelfunksjoner:

Bevegelsesfunksjoner:

Huden og tilhørende struktureres funksjoner:

Kroppsstrukturer

Nervesystemets strukturer

Øye, øre og tilhørende strukturer

Stemme- og taledannende strukturer

Strukturer tilhørende fordøyelse, stoffskifte og endokrinsystemet

Strukturer med tilknytning til urinsystemet, kjønnsorganene og forplantning

Bevegelsesapparatets strukturer

Hud og tilhørende strukturer

Case

Kristoffer Karlsen er en 77 år gammel pensjonert lærer. Han er ivrig friluftsmann og har stor interesse for å spille bridge. Han bor i en enebolig sammen med kona. Datteren bor i samme by, og er gift og har to barn. Han har nå hatt hjerneslag, med venstresidige pareser. Klarer nå å stå med støttepunkt – støtter seg med høyre hånd. Utrygg ved forflytning. Redusert sensibilitet. Litt grepsfunksjon, ikke pinsettgrep. Tendens til spastisitet. Neglekt mot rom. Han har ligget seks dager på lokalsykehuset og skal nå utskrives.

Rehabiliteringsmål

Funksjonsområde	Rehabiliteringsmål
Deltagelse	Delta i bridgeklubben Delta på tur med kameratgjeng og familie Delta i matlaging
Aktivitet	Kunne spise uten å sikle Gå minst 50 meter Selvstendig i påkledning Lage frokost, middag
Kroppsfunksjon	Redusert sikling Mindre emosjonell labil

Rehabiliteringsmuligheter

Funksjonsområde	Rehabiliteringsmuligheter
Deltagelse	Familiemann: muligheter for å dele noe av husarbeidet med kona Kamerat: Muligheter for å gjenoppta kontakten med bridgeklubben Friluftsmann: Med noen begrensninger,- fortsatt muligheter til turer
Aktivitet	Muligheter til bedre å mestre daglige gjøremål (gjenvinning av funksjon i affisert side) Muligheter til å gjøre aktiviteter på nye måter
Kroppsfunksjon	Sterk vilje, motivert, pågangsmot Innsikt i egen situasjon Ikke ukritisk Neglekt kan trenes Gjenvinning av noe funksjon i affisert side
Miljø	Støtte i sosiale omgivelser Muligheter for hjelpemidler og tilrettelegging av fysiske omgivelser

Tiltaksplan

Funksjonsområde	Tiltak	Arena
Deltagelse	Holde kontakt med kameratgjengen	Kan komme på besøk på rehabiliteringsavdelingen
Aktivitet	I måltider: trenes munnmotorikk for å bedre sikling og tale Forflytning fra seng til rullestol trenes ved morgenstell, -motorikk og neglekt Personlig stell Matlaging- lunsj	Rehabiliteringsavdelingen Ethvert sted der forflytning foregår På sengepost
Miljø	Trappeheis? Bad: behov for toalettstol- dusjkrakk, støttehåndtak?	Hjemme
Kroppsfunksjon	-Sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, logopedi rettet mot å redusere sikling -Øke funksjon i lammet side, stabilitet i bolen, redusere neglektet	Rehabiliteringsavdelingen Senere hjemme