

Pasient-Spesifikk Funksjons Skala: Et nyttig verktøy for fysioterapeuter i primærhelsetjenesten



Tuva Moseng,
fysioterapeut, Msc,
forsker, Universite-
tet i Oslo. E-post:
tuva.moseng@
medisin.uio.no

Anne Therese Tvetter, fysioterapeut,
phd stipendiat, Universitetet i Oslo

Inger Holm, fysioterapeut, professor,
Oslo Universitetssykehus og Universi-
tetet i Oslo

Hanne Dagfinrud, fysioterapeut,
dr. philos., forsker, førsteamanuensis,
Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings-
og kompetansesenter, Diakonhjemmet
Sykehus og Universitetet i Oslo

Denne **vitenskapelige originalartik-
kelen** ble først mottatt 11.09.2012
og godkjent 24.10.2012. Artikkelen er
fagfelleurdert etter Tidsskriftet Fy-
sioterapeutens retningslinjer på www.fysioterapeuten.no.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen
Studien er godkjent av Regional Etisk
komite (REK).

Sammendrag

- **Hensikt:** Å undersøke innholdsvaliditet, reliabilitet og responsivitet av Pasient-Spesifikk Funksjonsskala (PSFS), brukt som kartleggings- og evalueringsverktøy for pasienter med muskelskjelettplager i behandling hos fysioterapeut i primærhelsetjenesten.
- **Design:** En metodestudie med tverrsnittdesign for undersøkelse av innholdsvaliditet og reliabilitet og et prospektivt kohortedesign for undersøkelse av responsivitet.
- **Materiale:** Det ble inkludert 81 pasienter for undersøkelse av innholdsvaliditet og reliabilitet og 180 pasienter for undersøkelse av responsivitet.
- **Metode:** Innholdsvaliditet ble undersøkt ved å kategorisere oppgitte aktiviteter etter ICF. Reliabilitet ble undersøkt med Intraclass Correlation Coefficient (ICC), målefeil (SEM) og minste oppdagbare forskjell (SDC). Responsivitet ble undersøkt gjennom kriterietilnærming og bruk av endringsspørsmål. Area Under the Curve (AUC) og instrumentets sensitivitet, spesifisitet og minste viktige endring (MIC) ble beregnet med Receiver Operating Characteristics (ROC) analyse.
- **Resultater:** Pasientene rapporterte i hovedsak problemer på ICF aktivitetsnivå. Reliabilitet var akseptabel for den første aktiviteten (ICC > 0.7), men dårligere for aktivitet 2 og 3 (ICC < 0.7). Basert på SDC og MIC, kan en endring i PSFS skåre ≥ 2 poeng betraktes som klinisk og statistisk relevant.
- **Konklusjon:** PSFS er et reliabelt og responsivt verktøy til bruk i kartlegging og evaluering av aktivitetsproblemer hos pasienter med muskelskjelettplager i behandling hos fysioterapeut i primærhelsetjenesten.
- **Nøkkelord:** PSFS, primærhelsetjenesten, muskelskjelettplager, validitet, reliabilitet, responsivitet.

Innledning

En stor andel av pasientene som søker behandling hos fysioterapeuter i primærhelsetjenesten har muskelskjelettplager som resulterer i ulike typer og grader av funk-

sjonsbegrensninger (1). Mange har langvarige eller kroniske plager, for eksempel revmatiske sykdommer, artrose eller langvarige ryggplager, og for disse vil gjerne behandlingsforløpet hos fysioterapeuten

strekke seg over lang tid. Behandlingen vil i disse tilfellene ikke ha som mål å gjøre pasienten frisk, men å bedre funksjon eller begrense funksjonstap over tid innenfor de rammer og begrensninger sykdommen



Bruk av PSFS som verktøy i anamneseopptak kan bidra til å sikre at pasienten involveres i vurderinger og betraktninger om sine funksjonsproblemer.

setter (2). Omfattende tiltak kan være nødvendig, og disse kan innbefatte vesentlige endringer av daglige funksjoner, rutiner og tidkrevende egeninnsats i form av for eksempel målrettet fysisk trening. For at slike omfattende behandlingsopplegg skal lykkes, er det nødvendig at pasientens forståelse av egen funksjon og funksjonsproblemer er utgangspunktet for målsetting og behandling. Dersom mål og prioriteringer skapes i tett samarbeid mellom pasient og fysioterapeut, øker sjansene for at behandlingen lykkes (3,4).

Fysioterapeuter baserer mange av sine kliniske beslutninger på evaluering av pasientens fysiske funksjon. Det er derfor viktig at evalueringsmetodene som benyttes er standardiserte og egnet for bruk i fysioterapeuters kliniske praksis (5). Det finnes en rekke *diagnosespesifikke* instrumenter for vurdering av pasienters fysiske funksjon; disse er innholdsmessig tilpasset spesifikke diagnosegrupper. Med tanke på den svært heterogene pasientgruppen som behandles av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten, kan imidlertid denne typen instrumenter være lite hensiktsmessige. De senere årene har det blitt utviklet flere *pasientspesifikke* instrumenter for kartlegging og evaluering av fysisk funksjon. Pasientspesifikke instrumenter kjennetegnes ved at pasienten ikke stilles standardiserte spørsmål om predefinerte tema eller problemområder, men selv identifiserer og skårer sine egne spesifikke aktivitetsproblemer. Den enkelte pasient formulerer altså selv hva som er relevante og gyldige problemstillinger, men metoden for å skåre grad av problem på, er standardisert (6). Denne typen instrumenter kan derfor brukes uavhengig av pasientens diagnose.

Pasient-Spesifikk Funksjons Skala (PSFS) er et pasientspesifikt måleinstrument som er mye brukt i kartlegging og evaluering av pasienter med muskelskjelettplager (7). Bruk av PSFS som et verktøy i anamneseopptak kan bidra til å sikre at pasienten involveres i vurderinger og betraktninger om sine funksjonsproblemer. Dette er et godt utgangspunkt som kan medvirke til at pasientens egne vurderinger av sine aktivitetsproblemer legges til grunn for utforming av mål og

FYSIOPRIM er et forskningsprogram med fokus på fysioterapi i primærhelsetjenesten

Programmets tre hovedformål er å:

- skape ny kunnskap om og for klinisk praksis
- utvikle verktøy og etablere grunnlag for systematisk registrering av data relevant for klinisk praksis
- skape grunnlag for varige samarbeidsmiljøer mellom klinikere i primærhelsetjenesten og forskningsmiljøer

Det gjennomføres et sett av ulike forskningsprosjekter for å bedre kunnskapen om muskelskjelettplager og fysioterapi i primærhelsetjenesten. Prosjektene benytter ulike forskningsdesign og metoder og omfatter et bredt spekter av temaer. Det legges vekt på å finne frem til og prøve ut metoder og verktøy som kan være nyttige og anvendbare i klinisk praksis. I tillegg gjøres det effektstudier og helseøkonomiske analyser, samt studier av klinisk fysioterapipraksis.

FYSIOPRIM er forankret ved Universitetet i Oslo, og gjøres i samarbeid med Diakonhjemmet Sykehus, NTNU og Oslo Universitetssykehus. Fysioterapeuter fra flere fylker deltar i utforming og gjennomføring av forskning og formidling.

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter har bevilget 32 millioner kroner til programmet.

www.med.uio.no/helsam/fysioprim/



tiltak i behandlingen.

PSFS har vist gode måleegenskaper i et begrenset utvalg av definerte muskelskjelettrelaterte diagnoser (8), mens egnethet for den heterogene pasientgruppen som går til behandling hos fysioterapeut i primærhelsetjenesten ikke er undersøkt.

Hensikten med denne studien var å undersøke innholdsvaliditet, reliabilitet og responsivitet (sensitivitet for endring) av PSFS brukt som kartleggings- og evalueringsverktøy for pasienter med ulike typer muskelskjelettplager som går til behandling hos fysioterapeut i primærhelsetjenesten.

Materiale og metode

Deltakere

Deltakerne i studien ble rekruttert med tanke på å skulle representere den store spennvidden av pasienter med muskelskjelettplager som går til behandling hos fysio-

terapeut i primærhelsetjenesten i forhold til ulike diagnoser, varighet og prognose. Med muskelskjelettplager menes plager som primært påvirker muskelskjelettsystemet (for eksempel nakke- og ryggplager, revmatiske sykdommer og skader). Sykdommer med annet utgangspunkt, eksempelvis nevrolo-

Kort sagt

Bruk av PSFS i fysioterapipraksis i primærhelsetjenesten vil kunne:

- Kartlegge pasienters aktivitetsproblemer og alvorlighetsgraden av disse.
- Sikre pasientinvolvering i utarbeidelse av mål og prioriteringer for behandlingen.
- Fange opp endringer i pasientens egendefinerte aktivitetsproblemer gjennom behandlingsforløpet.

giske tilstander som slag og MS er ikke inkludert. Inklusjonskriteriene var at pasientene skulle være over 18 år, gå til behandling hos fysioterapeut i primærhelsetjenesten på testtidspunktet, ha en muskelskjelett-relatert primærdiagnose og være i stand til å gå med eller uten hjelpemiddel. Aktuelle pasienter ble rekruttert til studien av sin behandlende fysioterapeut.

Design og prosedyre

Studien er en metodestudie der et tverrsnittsdesign ble benyttet for å undersøke innholdsvaliditet og reliabilitet, og et kohortdesign ble benyttet for å undersøke responsivitet. Studien er et delprosjekt i FY-SIOPRIM (se faktaboks).

For å undersøke innholdsvaliditet og reliabilitet ble det inkludert pasienter som gikk til behandling ved forskjellige klinikker i Oslo-området (utvalg 1). Pasientene fylte ut PSFS to ganger, med en ukes mellomrom.

For å undersøke responsivitet ble det inkludert pasienter som gikk til behandling ved FY-SIOPRIM-klinikker flere steder i Norge (utvalg 2). Pasientene besvarte PSFS hos sin behandlende fysioterapeut første gang ved inklusjonstidspunktet og deretter ved behandlingsslutt.

Ved andre gangs utfylling fikk pasientene utdelt en kopi av det PSFS-skjemaet de hadde fylt ut første gang. Denne kopien inneholdt de samme aktivitetene som pasienten hadde fylt ut første gang, men skåringene fra første utfylling var fjernet, og pasientene ble bedt om å skåre de samme aktivitetene på nytt. Pasientene fylte ut PSFS selvstendig, men fikk hjelp ved behov. Dersom PSFS likevel ble mangelfullt utfylt, ble ikke pasienten inkludert i analysene.

Variabler

Bakgrunnsvariabler er kjønn, alder, hovedproblem (kroppsområde) og varighet av det aktuelle problemet. Variablene ble registrert gjennom et halvstrukturert intervju.

Pasient-Spesifikk Funksjons Skala (PSFS)

I PSFS rapporteres aktivitetsbegrensninger ved at pasientene definerer mellom 3 og 5 aktiviteter som de har problemer med å utføre, eller ikke kan utføre i det hele tatt på grunn av sine plager. Grad av vanskelighet med å utføre hver av de egendefinerte aktivitetene angis så på en skala mellom 0-10, der 0 representerer «ingen problemer» og 10 representerer «kan ikke utføre aktivite-

Pasient-Spesifikk Funksjons Skala, PSFS

Du skal her beskrive mellom tre og fem viktige aktiviteter som du har problemer med å utføre eller ikke kan utføre i det hele tatt på grunn av dine plager. Deretter skal du angi det sifferet på skalaen som svarer til hvor vanskelig du synes det er å utføre aktiviteten, der 0 er ingen vansker og 10 er at du ikke kan utføre aktiviteten.

Aktivitet	Vanskelighetsgrad Tidspunkt 1	Vanskelighetsgrad Tidspunkt 2
1. Løpe	6	4
2. Sitte på huk	7	8
3. Støvsuge	8	6
4.		
5.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Vanskelighetsgrad</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Kan utføre aktiviteten uten vanskelighet eller som før plager/sykdom. Kan ikke utføre aktiviteten.</p> </div>	

FIGUR 1 Pasient-Spesifikk Funksjons Skala, med eksempler på aktivitetsproblemer og skåring.

ten» (figur 1). Det lages ingen sumskåre av pasientenes graderinger av egne aktivitetsproblemer.

Endringsspørsmål

Pasientene både fra utvalg 1 og 2 fylte ut PSFS ved to tidspunkt. For å registrere eventuelle endringer i plager fra første til andre utfylling besvarte pasientene ved andre utfylling også et såkalt *endringsspørsmål*. På en syvdelt skala med skaleringen «mye verre», «verre», «litt verre», «uendret», «litt bedre», «bedre» og «mye bedre» vurderte pasientene sine plager sammenliknet med forrige utfylling. For undersøkelse av reliabilitet (utvalg 1) ble spørsmålet formulert: «Sammenlignet med forrige gang du var her, hvordan vurderer du dine plager nå?» For undersøkelse av responsivitet (utvalg 2) var formuleringen: «Sammenlignet med før behandlingen startet, hvordan vurderer du plagene dine nå?»

Databearbeiding og analyse

Innholdet i PSFS er spesifikt for den enkelte pasient, og er derved ikke forhåndsbestemt. ICF-modellen ble derfor benyttet til å kategorisere pasientenes beskrevne aktivitetsproblemer inn under områdene kroppsfunksjon, aktivitet eller deltakelse (innholdsvaliditet) (9).

Instrumentets reliabilitet (test-retest stabilitet) ble beregnet med Intraclass Correlation Coefficient 2.1 (ICC). ICC ≥ 0.70 ble vurdert som akseptabel reliabilitet (10).

Instrumentets målefeil (Standard Error of Measurement, SEM) ble estimert ved å dividere standardavviket av endringsskå-

ren fra første til andre utfylling av PSFS på kvadratroten av 2 ($SEM=SD/\sqrt{2}$). Minste oppdagbare forskjell med 90 % sikkerhet (Smallest Detectable Change, SDC90) ble beregnet etter formelen: $SDC90 = 1.68 \times \sqrt{2} \times SEM$ (10). I analysene av reliabilitet er det bare pasienter som har skåret at deres tilstand er «uendret» som er inkludert (11).

Responsivitet ble undersøkt ved kriterietilnærming der endringsspørsmålet ble benyttet som «gullstandard» (12). For analyseformål ble responsene på endringsspørsmålet kategorisert i to grupper: pasienter som rapporterte «mye bedre» og «bedre» ble kategorisert som bedret, og pasienter som rapporterte «litt verre», «uendret» eller «litt bedre» ble kategorisert som liten/ingen endring. Receiver Operating Characteristic (ROC) analyser ble gjort for å undersøke i hvilken grad PSFS diskriminerer mellom disse to gruppene. Sensitivitet, spesifisitet og «minste viktige endring» (Minimal Important Change, MIC) ble estimert ved hjelp av ROC-analyse. Arealet under ROC-kurven (AUC) ble beregnet for å undersøke testens diskriminerende evne, og AUC ≥ 0.70 ble vurdert som akseptabel (12).

Signifikansnivået ved undersøkelse av skåringene ble bestemt til 5%. Data for undersøkelse av reliabilitet og responsivitet ble analysert ved hjelp av statistikkprogramvaren IBM SPSS Statistics versjon 20.

Etikk

Studien er godkjent av Regional Etisk Komité (REK). Alle deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon og skrev under in-

TABELL 1 Bakgrunnsvariabler.

Generelle karakteristika	Utvalg 1 Innholdsvaliditet og reliabilitet (n=81)		Utvalg 2 Responsivitet (n=180)	
	Gj.snitt (SD)	n (%)	Gj.snitt (SD)	n (%)
Alder	57 (14)		55 (15)	
Kjønn				
– kvinne		58 (71)		124 (70)
– mann		23 (29)		54 (30)
Områdespesifikt hovedproblem				
Overekstremiteter / nakke		9 (11)		40 (23)
Rygg / bekken		11 (14)		17 (10)
Underekstremiteter		36 (44)		97 (55)
Kroniske tilstander (eks: revmatiske sykdommer, osteoporose)		10 (12)		21 (12)
Multiple områder (eks: rygg og skulder)		15 (19)		0 (0)
		Median (range)		Median (range)
Varighet av hovedproblem		10 år (16 uker – 55 år)		4 år (4 uker – 50 år)

SD=Standard avvik

formert samtykke før testingen startet. Alt datamaterialet er blitt kodet og behandlet anonymt.

Resultater

Bakgrunnsvariabler

I utvalg 1 ble det inkludert 81 pasienter. Deltakerne hadde en gjennomsnittsalder på 57 år (range 20 til 82) og 71% var kvinner. Utvalget representerte en bred variasjon i forhold til områdespesifikt hovedproblem og varighet av plager, men hoveddelen av pasientene rapporterte sitt hovedproblem tilhørende underekstremitetene (44%) (Tabell 1).

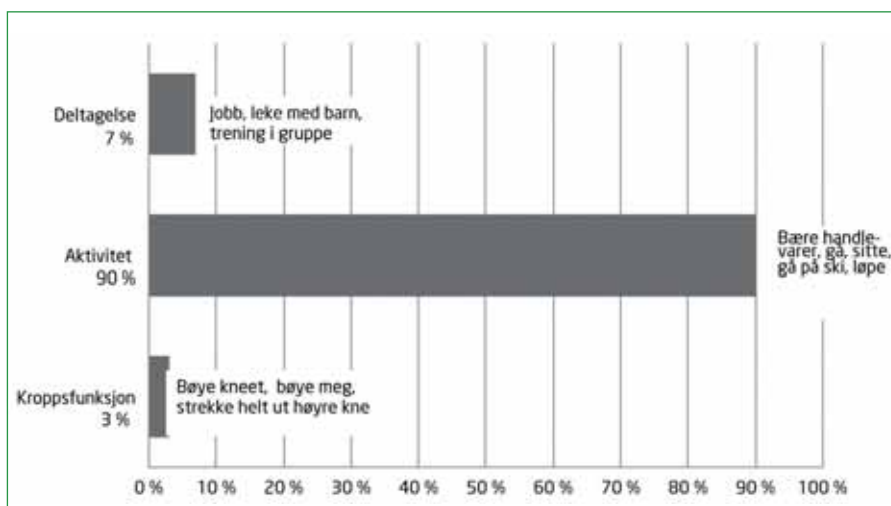
Utvalg 2 besto av 180 pasienter med gjennomsnittsalder 55 år (range 19-86) og 70% kvinner. Også i utvalg 2 var variasjon i hovedproblem og varighet stor, men den største andelen rapporterte sitt hovedproblem fra underekstremitetene (55%) (Tabell 1).

Undersøkelse av innholdsvaliditet

Totalt oppga de 81 pasientene i utvalg 1 153 forskjellige aktiviteter de hadde problemer med å utføre. De fleste pasientene i studien hadde ikke fylt ut og skåret mer enn tre aktiviteter. Kategoriseringen er derfor basert på de tre første aktivitetene. Av disse kunne 90% klassifiseres som aktivitet i ICF-modellen, 3% kunne klassifiseres som kroppsfunksjoner og 7% kunne kategoriseres under deltagelse (figur 2).

Undersøkelse av reliabilitet

Reliabilitet er undersøkt for skåringene av



FIGUR 2 Fordeling av aktiviteter rapportert i PSFS kategorisert etter ICF-modellen. De oppgitte aktivitetene er eksempler.

de tre første aktivitetene. Analysene er basert på 55 av de 81 pasientene som rapporterte sin tilstand som «uendret» (utvalg 1).

Pasientene rapporterte størst grad av vanskelighet med aktivitet 1 (gjennomsnitt(SD) 7.3(2.2)) (Tabell 2). Bare aktivitet 1 oppnådde akseptabel reliabilitet (ICC 0.83). Instrumentets målefeil (SEM) ble estimert til 0.9 poeng, og den minste oppdagbare forskjell (SDC90) var 2.1 poeng (Tabell 2). SEM er et uttrykk for den gjennomsnittlige målefeilen, mens minste oppdagbare forskjell er usikkerheten knyttet til dette gjennomsnittet. Det vil si at den gjennomsnittlige målefeilen er på 0.9 po-

eng, men for å være 90% sikker på at en reell endring utover målefeilen har skjedd så må pasienten endre seg med 2.1 poeng.

Undersøkelse av responsivitet

Basert på resultater av reliabilitetsanalysene, ble responsivitet bare undersøkt for aktivitet 1.

PSFS viste tilfredsstillende evne til å skille mellom gruppen som rapporterte liten/ingen endring (n=65) og gruppen som rapporterte bedring (n=113) (AUC (95% KI)=0.70 (0.62,0.78)). Sensitivitet og spesifisitet ble beregnet til hhv 63 og 65%. Det vil si at 63% av dem som er bedre på endrings-

TABELL 2 Skåre, endringsskåre og reliabilitet for aktivitet 1, 2 og 3 av PSFS hos pasienter som rapporterer «uendret» tilstand (n = 55).

	Aktivitet 1	Aktivitet 2	Aktivitet 3
Testskåre gj.snitt (SD)	7.3 (2.2)	6.9 (2.5)	6.4 (2.3)
Re-testskåre gj.snitt (SD)	7.3 (2.3)	6.5 (2.4)	6.1 (2.5)
Gj.snitt endring (95% KI)	0.05 (-0.3, 0.4)	0.4 (-0.2, 1.0)	0.2 (-0.3, 0.8)
ICC 2.1 (95% KI)	0.83 (0.72, 0.90)	0.52 (0.30, 0.69)	0.65 (0.47, 0.79)
SEM	0.9	1.7	1.4
SDC ₉₀	2.1	4.0	3.3

SD= Standard avvik. KI= Konfidensintervall. ICC 2,1= Intraclass Correlation Coefficient type 2.1. SEM = Standard Error of Measurement. SDC90 = Smallest Detectable Change, oppgitt med øvre grense av 90% konfidensintervall

TABELL 3 Skåre og endringsskåre av PSFS aktivitet 1, presentert for grupper basert på endringsspørsmålet.

	PSFS 1. utfylling Gj.snitt (SD)	PSFS 2. utfylling Gj.snitt (SD)	Endringsskåre Gj.snitt (95% KI)	P-verdi
Mye bedre (n= 46)	7.0 (2.4)	3.6 (2.9)	3.4 (2.5, 4.2)	<0.001
Bedre (n= 67)	7.1 (2.4)	4.8 (3.0)	2.2 (1.6, 2.9)	<0.001
Litt bedre (n= 38)	7.2 (2.3)	6.4 (2.4)	0.8 (0.1, 1.5)	0.023
Uendret (n= 20)	7.9 (2.1)	7.4 (2.3)	0.5 (-0.1, 1.2)	0.094

SD= Standard avvik. KI=Konfidensintervall

spørsmålet også oppgir bedring i PSFS, mens 65% av dem som oppgir liten/ingen endring på endringsspørsmålet også oppgir tilsvarende skåre i PSFS.

Minste viktige endring (MIC) for aktivitet 1 ble beregnet til 1.25 PSFS-poeng. Pasientene som skåret «mye bedre» eller «bedre» på endringsspørsmålet, rapporterte også signifikant bedring på PSFS fra før til etter behandling (gjennomsnitt (95% KI)) 3.4 (2.5,4.2) og 2.2 (1.6,2.9), $p<0.001$ (Tabell 3). Gruppene som skåret «uendret» eller «litt bedre» derimot, hadde endringsskåre som var lavere enn instrumentets målefeil og minste viktige endring, henholdsvis 0.5 (-0.1,1.2, $p=0.094$) og 0.8 (0.1,1.5, $p=0.023$). Få pasienter rapporterte forverring, så beregning er ikke gjort for disse.

Diskusjon

Bruk av PSFS som kartleggingsverktøy viste at pasienter med muskelskjelettplager som behandles av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten i all hovedsak rapporterer problemer på ICF aktivitetsnivå. Instrumentets reliabilitet var akseptabel for den første aktiviteten pasienten oppgav, men ikke for

aktivitet 2 og 3 (10). PSFS var egnet til å skille mellom de pasientene som opplevde bedring etter behandling og de som ikke gjorde det. Endring av PSFS-skåre må være minimum 2 poeng for sikkert å være større enn instrumentets målefeil og større enn minste viktige endring (MIC).

Gjennom pasientspesifikke måleinstrumenter, som PSFS, definerer og vurderer pasienten selv sine aktivitetsproblemer. Instrumentets validitet styrkes gjennom at den enkelte pasient fyller inn sitt unike innhold og derved sikrer at innholdet er viktig og relevant (innholdsvaliditet) (5). Den individuelle tilpasningen gjør instrumentet velegnet for bruk i en praksis som skal ivareta en sammensatt pasientgruppe, siden det samme instrumentet kan brukes for alle pasienter. Instrumentet er godt egnet til å følge individuelle pasientforløp, men det individuelle designet gjør det vanskelig å sammenligne resultater mellom pasienter, i og med at innholdet ikke kan sees på som standardisert og skåringene derved heller ikke kan sammenlignes med hverandre (13).

ICF-modellen ble brukt for å analysere og kategorisere de forskjellige aktivitetene

som ble rapportert av pasientene i denne studien, og resultatene bekrefter funn i en tidligere studie, der også hoveddelen av pasientenes rapporterte aktiviteter befant seg på ICF aktivitetsnivå (14). Det er viktig å understreke at PSFS etterspør hvilke aktiviteter pasienten har problemer med å utføre, og slik spørsmålet er utformet, vil det antakelig bidra til at respondentene i mindre grad rapporterer problemer på kroppsfunksjon- eller deltakelsesnivå (13,14). Bruk av standardiserte måleinstrumenter i klinisk praksis bør optimalt sett reflektere alle ICF nivå (kroppsfunksjon, aktivitet og deltagelse) for å sikre at alle disse aspektene av pasienters helsemessige forhold berøres (14). I kartlegging av funksjonsproblemer er det viktig å ta i betraktning hvordan den enkelte pasient forstår og definerer sine plager, slik at målsetting og tiltak utformes i forhold til om problemet kategoriseres på kroppsfunksjons-, aktivitets- eller deltakelsesnivå. For å sikre en helhetlig vurdering av pasienten kan det være nødvendig å supplere med informasjon innenfor andre ICF-nivåer enn det pasienten opplever som sitt hovedproblem. Et eksempel kan være at en pasient i PSFS rapporterer problemer med «å løpe». Dette problemet befinner seg på ICF-aktivitetsnivå. Fysioterapeuten vil så supplere denne informasjonen gjennom undersøkelser på kroppsfunksjonsnivå, for eksempel undersøkelse av underekstremitetens ledd og muskler, og videre etterspørre hvordan løpeproblemet virker inn på deltagelse. Kanskje kan ikke pasienten delta i sitt vanlige sosiale miljø siden han ikke greier å løpe? Alle disse opplysningene er viktige for fysioterapeuten. For å sikre pasientinvolvering, måloppnåelse og pasientens motivasjon er det likevel avgjørende at målet med behandlingen befinner seg tett opptil det pasienten selv oppfatter som sitt hovedproblem – i dette tilfellet å løpe.

Ved undersøkelse av reliabilitet i en heterogen pasientgruppe må man forvente en større variasjon i utfyllingene sammenlignet med for eksempel tekniske laboratorietester, der variasjon i større grad kan kontrolleres. Minste oppdagbare forskjell (SDC) ble derfor beregnet med 90% konfidensintervall, og ikke 95% som er vanligst. Tidligere studier har undersøkt reliabilitet av PSFS som gjennomsnittet av skåringene av de oppgitte aktivitetene, og ikke for hver enkelt aktivitet. Resultatene av reliabilitetsanalysene i denne studien er gode for aktivitet 1, men svakere



BEDRET GRUNNLAG PSFS kan bidra til en mer pasientsentrert tilnærming i behandling av pasienter med kroniske muskelskjelettplager.

for aktivitet 2 og aktivitet 3 (lavere ICC) (7,15-17). Vi fant at pasientene rapporterte størst problemer med å utføre den aktivitet de oppga først, og beregninger gjort på gjennomsnitt av aktivitetene ville derved ikke gi et korrekt bilde. Dette, sammenholdt med at aktivitet 1 også hadde bedre test-retest egenskaper, kan indikere at den aktiviteten som oppgis først er den som oppleves «viktigst». Basert på erfaringer og analyser i denne studien anbefaler vi derfor at PSFS brukes til å kartlegge og evaluere ett aktivitetsproblem, nemlig pasientens hovedproblem, fremfor tre til fem aktivitetsproblemer slik PSFS opprinnelig er formulert.

For at et måleinstrument skal være egnet til å evaluere effekt av en intervensjon må det kunne fange opp en reell endring i tilstanden (responsivitet). Responsivitet betegnes ofte som longitudinell validitet, som et ut-

trykk for at endringen i det fenomenet pasienten bes om å vurdere må oppleves som relevant, gyldig og aktuelt. Det individuelt tilpassede innholdet i PSFS må antas å gi gode betingelser for longitudinell validitet, fordi pasienten bes om å vurdere endring på et problem han har definert som viktig og aktuelt. Resultatene i denne studien bekrefter at PSFS er egnet til å fange opp endring i en heterogen gruppe pasienter med muskelskjelettplager. Minste oppdagbare forskjell (SDC_{90}) var høyere enn beregnet minste viktige endring (MIC), med henholdsvis 2.1 og 1.25 poeng. Dette forholdet burde ideelt sett vært motsatt, men kan likevel forsvares da PSFS måleskala består av hele tall. To poeng blir i praksis den naturlige størrelsen for å vurdere om reell og viktig endring har skjedd. Resultatene samsvarer også med tidligere studier av definerte pasientgrupper

med diagnoser som kneplager, nakkeplager eller ryggplager (8).

Gjennom de siste tiårene har forholdet mellom pasient og helsearbeider endret seg i retning av at pasienter i økende grad involveres i beslutninger om egen helse (4,18,19). Den økte tilgangen til kunnskap og informasjon om helsespørsmål bidrar også til at pasienter generelt har bedre grunnlag for å ta avgjørelser om egen helse og sette mål for tiltak og behandling. Det er vist at det å lage relevante mål for behandling og rehabilitering kan være viktig for å oppnå ønskete resultater (20), og det er avgjørende at målene defineres i samarbeid og gjennom delt beslutningstaking mellom pasient og behandler (3).

Konklusjon

PSFS ble utviklet som et verktøy til å identifisere

sere og evaluere pasienters egne beskrivelser av sine aktivitetsproblemer (7). De eksplisitte, egenformulerte problemene kan danne et godt grunnlag for å definere en målrettet behandlingsprosess, og slik kan PSFS bidra til en pasientsentrert tilnærming i behandling av pasienter med kroniske muskelskjelettplager. Resultatene fra denne studien viser at pasienter med muskelskjelettplager hovedsakelig rapporterer problemer på aktivitetsnivå, og at PSFS har god reliabilitet og responsivitet brukt i denne pasientgruppen. Basert på dette anbefaler vi at PSFS brukes i kartlegging og evaluering av aktivitetsproblemer hos pasienter med varierte muskelskjelettplager som går til behandling hos fysioterapeut i primærhelsetjenesten.

Referanser

1. Ihlebaek C, Brage S, Natvig B, et al. [Occurrence of musculoskeletal disorders in Norway]. Tidsskr Nor Laegeforen 2010 Dec 2;130(23):2365-8.
2. Kjekken I, Kvien TK, Dagfinrud H. [Functional assessment in rehabilitation]. Tidsskr Nor Laegeforen 2007 Mar 1;127(5):598-9.
3. Falardeau M, Durand MJ. Negotiation-centred versus client-centred: which approach should be used? Can J Occup Ther 2002 Jun;69(3):135-42.
4. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997 Mar;44(5):681-92.
5. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, et al. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. Health Technol Assess 1998;2(14):i-74.
6. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. BMJ 2002 Jun 15;324(7351):1417.
7. Stratford P, Gill C, Westaway M, et al. Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient specific measure. Physiotherapy Canada 1995 47(4), 258-263.
8. Horn KK, Jennings S, Richardson G, et al. The patient-specific functional scale: psychometrics, clinimetrics, and application as a clinical outcome measure. J Orthop Sports Phys Ther 2012 Jan;42(1):30-42.
9. World Health Organization. International Classification of Function Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
10. Terwee CB, Bot SD, De Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol 2007 Jan;60(1):34-42.

Title: The Patient-Specific Functional Scale: A useful tool for physiotherapists working in primary care

Abstract

- **Purpose:** To examine content validity, reliability and responsiveness of the Patient-Specific Functional Scale (PSFS), for patients with musculoskeletal disorders receiving physiotherapy in primary care.
- **Design:** A methodological study with a cross-sectional design for the investigation of content validity and reliability and a prospective cohort design for the investigation of responsiveness.
- **Materials:** For the study of content validity and reliability 81 patients were included. For the study of responsiveness 180 patients were included.
- **Methods:** Content validity was examined by categorizing the reported activities according to ICF. In the study of reliability Intraclass Correlation Coefficient (ICC), Smallest Error of Measurement (SEM) and Smallest Detectable Change (SDC) were calculated. Responsiveness was examined through a criterion approach. Area under the curve (AUC), sensitivity, specificity and Minimal Important Change (MIC) were calculated with Receiver Operating Characteristics (ROC).
- **Result:** Patients mainly reports problems at ICF-activity level. Reliability was acceptable for first reported activity (ICC>0.7), but poorer for activity 2 and 3 (ICC<0.7). Based on SDC and MIC, 2 points change in PSFS score can be considered clinically and statistically relevant.
- **Conclusion:** PSFS is a reliable and responsive tool when used to map and evaluate activity problems in patients with musculoskeletal disorders seeking physiotherapy in primary care.
- **Keywords:** PSFS, primary care, musculoskeletal disorders, validity, reliability, responsiveness.

11. Young JA, Cleland JA, Michener LA, et al. Reliability, construct validity, and responsiveness of the neck disability index, patient-specific functional scale, and numeric pain rating scale in patients with cervical radiculopathy. Am J Phys Med Rehabil 2010 Oct;89(10):831-9.
12. de Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. Measurement in medicine. Cambridge University Press; 2011.
13. Jolles BM, Buchbinder R, Beaton DE. A study compared nine patient-specific indices for musculoskeletal disorders. J Clin Epidemiol 2005 Aug;58(8):791-801.
14. Fairbairn K, May K, Yang Y, et al. Mapping Patient-Specific Functional Scale (PSFS) items to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Phys Ther 2012 Feb;92(2):310-7.
15. Cleland JA, Fritz JM, Whitman JM, et al. The reliability and construct validity of the Neck Disability Index and patient specific functional scale in patients with cervical radiculopathy. Spine (Phila Pa 1976) 2006 Mar 1;31(5):598-602.

16. Chatman AB, Hyams SP, Neel JM, et al. The Patient-Specific Functional Scale: measurement properties in patients with knee dysfunction. Phys Ther 1997 Aug;77(8):820-9.
17. Westaway MD, Stratford PW, Binkley JM. The patient-specific functional scale: validation of its use in persons with neck dysfunction. J Orthop Sports Phys Ther 1998 May;27(5):331-8.
18. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ 1999 Sep 18;319(7212):780-2.
19. Coulter A. Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. BMJ 1999 Sep 18;319(7212):719-20.
20. Leveck WM, Taylor K, Siegert RJ, et al. Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. Clin Rehabil 2006 Sep;20(9):739-55.

Følg med på nyheter fra fag og forskning på www.fysioterapeuten.no

Vi er også på Facebook og Twitter - Lik oss gjerne!

På fysioterapeuten.no/blogg finner du flere spennende innlegg.

Hvis du har skrivekløe - ta kontakt!

Fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap: publiserte fagartikler, oppsummeringer fra Cochrane og Kunnskapscenteret, sammendrag av doktorgrader og bøker.

