

Sluttrapport prosjekt 2012/3/0399

Prosjektnavn: Kjernesett i rehabilitering



Prosjekt-tema: Utvikling av et kjernesett for å følge og evaluere rehabiliteringsforløp hos personer med revmatisk sykdom.

Virksomhetsområde: Tiltak for funksjonshemmede, kronisk syke og pårørende

Søkerorganisasjon: Norsk Revmatikerforbund

Prosjektleder: Ingvild Kjekken, Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, Diakonhjemmet Sykehus

Forord

Vi fikk i 2012 innvilget midler til å utvikle et kjernesett av utfallsmål som kan brukes for å følge og evaluere rehabiliteringsforløp hos personer med revmatisk sykdom på tvers av nivåer i helsetjenesten. Med stor velvilje fra Extrastiftelsen har vi fått lov til å utvide prosjektperioden fra to til tre år, og til å omdisponere deler av midlene slik at vi også fikk gjennomført en grundig pilottesting av instrumenter som var aktuelle å inkludere i kjernesettet, og til å utarbeide en digital versjon som kan besvares via pc, nettbrett eller smarttelefon. Resultatet er et kjernesett hvor pasienter kan selvrapportere ti aspekter av helse, funksjon og livskvalitet i en elektronisk portal, og få oppsummert resultatene fortløpende i en samlerapport, slik at de kan følge og dele sin utvikling med aktuelle støttepersoner og samarbeidspartnere.

Til sammen 46 brukerrepresentanter, klinikere og forskere fra ulike nivåer i helsetjenesten og fra alle deler av landet har deltatt i prosjektet. Utviklingsprosessen har vært engasjerende, spennende og lærerik for alle involverte. Vår erfaring er at kjernesettet er etterspurt og fyller et viktig behov for systematisk dokumentasjon av rehabiliteringsforløp, og at det vurderes som nyttig også i andre deler av rehabiliteringsfeltet.

Den digitale versjonen av kjernesettet er nå tatt i bruk ved fem rehabiliteringsinstitusjoner og fire sykehus, og brukes til å følge pasienter i ett år etter rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i forhold til endringer i helse og funksjon, hva de får av oppfølging og hvilken innsats de selv gjør for å vedlikeholde rehabiliteringsutbyttet.

Vi vil takke Extrastiftelsen som har gjort det mulig for oss å gjennomføre dette prosjektet.

På vegne av prosjektgruppen

Ingvild Kjeklen
Prosjektleder
Nasjonal kompetansetjeneste for
revmatologisk rehabilitering (NKRR)
Revmatologisk avdeling
Diakonhjemmet Sykehus

Mari Klokkeud
Prosjektkoordinator
Nasjonal kompetansetjeneste for
revmatologisk rehabilitering (NKRR)
Revmatologisk avdeling
Diakonhjemmet Sykehus

Sammendrag

Bakgrunn: Revmatiske sykdommer utgjør en stor pasientgruppe innen muskel-skjelett-tilstandene. Mange har behov for opptrening og rehabilitering i perioder gjennom hele livet. En viktig forutsetning for å få til gode rehabiliteringsforløp er god dokumentasjon av sentrale aspekter av helse og funksjon, som følger pasienten gjennom hele forløpet.

Mål: Hovedmål i dette prosjektet har vært å utvikle et kjernesett av utfallsmål som kan brukes for å følge og evaluere rehabiliteringsforløp hos personer med revmatisk sykdom på tvers av nivåer i helsetjenesten.

Metode: Kjernesettet er blitt utviklet gjennom konsensusprosesser i en ekspertgruppe bestående av 46 erfarne brukerrepresentanter og klinikere, spørreundersøkelser og systematiske litteratursøk, og pilottesting av aktuelle instrumenter med snaut 400 pasienter fra aktuelle rehabiliteringssettinger.

Resultater: Kjernesettet omfatter følgende ti aspekter som registreres ved bruk av kvalitetssikrede utfallsmål: Daglige aktiviteter (The Hannover Functional Scale), utmattethet (fatigue) (Numeric Ratings Scale (NRS)), fysisk form (30 seconds sit-to-stand-test), livskvalitet (EQ5D-5L), mestring (Effective Consumer Scale 17), motivasjon (NRS), måloppnåelse (Patient Specific Functional Scale), psykisk helse (Hopkins Symptom Checklist), smerte (NRS) og sosial deltagelse (Coop Wonca, Sosial aktiviteter). Inklusjon av instrumentet EQ5D-5L gir også mulighet for å utføre helseøkonomiske evalueringer. Settet vurderes som gyldig og med stor grad av mulighet til å fange endringer som følge av rehabilitering (responsivitet).

En versjon for utskrift på papir er fritt tilgjengelig i «Klinisk verktøykasse» på NKRRs hjemmesider www.nkrr.no og består av et samleskjema beregnet til bruk ved oppstart av rehabilitering, et samleskjema beregnet til påfølgende evalueringer, og en manual for skåring av skjemaene i kjernesettet. Det er videre utarbeidet en digital versjon som nå prøves ut ved fire sykehus og fem rehabiliteringsinstitusjoner. Den digitale versjonen omfatter også en samlerapport, hvor pasienten får oppsummert egne resultater, og kan følge og dele sin utvikling med aktuelle støttepersoner og samarbeidspartnere.

Konklusjon: Vi har utviklet og tilgjengeliggjort et kjernesett av kvalitetssikrede instrumenter som måler ti sentrale aspekter i rehabilitering og tar mindre enn 20 minutter å fylle ut. Settet kan brukes pasienter, helsepersonell, rehabiliteringsaktører og helsepolitikere til å monitorere og evaluere rehabiliteringsforløp på individ- og gruppenivå, og tvers av pasientgrupper og nivåer i helsetjenesten. Settet gir også mulighet for å utføre helseøkonomiske evalueringer. På bakgrunn av settets generiske profil mener vi at det kan brukes i rehabilitering av personer med personer med muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager (MUSS), og har derfor gitt det betegnelsen MUSS kjernesett for rehabilitering.

1. Bakgrunn for prosjektet

Revmatiske sykdommer utgjør en stor gruppe innen muskel-skjelett-tilstandene, og deles ofte inn i fire grupper; inflammatoriske leddsykdommer, systemiske bindevevssykdommer, artrose og generaliserte smertetilstander (1). Debutalder og alvorlighetsgrad varierer for de ulike sykdomsgruppene, men felles for de fleste er et kronisk, ofte progredierende og svingende sykdomsforløp karakterisert av smerte, stivhet, nedsatt leddbevegelighet og muskelkraft, og økt tretthet (fatigue). Dette medfører begrensninger i mestring av daglige aktiviteter og deltakelse på ulike livsarenaer, og samlet utgjør personer med revmatisk sykdom i dag den største gruppen mottakere av uførepensjon (www.nav.no). Som følge av flere eldre i befolkningen, stigende andel med artrose og/eller livsstilsrelaterte tilleggs-problemer, er det sannsynlig at antall personer med revmatisk sykdom vil øke i de nærmeste tiårene. Mange av disse vil ha behov for opptrening og rehabilitering i perioder gjennom hele livet.

I Norge foregår rehabilitering på ulike nivå i helsetjenesten; i kommunehelsetjenesten, på revmatologiske sykehusavdelinger, på opptreningsinstitusjoner og helsesportssentre, gjennom behandlingsreiseordningen og ved Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering. I tråd med Samhandlingsreformen og de siste års utvikling i Norge og Europa forøvrig er det sannsynlig at store deler av fremtidens rehabiliteringstilbud på spesialisthelsetjenestenivå vil bli i form av dagtilbud og poliklinisk virksomhet. Samtidig vil rehabiliteringstilbudet til store pasientgrupper, som eksempelvis artrose, fortrinnsvis bli gitt i primærhelsetjenesten (2). God dokumentasjonsflyt mellom nivåene er avgjørende for at dette skal bli gode og kostnadseffektive tilbud.

I rapport 02/2012 fra Helsedirektoratet; "Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet", beskrives det at ønskede pasientforløp innen rehabilitering bør være sømløse, koordinerte og preget av samhandling, med helhetlig tenkning og gode overganger mellom nivåene (2). Det påpekes imidlertid i samme rapport at det per i dag er lite samarbeid og kontinuitet på tvers av nivåer innen rehabiliteringsfeltet. Det er uavklarte pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, med brudd i forløp, manglende samhandling, mangel på helhetlig tilnærming, og stor variasjon i tilbudet. Videre mangler det systematisk dokumentasjon av og kunnskap om nytten av rehabilitering over tid. De samme konklusjonene trekkes i Riksrevisjonens evaluering av rehabiliteringsfeltet fra 2012, og i den nye primærhelsetjenestemeldingen slå det fast at habilitering og rehabilitering i mange år har vært et av helse- og omsorgstjenesten svakeste områder (3). Som fremhevet i Samhandlingsreformen er det derfor et utstrakt behov for bedret kommunikasjon og samhandling for å sikre pasienter med kroniske tilstander kvalitet og forutsigbarhet i behandlingsforløpet (4).

En viktig forutsetning for å få til dette er god dokumentasjon av sentrale aspekter av helse og funksjon, som følger pasienten gjennom hele forløpet. Det er derfor behov for å utvikle redskap som bidrar til bedre samhandling og kommunikasjon på tvers av nivåene i helsetjenesten. Dersom noen sentrale funksjonsaspekter dokumenteres på samme måte av de aktørene en pasient mottar rehabiliteringstjenester fra, vil man lettere kunne følge forløpet og samarbeide for at tjenester i ulike faser og på ulike nivå bidrar til "best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet" (5).

Hovedmålet i dette prosjektet har derfor vært å fremstille et konsensusbasert kjernesett med et begrenset utvalg enkle instrumenter som måler sentrale aspekter av helse- og funksjon i rehabilitering av personer med revmatiske sykdommer. Kjernesettet skal kunne brukes til å følge og evaluere rehabiliteringsforløp på tvers av nivåer i helsetjenesten, og til å dokumentere og sammenligne nytte/effekt av ulike rehabiliteringstilbud.

Krav til kjernesettet er videre at det skal

- kunne brukes på tvers av ulike diagnosegrupper
- kunne brukes på tvers av institusjoner og nivåer i helsetjenesten, inkludert primærhelsetjenesten og i pasientens hjem
- kunne brukes av ulike profesjoner og av pasienter
- kunne brukes både i klinisk praksis og forskning
- omfatte vurdering av maksimalt ti ulike utfall/helsevariabler
- kunne gjennomføres på maksimalt 20 minutter
- kreve lite ressurser i forhold til anskaffelse og opplæring
- bestå av instrumenter som er dokumentert å være gyldige, pålitelige og egnet til å fange opp endringer i helse og funksjon over tid i pasientgruppen

2. Metode for utvikling av kjernesettet

Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) har hatt ansvar for organisering, fremdrift og ferdigstilling av prosjektet. Professor Ingvild Kjekken har ledet prosjektet, i samarbeid med prosjektkoordinator og forsker Mari Klokkeud. Det ble videre etablert en referansegruppe bestående av følgende medlemmer:

- Enhetsleder, psykolog Turid Nygård Dager, Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering (NBRR), Diakonhjemmet sykehus
- leder i Interessepolitisk utvalg i Norsk Revmatikerforbund, Mona Larsen
- samhandlingskoordinator/ergoterapeut Solrun Nygård, Skedsmo kommune
- sjefsfysioterapeut Lars Øie, Rehabiliteringssenteret Nord-Norges kurbad
- rehabiliteringsleder/fysioterapeut Kari Anita Furunes, Meråker Sanitetsforenings kurbad
- seksjonsledende ergoterapeut Åse Klokkeide, Rehabilitering Vest
- professor Hanne Dagfinrud, NKRR, Diakonhjemmet Sykehus
- brukerrepresentant Siv Nylenna, revmatologisk pasientråd, Diakonhjemmet Sykehus
- professor og seksjonsoverlege/revmatolog Till Uhlig, Diakonhjemmet Sykehus

I løpet av prosjektperioden har referansegruppen hatt to møter for å planlegge og gi innspill til prosjektets fremdrift.

Som metode for å utvikle og oppnå konsensus rundt hvilke utfallsmål som skal inngå i kjernesettet, har vi benyttet Delphi-metode. Dette er en interaktiv metode for systematisk å samle informasjon fra et større antall eksperter, og slik bygge kunnskap innen et område hvor det foreligger utilstrekkelig informasjon eller kunnskap. Den strukturerte kommunikasjonsprosessen kjennetegnes av fire faktorer: anonymitet, avstemning med tilbakemelding om gruppens resultater som tillater deltagerne å justere synspunkter underveis i prosessen, statistiske beregninger av resultater på gruppenivå, og innspill fra eksperter gjennom hele prosessen (6). For å gjennomføre Delphi-prosessen etablerte vi en ekspertgruppe med til sammen 33 erfarne brukere og klinikere. Brukerne representerte ulike aldersgrupper, kjønn og diagnosegrupper. Klinikere omfatter alle aktuelle profesjoner, helsetjenestenivå og rehabiliteringssettinger, og ulik praktisk og akademisk kompetanse. Medlemmene i referansegruppen inngikk også i konsensusgruppen.

Konsensusprosessen har bestått av seks hovedtrinn og blitt drevet gjennom tre seminarer og e-post korrespondanse med avstemning.

Trinn 1: Mål med trinn 1 var å få en oversikt over hvilke utfallsmål som brukes av deltagerne, etablere en felles forståelse av hensikten med og omfang av et kjernesett i rehabilitering, og å komme frem til et vidt sett aspekter ved helse, funksjon og mestring som kan inngå i kjernesettet.

Proessen ble innledet med et oppstartsseminar, som ble avviklet 30. mai 2013 med til sammen 36 deltagere. I forkant av seminaret hadde deltagerne besvart spørsmål om hvilke instrumenter de bruker eller har erfaring med. Seminarets første del besto av innlegg for å belyse viktige aspekter som bør tas hensyn til under utvikling av kjernesettet. Deretter fulgte presentasjon av resultater fra spørreundersøkelsen, og gruppearbeid med diskusjon og ”brainstorming”, som munnet ut i generering av forslag til hvilke aspekter av helse og funksjon som kunne inngå i kjernesettet.

Trinn 2: Målet med dette trinnet var å bli enige om inntil ti aspekter av helse og funksjon som skal inngå i kjernesettet.

Forslagene fra trinn 1 ble sortert, gruppert og sendt via e-post til alle deltagerne i prosessen. Hver deltager ble bedt om å velge de ti aspektene av helse og funksjon de mente burde inngå i kjernesettet. Deretter ble svarene oppsummert. De aspekter som ble valgt av minimum 75 % av deltagerne ble inkludert i kjernesettet, og de aspekter som fikk mindre enn 25 % utgikk. I en neste avstemningsrunde fikk deltagerne en liste med de aspekter som skulle inngå (sikre aspekter), og med de aspektene som har fått mellom 25 % og 75 % (uavklarte aspekter), med informasjon om hvor mange som hadde valgt hvilket aspekt listet i form av prosent av stemmer. De valgte så gjennom flere avstemningsrunder blant de uavklarte aspektene slik at antall aspekter til slutt utgjorde ti aspekter av helse og funksjon.

Trinn 3: Målet på dette trinnet var å fremskaffe mest mulig utfyllende informasjon om aktuelle instrumenters måleegenskaper og anvendelighet.

Det ble gjennomført litteratursøk i forhold til hvert aspekt for å få oversikt over aktuelle instrumenter som kunne benyttes for å måle de valgte aspektene fra trinn 2. Instrumentene ble vurdert med hensyn til pålitelighet (reliabilitet), gyldighet (validitet), evne til å fange endringer i helse og funksjon (responsivitet), og om de forelå i en kvalitetssikret norsk versjon. Videre ble klinisk anvendelighet oppsummert, det vil si om de tidligere var brukt i aktuelle pasientgruppe, egnethet i form av kostnader til anskaffelse, opplæring og bruk, hvor lang tid det tar å gjennomføre test/intervju eller fylle ut skjema, hvorvidt informasjonen som innhentes kan brukes uten videre bearbeiding og i hvilken grad den er kommuniserbar til pasient og samarbeidspartnere. Uegnede utfallsmål/instrumenter ble ekskludert. Gjenværende instrumenter ble så prøvd ut i praksis i ekspertgruppen, på et todagers seminar 13. og 14. mai 2014. Samlingen ble innledet med en innføring i instrumenters måleegenskaper og innlegg fra deltagere om hva som er viktig å vektlegge ved valg av instrumenter. Deretter ble resultatene fra litteratursøkene presentert, før alle deltakere fylte ut aktuelle spørreskjema, gjennomførte aktuelle tester, og vurderte og rangerte disse ut fra gyldighet og anvendelighet. Basert på disse vurderingene ble det gjort et utvalg av instrumenter som var aktuelle å inkludere i det endelige kjernesettet.

Trinn 4: Målet med dette trinnet var å pilotteste aktuelle instrumenter til endelig kjernesett.

De aktuelle instrumentene ble prøvd ut av pasienter ved oppstart og avslutning av rehabiliteringen ved ekspertmedlemmenes arbeidsteder. Deltagerne svarte også på noen enkle spørsmål knyttet til utfyllingen. Resultatene ble lagret i en datafil og analysert med hensyn til responsivitet og anvendelighet. Responsivitet ble vurdert i forhold om det var spørsmål deltagerne ikke besvarte. Videre beregnet vi effektstørrelse (Standardised Response Mean, SRM), som er måte å omgjøre endringsscore til en størrelse som er sammenlignbar på tvers av

instrumenter med ulike måleskala. SRM <0.2 ble vurdert som ingen endring, SRM mellom 0.2 og 0.5 ble vurdert som liten endring, mellom 0.5 og 0.8 som moderat endring, og SRM over 0.8 ble vurdert som stor endring (7). Anvendelighet ble vurdert ut fra tidsbruk og deltageres vurdering av belastning og meningsfullhet relatert til utfylling.

Trinn 5: Målsetningen i denne fasen var å gjøre det endelige utvalg av instrumentert til kjernesettet.

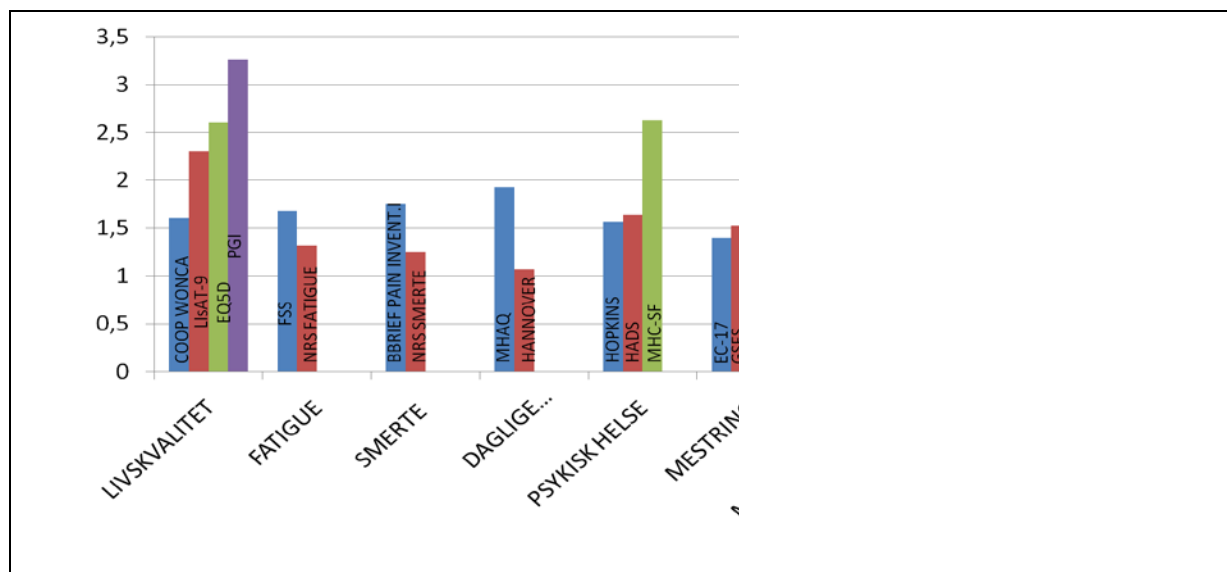
Dette ble gjennomført på et avsluttende dagsseminar 10. februar 2015. Seminaret ble innledet med presentasjoner av deltageres erfaringer fra pilottesting og krav til et endelig kjernesett. Deretter ble resultatene fra pilottesting presentert. Etter diskusjon i grupper og plenum stemte deltagerne over hvilke av de pilottestede instrumentene som skulle inngå i det endelige kjernesettet.

Trinn 6: Målet i dette siste trinnet var å utvikle en digital versjon av kjernesettet, som kan besvares via pc, nettbrett eller smarttelefon. Dette gjøres i et samarbeid med firmaet CheckWare, som er et firma som tilbyr komplette nettbasert kartleggingsløsninger. 14. september 2015 ble det arrangert et seminar hvor klinikere fra fem rehabiliteringsinstitusjoner og fire sykehus fikk opplæring i bruk av den digitale versjonen.

3. Resultater og resultatvurdering

Valg av ti aspekter: I gruppearbeidet på oppstartsseminaret ble det foreslått drøyt 200 ulike aktuelle aspekter av helse, funksjon og livskvalitet. Gjennom tre avstemningsrunder ble følgende ti aspekter av helse, funksjon og livskvalitet valgt ut til å inngå i kjernesettet: Daglige aktiviteter, utmattethet (fatigue), fysisk form, livskvalitet, mestring, motivasjon, måloppnåelse, psykisk helse, smerte og sosial deltagelse.

Valg av instrumenter for pilottesting: Gjennom spørreundersøkelsen og litteratursøkene ble det identifisert 172 ulike instrumenter. Etter at disse var vurdert i henhold til kravene beskrevet under trinn 3 stod vi igjen med totalt 22 instrumenter som ble prøvd ut og rangert av deltagerne i trinn 3 (figur 1).



Figur 1: Deltageres rangering av instrumenter etter utprøving

I forhold til aspektet Motivasjon ble det ikke indentifisert noen aktuelle instrumenter. Dette ble derfor målt med en 11 gradert Numeric Rating Scale (NRS), og ble ikke rangert av deltagerne. I alt elleve instrumenter ble valgt ut for pilottesting (for detaljert informasjon om utvalg av instrumenter, se vedlegg 1).

Pilottesting: Pilottesting ble gjennomført ved 14 ulike avdelinger, institusjoner og kommuner i perioden 1. september til 31. desember 2014 (se tabell 1). Det ble totalt inkludert 387 deltagere, som fylte ut kjernesettet i papirversjon ved oppstart og avslutning av rehabiliteringsperioden. I tillegg fylte pasientrepresentantene i ekspertgruppen ut skjemaene hjemme minimum en gang.

Kommune-helsetjeneste	Rehabiliterings-institusjoner	Sykehus
1. Melhus kommune 2. Skedsmo kommune 3. Aktiv Eiker (Frisklivssentral)	4. Vikersund Kurbad 5. Jeløy Kurbad 6. Meråker Kurbad 7. Nord-Norges Kurbad 8. Rehabilitering Vest	9. Sykehuset Innlandet Kongsvinger 10. Revmatismesykehuset på Lillehammer 11. Martina Hansens Hospital 12. Betanien Hospital 13. Sørlandet Sykehus 14. Revmatismesykehuset til Haugesund
35 pasienter	194 pasienter	158 pasienter

Tabell 1: Enheter som deltok i pilottesting av kjernesettet

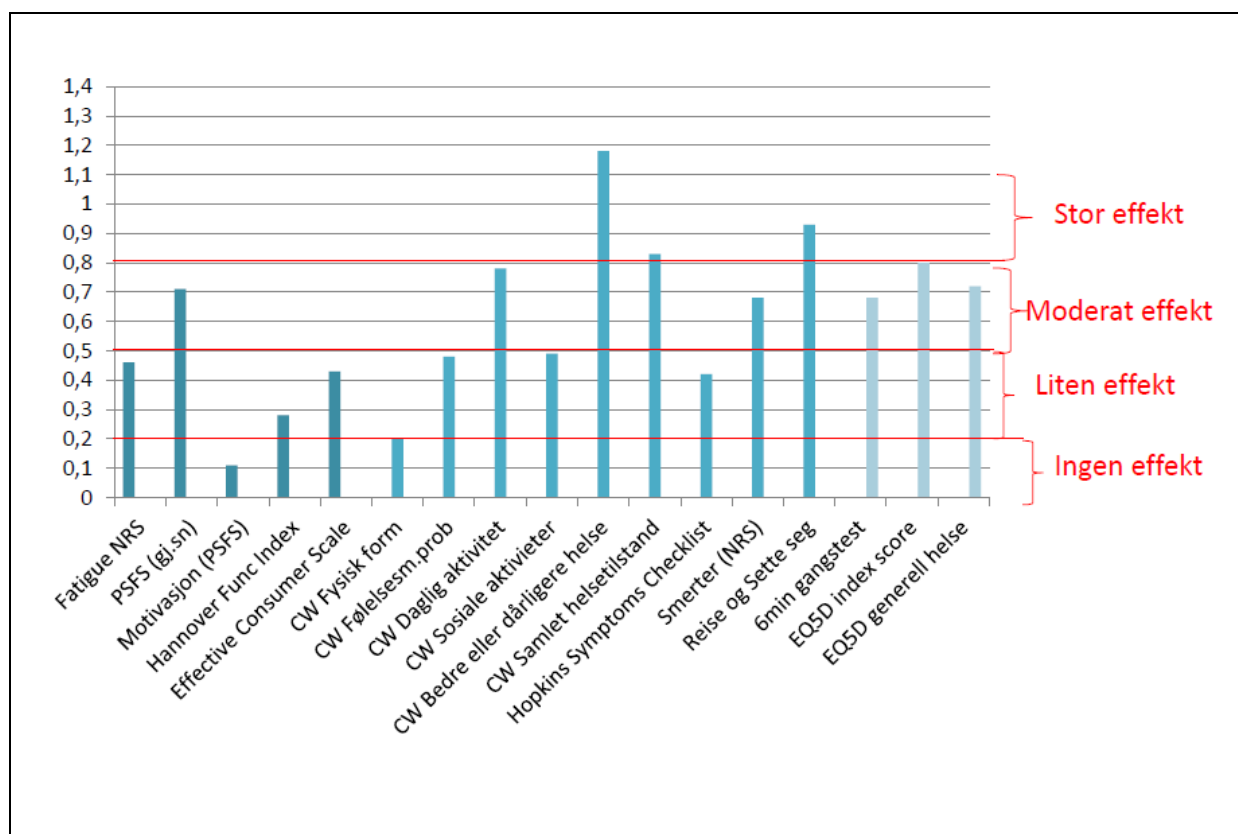
Deltagere: Om lag to tredjedel av deltagerne i pilottesting var kvinner, alderen variert fra 25 til 85 år med et gjennomsnitt på drøyt 56 år, og cirka en tredjedel var i lønnet arbeid. Alle de fire hovedgruppene av revmatiske sykdommer var representert, med inflammatoriske leddsykdommer (ca halvparten av deltagerne), og smertetilstander (snaut en fjerdedel av deltagerne) som de to største gruppene. Gjennomsnittlig rehabiliteringsperiode var 17 dager.

Anvendelighet: Tidsbruk for utfylling varierte fra 20 sekunder (NRS-skalaene for smerte og utmattethet) til drøyt 6 minutter (6-minutters gangtest). Seks av de resterende instrumentene ble utfylt i løpet av ett til to minutter, mens Patient Spesific Functional Scale og Effective Consumer Scale tok gjennomsnittlig henholdsvis snaut fire og tre minutter. På spørsmål om hvor krevende og meningsfylt det var å fylle ut kjernesettet var gjennomsnittlig gradering henholdsvis snaut tre og drøyt seks (skala 0 til 10, 10=veldig krevende/veldig meningsfullt), noe som antyder at deltagerne synes det var meningsfylt og relativt lite krevende. Cirka 20 % hadde tatt pause underveis i utfyllingen.

Responsivitet: Det var generelt få spørsmål som ikke ble besvart av deltagerne og manglende svarprosent var maksimalt 6.6 % for enkeltspørsmål.

Effektstørrelse (SRM) varierte fra drøyt 0.1 (Motivasjon) til snaut 1.2 (Coop/Wonca; bedre eller dårligere helse). Av de andre instrumentene viste PSFS (måloppnåelse), Coop/Wonca (daglig aktivitet og samlet helsetilstand), NRS smerter, de to kondisjonstestene (Reise- og sette seg og 6 minutters gangtest) og EQ5D (livskvalitet) moderat til stor effekt (Figur 2). Tatt

i betraktning av at rehabiliteringsperioden gjennomsnittlig varte ca. 2.5 uke er det begrenset hvor store endringer man kan forvente å oppnå i helse og funksjon. Vi vurderer derfor at responsivitet er tilfredsstillende for flertallet av instrumentene. Fordi Motivasjon var knyttet opp mot de prioriterte aktivitetene i PSFS er det naturlig at motivasjon synker i takt med at utførelse av aktivitetene bedres utover i rehabiliteringsforløpet, noe som gir utslag i lav responsivitet. Det ble derfor besluttet at motivasjon skal graderes kun ved oppstart av rehabiliteringen.



Figur 2: Responsivitet (vurdert ved Standardised Response Mean) for instrumentene i kjernesettet

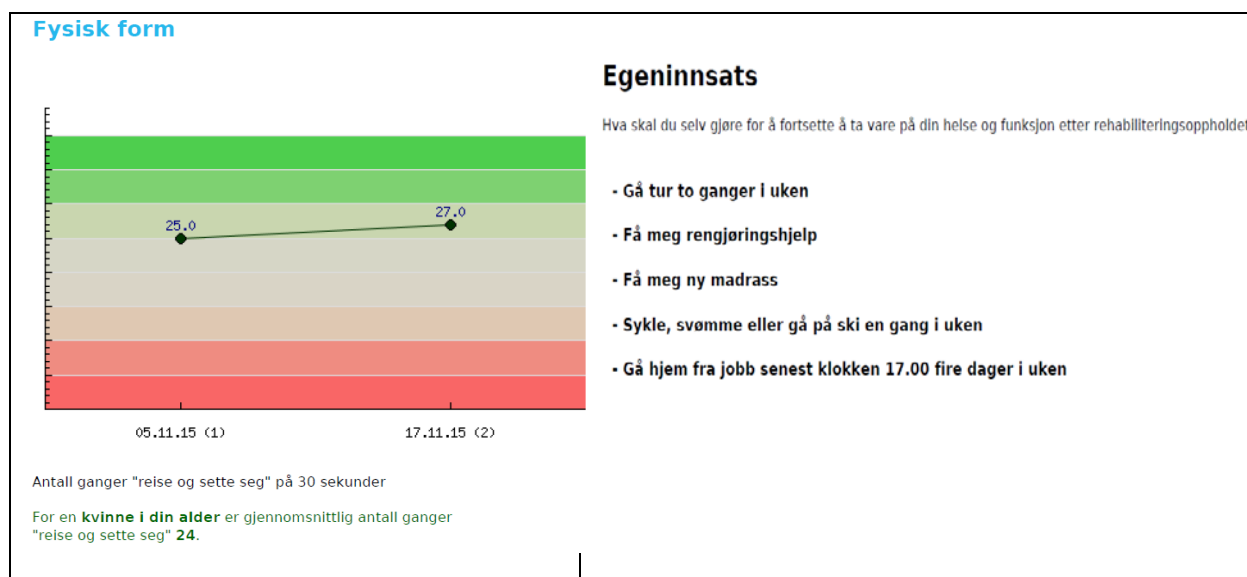
Endelig kjernesett: Av de to aktuelle funksjonstestene valgte man, på bakgrunn av tidsbruk og responsivitet, å inkludere 30 sekunders reise- og sette seg-testen. Videre besluttet gruppen å inkludere instrumenter for smerte og psykisk helse, selv om disse aspektene også er med i EQ5D. Begrunnelsen var at disse aspektene ble vurdert som så viktige at man ønsket å sikre at de ble vurdert med instrumenter som er laget med dette som formål.

På bakgrunn av resultatene fra pilottestingen og diskusjonene i ekspertgruppen ble det dermed bestemt at det edelige kjernesettet består av følgende aspekter og instrumenter: Daglige aktiviteter (The Hannover Functional Scale) (8), utmattethet (fatigue) (NRS), fysisk form (30 seconds sit-to-stand-test) (9), livskvalitet (EQ5D-5L) (10), mestring (Effective Consumer Scale 17) (11), motivasjon (NRS), måloppnåelse (Patient Specific Functional Scale) (12), psykisk helse (Hopkins Symptom Checklist) (13), smerte (NRS) og sosial deltagelse (Coop Wonca, Sosial aktiviteter) (14). Det tar maksimalt 20 minutter å fylle ut hele kjernesettet.

Inklusjon av instrumentet EQ5D-5L gir også mulighet for å utføre helseøkonomiske evaluering ved å undersøke kostnader pr kvalitetsjusterte leveår. En versjon for utskrift på papir er fritt tilgjengelig i «Klinisk verktøykasse» på NKRRs hjemmesider www.nkrr.no og består av et samleskjema beregnet til bruk ved oppstart av rehabilitering, et samleskjema beregnet til påfølgende evalueringer, og en manual for skåring av skjemaene i kjernesettet.

Digital versjon av kjernesettet: Det er nå utarbeidet en digital versjon av kjernesettet, som er risikovurdert og har sikkerhetsnivå 4, (tilsvarende bank-ID). Før bruk registreres deltager i det elektroniske systemet ved oppstart av rehabiliteringen av en koordinator ved aktuelle institusjon/enhet. Deretter får deltageren en mail med en lenke til en pasientportal, identifiserer seg ved hjelp av fødselsnummer og Bank-ID, og får da tilgang til aktuelle spørreskjema og tester og kan fylle ut disse. Deretter vil hver deltager få en e-post med unik link til spørreskjema når det igjen er tid for ny utfylling. Deltagerne får en tekstmelding i forkant av utsending av e-posten, og det sendes ut en tekstmelding med påminnelse en uke etter første melding dersom spørreskjema ikke er utfyllt i løpet av uken. Antall og tid mellom hver utfylling vil avhenge av formålet med registreringen. Da det er knyttet kostnader til bruk av den elektroniske løsningen er denne foreløpig ikke fritt tilgjengelig.

Pasientens egen samlerapport: Forskning viser at det å få tilbakemelding på egen utvikling og måloppnåelse fremmer tilslutning til behandling og egeninnsats (15). De som fyller ut kjernesettet kan følge utvikling i egen helse, funksjon og livskvalitet gjennom en samlerapport som genereres etter hvert oppfølgingstidpunkt. Deltakerne kan også skrive ut og ta med disse rapportene til aktuelle oppfølgende behandlere, pårørende og andre viktige personer, som raskt får overblikk over rehabiliteringsprosess- og resultater. Dette kan bidra til bedre kommunikasjon og kontinuitet i rehabiliteringsforløpet.



Tabell 2: Eksempler på visualisering av resultater i samlerapporten

Formidling: I prosjektperioden har vi fått anledning til å presentere prosjektet i 22 ulike nasjonale og internasjonale fora (for detaljert oversikt, se vedlegg 2). Videre er prosjektet presentert i Extrabladet (nr 1 2015), i fagbladet Fysioterapeuten, og det arbeides med en engelskspråklig artikkel som sendes inn til et vitenskapelig tidsskrift i løpet av februar 2016.

4. Oppsummering med konklusjon og videre planer

Målet i dette prosjektet har vært å utvikle et kjernesett av utfallsmål som kan brukes for å følge og evaluere rehabiliteringsforløp hos personer med revmatisk sykdom på tvers av nivåer i helsetjenesten. Metoden har omfattet to konsensusprosesser i en ekspertgruppe bestående av 46 erfarne brukerrepresentanter og klinikere, spørreundersøkelser og systematiske litteratursøk, og pilottesting av aktuelle instrumenter med snaut 400 pasienter fra aktuelle rehabiliteringssettinger. Resultatet er et kjernesett med ti utfallsmål, som det tar mindre enn 20 minutter å fylle ut, og som er allment tilgjengelig i papirversjon på NKRRs hjemmesider www.nkrr.no. Det er videre utarbeidet en digital versjon som er tatt i bruk av fire sykehus og fem rehabiliteringsinstitusjoner. Disse deltar i et prosjekt hvor hensikten, i tillegg til å prøve ut og implementere den digitale versjonen, er å følge pasienter i ett år etter rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i forhold til endringer i helse og funksjon, hva de får av oppfølging og hvilken innsats de selv gjør for å vedlikeholde rehabiliteringsutbyttet. Den digitale versjonen omfatter også en samlerapport, hvor pasienten får oppsummert egne resultater, og kan følge og dele sin utvikling med aktuelle støttepersoner og samarbeidspartnere.

I arbeidet med utarbeidelse av kjernesettet har vi lagt vekt på å bygge på erfaringer fra andre tilsvarende nasjonale prosesser. Dette gjelder særlig kartlegging ved Frisklivssentralene i kommunene og FYSIOPRIM <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/>. I ekspertgruppen har det derfor inngått medlemmer med inngående kjennskap til disse prosessene, som har delt sin kunnskap gjennom presentasjoner og i diskusjoner. Det ble ikke lagt føringer i forhold til dette i avstemningsprosessene i ekspertgruppen, men resultatet er likevel at det er en betydelig overlappl mellom de instrumenter som inngår i de ulike settene. Vi vurderer dette som en stor fordel, da det fremmer bruk av samme instrumenter på tvers av settinger og nivåer i rehabiliteringsfeltet.

I diskusjoner med ekspertgruppen og aktuelle fagmiljøer er det påpekt at de ti aspektene som inngår i kjernesettet i stor grad er generiske, det vil si at de fanger viktige fokus i rehabilitering uavhengig av diagnose- eller pasientgruppe. Dette støttes også av at seks av de syv aspektene som inngår i the International Classification of Functioning (ICF) minimal generic core set (16) også er med i vårt kjernesett. Det siste aspektet i ICF-settet er arbeid, som kun dekkes indirekte i vårt kjernesett i aspektet sosial deltagelse. Det er imidlertid viktig å påpeke at det vi har utarbeidet er nettopp et kjernesett, og at aspekter som vurderes som viktige å registrere i konkrete prosjekter med letthet kan legges til. Dette gjelder også deltagelse i lønnet arbeid, som inngår som en variabel under demografiske opplysninger i papirversjonen av kjernesettet.

Parallelt med vårt prosjekt har en gruppe ved Keele University, (UK) utviklet et pasient-rapportert utfallsmål for monitorering av helse og funksjon hos personer med muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager (MUSS) (17). Igjen er det stor grad av overlappl mellom dette og aspektene i vårt kjernesett, noe som styrker gyldigheten av det norske kjernesettet. Det er også interessant å registrere at de i tillegg bruker instrumentet EQ5D-5L, som også inngår i vår kjernesett.

Vår konklusjon er at vi har utviklet og tilgjengeliggjort et kjernesett av kvalitetssikrede instrumenter som måler ti sentrale aspekter i rehabilitering. Settet tar mindre enn 20 minutter å fylle ut, kan brukes til å monitorere og evaluere rehabiliteringsforløp på individ- og gruppenivå, og tvers av pasientgrupper og nivåer i helsetjenesten. Settet gir også mulighet for å utføre helseøkonomiske evalueringer. På bakgrunn av settets generiske profil mener vi at det

kan brukes i rehabilitering av personer med muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager (MUSS), og har derfor gitt det betegnelsen MUSS kjernesett for rehabilitering.

Gjennom prosjektperioden har vi erfart at kjernesettet er etterspurt og fyller et viktig behov for systematisk dokumentasjon av rehabiliteringsforløp. En årsak er sannsynligvis at kjernesettet understøtter systematisk bruk av kvalitetssikrede instrumenter i praksis. Dersom samme utfallsmål brukes gjennom individuelle forløp, (for eksempel under behandling hos fysioterapeut i kommunehelsetjenesten, under rehabiliteringsopphold og deretter av oppfølgende instanser i kommunen), kan pasient og behandlere sammen følge og vurdere endringer over tid, og ut fra dette justere mål og tiltak for å sikre best mulig utbytte av opptrening og rehabilitering. Gjennom en slik tilpasning vil rehabiliteringen "treffe" bedre, både i forhold til den enkelte pasient og ved at samfunnets ressurser blir kanalisert til de typene av rehabilitering som har størst helsegevinst for den enkelte.

Vi vil fortsette samarbeidet med aktuelle rehabiliteringsaktører for å implementere bruk av den digitale versjonen av kjernesettet, for derved å bedre mulighetene for sikker elektronisk informasjonsflyt mellom helsetjenestenivåene. Dette vil også generere data som muliggjør sammenligning av nytte av ulike typer forløp, og/eller opphold ved ulike institusjoner. Det er også ønskelig å utvikle løsninger for sammenfatning av kjernesettet i elektronisk pasientjournal.

Variablene (utfallsmålene) i kjernesettet kan videre inngå i et fremtidig kvalitetsregister. Et kvalitetsregister er en strukturering av klinisk relevante opplysninger som løpende kan dokumentere resultater for en avgrenset pasientgruppe, i dette tilfellet til systematisk å overvåke og dokumentere nytte av rehabiliteringstjenester for personer med muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager (18).

På bakgrunn av presentasjon på den internasjonale EULAR- kongressen, hvor interessen for kjernesettet var stor, er det nå søkt om midler fra EULAR til et prosjekt hvor fagmiljøer i Norge, Sverige, Danmark, Nederland og Irland samarbeider om å utvikle en europeisk versjon av kjernesettet.

Referanser

- (1) Klareskog L, Saxne T, Enman Y. Reumatologi. Lund: Studentlitteratur; 2005.
- (2) Helsedirektoratet. Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. 2012. Report No.: IS-1947.
- (3) St.meld.nr.26. Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. 2015.
- (4) St.meld.nr.47. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. 2008.
- (5) St.meld.nr.21. Ansvar og meistring - mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. 1999.
- (6) Amon K. The Delphi consensus process. In: Bowker R, Lakhanpaul M, Atkinson M, Armon K, MacFaul R, Stephenson T, editors. How to write a guideline from start to finish. Philadelphia: Elsevier; 2008. p. 85-96.

- (7) Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences - The Effect Size. 2 ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1988.
- (8) Magnussen LH, Lygren H, Anderson B, Breivik K, Strand LI. Validation of the Norwegian version of Hannover Functional Ability Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)* 2010;35(14):E646-E653.
- (9) Tveter AT, Dagfinrud H, Moseng T, Holm I. Measuring health-related physical fitness in physiotherapy practice: reliability, validity, and feasibility of clinical field tests and a patient-reported measure. *J Orthop Sports Phys Ther* 2014;44(3):206-16.
- (10) Solberg TK, Olsen JA, Ingebrigtsen T, Hofoss D, Nygaard OP. Health-related quality of life assessment by the EuroQol-5D can provide cost-utility data in the field of low-back surgery. *Eur Spine J* 2005;14(10):1000-7.
- (11) Hamnes B, Garratt A, Kjekken I, Kristjansson E, Hagen KB. Translation, data quality, reliability, validity and responsiveness of the Norwegian version of the Effective Musculoskeletal Consumer Scale (EC-17). *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11:11-21.
- (12) Jolles BM, Buchbinder R, Beaton DE. A study compared nine patient-specific indices for musculoskeletal disorders. *J Clin Epidemiol* 2005;58(8):791-801.
- (13) Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry* 2003;57(2):113-8.
- (14) Bentsen BG, Natvig B, Winnem M. Questions you didn't ask? COOP/WONCA Charts in clinical work and research. World Organization of Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *Fam Pract* 1999;16(2):190-5.
- (15) Harkin B, Webb TL, Chang BP, Prestwich A, Conner M, Kellar I, et al. Does Monitoring Goal Progress Promote Goal Attainment? A Meta-Analysis of the Experimental Evidence. *Psychol Bull* 2015 Oct 19.
- (16) Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Chatterji S, Stucki G. Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. *BMC Public Health* 2014;14:218.
- (17) Hill JC, Thomas E, Hill S, Foster NE, van der Windt DA. Development and Validation of the Keele Musculoskeletal Patient Reported Outcome Measure (MSK-PROM). *PLoS One* 2015;10(4):e0124557.
- (18) Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering. Håndbok for medisinske kvalitetsregistre. 2012.

Vedlegg 1: Instrumenter som ble prøvd og vurdert deltagerne (totalt 22), pilottestet (totalt 11) og inkludert i det endelige kjernesettet (totalt 10).

	Instrument	Beskrivelse	Inkludert i pilot-testing	Inkludert i endelig kjernesett
Mestring	Generalized Self-Efficacy Scale (GSES)	Spørreskjema med 10 spørsmål hvor pasienter selvrapporterer mestringstro i forhold til ulike utfordrende situasjoner [1].	Nei	Nei
	Effective Musculoskeletal Consumer Scale (EC17)	Spørreskjema med 17 spørsmål hvor pasienter selvrapporterer kunnskap, holdninger og mestringsferdigheter [2]	Ja	Ja
Daglige aktiviteter	Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ)	Spørreskjema hvor pasienter selvrapporterer funksjon i åtte daglige aktiviteter [3].	Nei	Nei
	Hannover Functional Ability Questionnaire (FFbH)	Spørreskjema hvor pasienter selvrapporterer funksjon i tolv daglige aktiviteter [4, 5]	Ja	Ja
Utmattethet	Fatigue Severity Scale (FSS)	Spørreskjema hvor pasienter via ni spørsmål rapporterer fysiske, sosiale og kognitive konsekvenser av utmattethet [6].	Nei	Nei
	NRS¹ Utmattethet (Fatigue)	Et spørsmål hvor pasienten rangerer utmattethet på en NRS-skala.	Ja	Ja
Måloppnåe	Patient Specific Functional Scale (PSFS)	Pasienten beskriver inntil ti viktige aktiviteter som påvirkes av den revmatiske sykdommen og scorer deretter egen utførelse av disse [7-13].	Ja	Ja
Motivasjon	NRS for motivasjon	Pasienten scorer motivasjon for å jobbe med endring av hver av aktivitetene som hun/han har beskrevet i PSFS.	Ja	Ja (ved oppstart)
Psykisk helse	Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD(S))	Spørreskjema med 14 spørsmål hvor pasienten selvrapporterer grad av angst og depresjon (beregnet for bruk i normalbefolkning) [14]	Nei	Nei
	Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)	Spørreskjema med 14 spørsmål hvor pasienten selvrapporterer emosjonell, psykisk og sosial velvære [15, 16].	Nei	Nei
	Hopkins Symptom Checklist (SCL5)	Spørreskjema med fem spørsmål hvor pasienten selvrapporterer psykisk helse (grad av angst og depresjon) [17].	Ja	Ja
Smerte	Brief Pain Inventory (BPI)	Spørreskjema hvor pasienten graderer grad og innflytelse av smerte i forhold til 7 aspekter av funksjon [18].	Nei	Nei
	NRS Pain	Et spørsmål hvor pasienten graderer utmattethet på en NRS-skala [19].	Ja	Ja
Li vs	Life Satisfaction Questionnaire (LiSat-9)	Spørreskjema hvor pasienten graderer tilfredshet med åtte spesifikke livsdomener og et spørsmål om generell tilfredshet med livet [20].	Nei	Nei

	European Quality of Life Scale 5D (EQ5D-5L)	Spørreskjema hvor pasienten graderer gangfunksjon, daglige aktiviteter, personlig stell, smerte og angst/depresjon (totalt fem spørsmål), og helse på en 100 mm VAS ² [21-24]. Kan brukes til helseøkonomisk evaluering.	Ja	Ja
	The Patient Generated Index (PGI)	Pasienten beskriver og vurderer sykdommens innflytelse på og verdi av fem individuelt utvalgte livsområder og et område som dekker livet for øvrig [25, 26].	Nei	Nei
	Coop/Wonca	Spørreskjema hvor pasienten graderer fysisk form, følelsesmessige problemer, daglige aktiviteter, sosiale aktiviteter, bedre eller dårligere helse og generell helsetilstand (totalt seks spørsmål) [27, 28].	Ja (sosiale aktiviteter)	Ja (sosiale aktiviteter)
Fysisk form	30 sec sit to stand test	Antall ganger pasienten reiser og setter seg på en stol i løpet av 30 sekunder registreres [29, 30]	Ja	Ja
	6 minute walking test (6MWT)	Pasienten går i hurtig tempo i seks minutter. Tilbakelagt distanse registreres [30-32]	Ja	Nei
Social deltagelse	WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)	Spørreskjema med 12 spørsmål om helse og funksjonsproblemer og tre spørsmål om hyppighet av disse problemene. Spørsmålene dekker kognisjon, mobilitet, personlig stell, livsaktiviteter og deltakelse [33, 34] .	Nei	Nei
	Community Integration Questionnaire (CIQ)	Spørreskjema med 15 spørsmål om deltakelse og integrering i arbeid og aktiviteter i og utenfor hjemmet [4].	Nei	Nei
¹ NRS=Numeric Rating Scale. ² VAS=Visuell Analog Skala				

Referanser

1. Barlow, J.H., B. Williams, and C. Wright, *The Generalized Self-Efficacy Scale in people with arthritis*. Arthritis Care Res, 1996. **9**(3): p. 189-96.
2. Hamnes, B., et al., *Translation, data quality, reliability, validity and responsiveness of the Norwegian version of the Effective Musculoskeletal Consumer Scale (EC-17)*. BMC Musculoskelet Disord, 2010. **11**: p. 21.
3. Wolfe, F., *Which HAQ is best? A comparison of the HAQ, MHAQ and RA-HAQ, a difficult 8 item HAQ (DHAQ), and a rescored 20 item HAQ (HAQ20): analyses in 2,491 rheumatoid arthritis patients following leflunomide initiation*. J Rheumatol, 2001. **28**(5): p. 982-9.
4. Magnussen, L.H., et al., *Validation of the Norwegian version of Hannover Functional Ability Questionnaire*. Spine (Phila Pa 1976), 2010. **35**(14): p. E646-53.
5. Zochling, J., et al., *A comparative study of patient-reported functional outcomes in acute rheumatoid arthritis*. J Rheumatol, 2007. **34**(1): p. 64-9.

6. Krupp, L.B., et al., *The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus*. Arch Neurol, 1989. **46**(10): p. 1121-3.
7. Jolles, B.M., R. Buchbinder, and D.E. Beaton, *A study compared nine patient-specific indices for musculoskeletal disorders*. J Clin Epidemiol, 2005. **58**(8): p. 791-801.
8. Westaway, M.D., P.W. Stratford, and J.M. Binkley, *The patient-specific functional scale: validation of its use in persons with neck dysfunction*. J Orthop Sports Phys Ther, 1998. **27**(5): p. 331-8.
9. Spanjer, J., J.W. Groothoff, and S. Brouwer, *Instruments used to assess functional limitations in workers applying for disability benefit: a systematic review*. Disabil Rehabil, 2011. **33**(23-24): p. 2143-50.
10. Pietrobon, R., et al., *Standard scales for measurement of functional outcome for cervical pain or dysfunction: a systematic review*. Spine (Phila Pa 1976), 2002. **27**(5): p. 515-22.
11. Hart, D.L. and M.W. Werneke, *Re: Pengel LHM, Refshauge KM, Maher CG. Responsiveness of pain, disability, and physical impairment outcomes in patients with low back pain*. Spine. 2004;29:879-83. Spine (Phila Pa 1976), 2004. **29**(21): p. 2475-6.
12. Pengel, L.H., K.M. Refshauge, and C.G. Maher, *Responsiveness of pain, disability, and physical impairment outcomes in patients with low back pain*. Spine (Phila Pa 1976), 2004. **29**(8): p. 879-83.
13. Chatman, A.B., et al., *The Patient-Specific Functional Scale: measurement properties in patients with knee dysfunction*. Phys Ther, 1997. **77**(8): p. 820-9.
14. Olsson, I., A. Mykletun, and A.A. Dahl, *The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale: a cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice*. BMC Psychiatry, 2005. **5**: p. 46.
15. Keyes, C.L., *The mental health continuum: from languishing to flourishing in life*. J Health Soc Behav, 2002. **43**(2): p. 207-22.
16. Keyes, C.L., et al., *Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in setswana-speaking South Africans*. Clin Psychol Psychother, 2008. **15**(3): p. 181-92.
17. Strand, B.H., et al., *Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)*. Nordic Journal of Psychiatry, 2003. **57**(2): p. 113-118.
18. Tan, G., et al., *Validation of the Brief Pain Inventory for chronic nonmalignant pain*. J Pain, 2004. **5**(2): p. 133-7.
19. Hjerstad, M.J., et al., *Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review*. J Pain Symptom Manage, 2011. **41**(6): p. 1073-93.
20. Boonstra, A.M., et al., *Reliability of the Life Satisfaction Questionnaire to assess patients with chronic musculoskeletal pain*. Int J Rehabil Res, 2008. **31**(2): p. 181-3.
21. Johnsen, L.G., et al., *Comparison of the SF6D, the EQ5D, and the oswestry disability index in patients with chronic low back pain and degenerative disc disease*. BMC Musculoskelet Disord, 2013. **14**: p. 148.
22. Solberg, T.K., et al., *Health-related quality of life assessment by the EuroQol-5D can provide cost-utility data in the field of low-back surgery*. Eur Spine J, 2005. **14**(10): p. 1000-7.

23. Nord, E., J. Richardson, and K. Macarounas-Kirchmann, *Social evaluation of health care versus personal evaluation of health states. Evidence on the validity of four health-state scaling instruments using Norwegian and Australian surveys*. Int J Technol Assess Health Care, 1993. **9**(4): p. 463-78.
24. Foundation, E.R. EQ-5D. 2015 05.06.2015; Available from: www.euroqol.org.
25. Ruta, D.A., et al., *A new approach to the measurement of quality of life. The Patient-Generated Index*. Med Care, 1994. **32**(11): p. 1109-26.
26. Martin, F., et al., *Twelve years' experience with the Patient Generated Index (PGI) of quality of life: a graded structured review*. Qual Life Res, 2007. **16**(4): p. 705-15.
27. Holm, I., et al., *Does outpatient physical therapy with the aim of improving health-related physical fitness influence the level of physical activity in patients with long-term musculoskeletal conditions?* Physiotherapy, 2014.
28. Bentsen, B.G., B. Natvig, and M. Winnem, *Questions you didn't ask? COOP/WONCA Charts in clinical work and research. World Organization of Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Fam Pract, 1999. **16**(2): p. 190-5.
29. Jones, C.J., R.E. Rikli, and W.C. Beam, *A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults*. Res Q Exerc Sport, 1999. **70**(2): p. 113-9.
30. Tveter, A.T., et al., *Measuring health-related physical fitness in physiotherapy practice: reliability, validity, and feasibility of clinical field tests and a patient-reported measure*. J Orthop Sports Phys Ther, 2014. **44**(3): p. 206-16.
31. Burr, J.F., et al., *The 6-Minute Walk Test as a Predictor of Objectively Measured Aerobic Fitness in Healthy Working-Aged Adults*. The Physician and Sportsmedicine, 2011. **39**(2): p. 133-139.
32. *ATS statement: guidelines for the six-minute walk test*. Am J Respir Crit Care Med, 2002. **166**(1): p. 111-7.
33. Posl, M., A. Cieza, and G. Stucki, *Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation patients*. Qual Life Res, 2007. **16**(9): p. 1521-31.
34. Roe, C., U. Sveen, and E. Bautz-Holter, *Retaining the patient perspective in the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for low back pain*. Patient Prefer Adherence, 2008. **2**: p. 337-47.

Vedlegg 2: Formidling Kjernesettprosjektet

Forelesninger/presentasjoner:

Mnd/år	Hvor:	Tittel:
Sept 2013	Helsedirektoratet	Kjernesett i rehabilitering (presentasjon av prosjektplan og foreløpige resultater)
Okt 2014	Workshop om utfallsmål i rehabilitering i regi av Regional Kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, Helse SørØst	Core Set of Outcome Measures for Evaluation of Rehabilitation in Rheumatology
Jan 2015	Fagseminar for Oppfølgingsenheten Frisk, del 1	Evaluerings av rehabilitering, del 1.
Feb 2015	Fagseminar for Oppfølgingsenheten Frisk, del 2	Evaluerings av rehabilitering, del 2.
April 2015	Nettverkskonferansen revmatologisk rehabilitering, Oslo	Kjernesettprosjektet
April 2015	Regionalt fagråd i rehabilitering. Helse SørØst, Oslo	Kjernesettprosjektet
Mai 2015	Rehabiliteringskonferanse, Norsk sykehus og helsetjenesteforening (NSH) Oslo	Gir felles vurderingsmetoder bedre samhandling? Anbefalte utfallsmål for rehabilitering ved muskel- og skjelettsykdommer, sykdommer og plager
Mai 2015	Helsedirektoratet, Oslo	Et kjernesett av anbefalte utfallsmål for rehabilitering ved muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager. Presentasjon av resultat og videre planer.
Juni 2015	EULAR-conference (European League Against Rheumatism), Roma	Developing a National Core Set of Outcome Measures for Rehabilitation in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases
Juni 2015	Rikshospitalet (tverrfaglig gruppe), Oslo	Et kjernesett av anbefalte utfallsmål for rehabilitering ved muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager
Juni 2015	Virke Rehab Fagsamling, Gardermoen	Et kjernesett av anbefalte utfallsmål for rehabilitering ved muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager
Aug 2015	Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering. Fagseminar Oslo	Kjernesettprosjektet og Bro-prosjektet.
Sept 2015	Workshop om vurderingsinstrumenter i forkant av den Regionale rehabiliteringskonferansen Helse Vest	Kjernesett for rehabilitering ved muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager.
Sept 2015	Regional rehabiliteringskonferanse i Helse Vest	Felles kjernesett av utfallsmål for rehabilitering innan feltet muskel-skjelettsykdommer/-skader/-plager.
Sept 2015	Fagdager for ergoterapeuter som jobber innen revmatologi, Skien	Kjernesett i rehabilitering ved muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager. Anbefalte utfallsmål.
Sept 2015	Oppstartseminar for BRO-prosjektet, Gardermoen	Kjernesett i rehabilitering ved muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager.
Okt 2015	Rehabiliteringskonferanse Helse Fonna, Stavanger	Gir felles vurderingsmetoder bedre samhandling? Kjernesett av instrumenter for evaluering av rehabilitering ved muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager

Okt 2015	Besøk fra Salgrenska sjukhuset Göteborg	«Alle gode ting er tre». Presentasjon av Kjernesett-, BRO-, og Kvalitetsindikatorprosjektet.
Nov 2015	Tverrfaglig kurs om bindevevssykdommer	Felles kjernesett for vurdering av helse og funksjon i rehabilitering. Kan det bidra til bedre samhandling? I tillegg til foredrag hadde vi her en times gruppearbeid om mulighet for implementering av kjernesettet i klinisk bruk.
Nov 2015	Forskergruppe ved Universitetet i Oslo	Felles kjernesett av utfallsmål for rehabilitering innen feltet muskel- skjelettsykdommer/-skader/-plager
Nov 2015	CHARM International Seminar on Rehabilitation Research, Oslo	Developing a national Core Set of Outcome Measures for Rehabilitation in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases
Nov 2015	Internseminar revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus	Felles kjernesett av utfallsmål for rehabilitering innen feltet muskel- skjelettsykdommer/-skader/-plager

Publikasjoner:

- Fagkronikk i Fysioterapeuten 9/2015:
Mari Klokkeud, Hanne Dagfinrud, Siv Nylenna, Mona Larsen, Till Uhlig, Kari-Anita Furunes, Lars Øie, Åse Klokkeide, Solrun Nygård, Turid Dager, Ingvild Kjekken.
«Kjernesett for rehabilitering ved muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager»
<http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Kjernesett-for-rehabilitering-ved-muskel-og-skjelettsykdommer-skader-og-plager>
- Abstract til EULAR-kongressen juni 2015:
Klokkeud M, Dagfinrud H, Nylenna S, Larsen M, Uhlig T, Furunes KA, Øie L, Klokkeide Å, Nygård S, Dager T, Kjekken I. Developing a national core set of outcome measures for rehabilitation in rheumatic diseases. Ann Rheum Dis 2015;74(Suppl2): 158.
- Engelskspråklig artikkel (in process):
Klokkeud M, Dagfinrud H, Nylenna S, Larsen M, Uhlig T, Furunes KA, Øie L, Klokkeide Å, Nygård S, Dager T, Kjekken I. Development of a consensus based Norwegian core set of outcome measures for rehabilitation in rheumatic and musculoskeletal diseases. Ready for submission February 2016.