

Aas RW, Hellem I, Ellingsen KL

WHO's ICF

En nasjonal presentasjon

Rapport IRIS - 2008/256

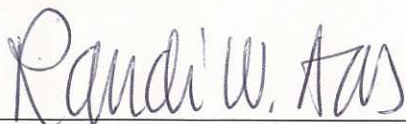
Prosjektens tittel: Utvikling av nasjonal presentasjon (2003)
Implementering av ICF i universitet og høyskoler (2008)

Oppdragsgiver(e): Sosial- og Helsedirektoratet (2003)
Helsedirektoratet (2008)

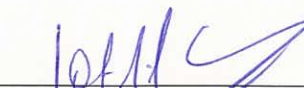
ISBN: 978-82-490-0608-3

Gradering: Åpen

Stavanger, 15.12.2008



Randi Wågø Aas
Prosjektleder /seniorforsker



Gottfried Heinzerling
Forskningsdirektør

Forord

Dette opplæringsmaterialet er laget til bruk for de som skal presentere eller introdusere International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) som er gitt ut av Verdens helseorganisasjon (WHO 2001). Presentasjonen består av 44 slides, og tilsvarende antall manusark som utdyper hver slide. Ved å benytte dette materialet, kan du sikre at den informasjon du gir om ICF er i tråd med originalmateriellet fra WHO. Dette materialet kan med fordel brukes sammen med den offisielle norske oversettelsen av ICF (KITH 2003) og Norsk brukerveiledning (KITH 2004).

Powerpointpresentasjonen og manusarkene er laget ut fra følgende kriterier:

- Innholdet skal være nært knyttet til originalversjonen av ICF, og ikke være divergerende i innhold. Der det er mulig lages det direkte sitat fra originalversjonen.
- Presentasjonen skal være rent beskrivende og ikke argumenterende. Derved føres det ingen diskusjon om ICF i materialet.
- Det skal være minst mulig gruppering av slidene, da den skal være fleksibel i bruk når en ønsker kun å bruke deler av presentasjonen og når en ønsker å supplere med egne slides.
- Det skal være et rikholdig utvalg av slides, - en skal heller kunne selektere og ekskludere enn å savne aktuelle slides.
- Det skal være minst mulig tekst på hver slide.

Offisiell nasjonal presentasjon om ICF i form av 39 slides ble gitt ut av Sosial- og Helsedirektoratet i forbindelse med den nasjonale lanseringskonferansen 29.01.2004. Den ble utviklet av forsker Randi Wågø Aas på vegne av Sosial- og Helsedirektoratet. Høringsinstans til presentasjonen var Nasjonal referansegruppe for ICF ved Asbjørn Haugsbø, Jorunn Søby, Søren Brage, Margreth Grotle, Kjersti Vik, Erik Bautz-Holter, Tormod Jaksholt, Kristin Bang, Sigrid Østensjø, Bjørn Buan, Glen Thorsen og Randi Wågø Aas.

I forbindelse med en ny nasjonal konferanse 14.01.2009 om ICF i regi av Helsedirektoratet er den nasjonale presentasjonen utviklet et skritt videre. Denne gangen er det lærere i universitet og høyskolesektoren innen de syv utdanningene *medisin, psykologi, ergoterapi, fysioterapi, sykepleie, vernepleie, og sosionom* som er målgruppen for konferansen. Det er nå laget manusark til hver enkelt slide, samt at slidene 28 til 32 er nye. Helsedirektoratet er oppdragsgiver, og materialet er utviklet av høyskolelektorene Kjersti Lunde Ellingsen og Inger Hellem fra Diakonhjemmet høyskole Rogaland og seniorforsker Randi Wågø Aas fra IRIS.

Vi håper du vil ha nytte og glede av hele eller deler av materialet!

Stavanger 15.12.2008

Randi Wågø Aas

Prosjektleder/Seniorforsker

Innhold

INNHOOLD.....	4
SLIDE 1: OVERSIKTSPLANLEGGING FOR FOREDRAG	6
SLIDE 2: WHOS FAMILIE AV INTERNASJONALE KLASSIFIKASJONSSYSTEMER	8
SLIDE 3: NORSK OFFISIELL UTGAVE (2003)	10
SLIDE 4: ICD-10.....	12
SLIDE 5: ICIDH (WHO 1980).....	13
SLIDE 6: FRA ICIDH TIL ICF	14
SLIDE 7: WHOS GODKJENNING AV ICF.....	16
SLIDE 8: TO ULIKE FUNKSJONER	17
SLIDE 9: EN TEORETISK MODELL (ICF 2001).....	18
SLIDE 10: EN KLASSIFIKASJONSSTRUKTUR (ICF 2001)	19
SLIDE 11: MÅLSETTING.....	20
SLIDE 12: BRUKSOMRÅDER	21
SLIDE 13: TO HOVEDOMRÅDER.....	22
SLIDE 14: EN BIO-PSYKO-SOSIAL FORSTÅELSE AV HELSE OG FUNKSJONSEVNE	23
SLIDE 15: POSITIVT VERSUS NEGATIVT ASPEKT	24
SLIDE 16: DEFINISJONER, KROPPSFUNKSJONER & KROPPSSTRUKTURER.....	26
SLIDE 17: DOMENER B OG S	27
SLIDE 18: DEFINISJONER; AKTIVITETER.....	28
SLIDE 19: DEFINISJONER; DELTAGELSE	29
SLIDE 20: DOMENER D	30
SLIDE 21: DEFINISJONER; KONTEKSTUELLE FAKTORER	32
SLIDE 22: DOMENER E.....	34

SLIDE 23: MODIFIKATOR B, S, A, P*. GRAD AV FUNKSJONSPROBLEM	35
SLIDE 24: MODIFIKATOR A, P*. UTFØRELSE OG KAPASITET	37
SLIDE 25: MODIFIKATOR E*. GRAD AV HINDER / FREMMENDE VIRKNING	38
SLIDE 26: MODIFIKATOR S*. ART AV FORANDRING OG LOKALISASJON	39
SLIDE 27: KODING	40
SLIDE 28: KASUS 1	41
SLIDE 29: KASUS 1: KODING	42
SLIDE 30: KASUS 2	43
SLIDE 31: KASUS 2: KODING	44
SLIDE 32: KASUS 2: PLAN	45
SLIDE 33: BRUKSOMRÅDE 1. Å BESKRIVE FUNKSJONSEVNE	46
SLIDE 34: BRUKSOMRÅDE 2. Å SETTE MÅL	47
SLIDE 35: BRUKSOMRÅDE 3. Å KLARGJØRE TILTAK	48
SLIDE 36: BRUKSOMRÅDE 4. Å BESKRIVE "HVEM GJØR HVA"	49
SLIDE 37: BRUKSOMRÅDE 5. Å FORKLARE FUNKSJONSEVNE	50
SLIDE 38: BRUKSOMRÅDE 6. SPRÅK FOR Å KOMMUNISERE	51
SLIDE 39: IDEOLOGISK GRUNNLAG	52
SLIDE 40: ETISKE RETNINGSLINJER	53
SLIDE 41: BENEVNELSER	54
SLIDE 42: VERSJONER AV ICDH – ICF	55
SLIDE 43: VIDEREUTVIKLING	56
SLIDE 44: ADRESSER	57

Slide 1: Oversiktsplanlegging for foredrag

I tabellen under kan du få en oversikt over alle slidene, planlegge hvilke slides du ønsker å ta med i din presentasjon, fordele slidene over flere forelesninger mv.

NR.	TEMA	SLIDENS TITTEL	EGNE KOMMENTARER
1	Introduksjon	Presentasjonens tittel	
2	WHO-FIC	WHO's familie av internasjonale klassifikasjonssystemer	
3	ICF på norsk	Norsk offisiell utgave (2003)	
4	ICD-10	ICD-10	
5	ICIDH	ICIDH (WHO 1980)	
6	ICIDH	Fra ICIDH til ICF	
7	ICF- vedtak	WHO's godkjenning av ICF	
8	Funksjoner	To ulike funksjoner, modell og klassifisering	
9	Funksjoner	En teoretisk modell (ICF 2001)	
10	Funksjoner	En klassifikasjonsstruktur (ICF 2001)	
11	Mål	Målsetting	
12	Bruksområder	Bruksområder	
13	Beskrivelse	To hovedområder	
14	Beskrivelse	En bio-psyko-sosial forståelse av helse og funksjonsevne	
15	Beskrivelse	Positivt versus negativt aspekt	
16	Definisjoner	Definisjoner, kroppsfunksjoner & kroppsstrukturer	
17	Domener	Domener b og s	
18	Definisjoner	Definisjoner, aktiviteter	
19	Definisjoner	Definisjoner, deltagelse	
20	Domener	Domener d	
21	Definisjoner	Definisjoner, kontekstuelle faktorer	
22	Domener	Domener e	
23	Modifikatorer	Modifikator b, s, a, p. Grad av funksjonsproblem	
24	Modifikatorer	Modifikator a, p. Utførelse og kapasitet	

25	Modifikatorer	Modifikator. Grad av hinder / fremmede virkning
26	Modifikatorer	Modifikator. Art av forandring og lokalisasjon
27	Koding	Koding
28	Eksempel	Kasus 1
29	Eksempel	Kasus 1: Koding
30	Eksempel	Kasus 2
31	Eksempel	Kasus 2: Koding
32	Eksempel	Kasus 2: Plan
33	Bruksområde	Eksempel på bruksområde 1: Å beskrive funksjonsevne
34	Bruksområde	Eksempel på bruksområde 2: Å sette mål
35	Bruksområde	Eksempel på bruksområde 3: Å klargjøre tiltak
36	Bruksområde	Eksempel på bruksområde 4: Å beskrive "hvem gjør hva"
37	Bruksområde	Eksempel på bruksområde 5: Å forklare funksjonsevne
38	Bruksområde	Eksempel på bruksområde 6: Språk for å kommunisere
39	Ideologi	Ideologisk grunnlag
40	Etikk	Etiske retningslinjer
41	Benevnelser	Benevnelser
42	Versjoner	Versjoner av ICIDH – ICF
43	Videreutvikling	Videreutvikling
44	Adresser	Adresser

Egne notater:

Slide 2: WHO's familie av internasjonale klassifikasjonssystemer

ICF | WHO's familie av internasjonale klassifikasjonssystemer (WHO-FIC)

ICD-10
International Statistical Classification of Diseases & Related Health Problems

ICF
International Classification of Functioning, Disability and Health

hovedklassifikasjoner

Helsedirektoratet | 2

Momenter til slide:

- I den internasjonale familie av helseklassifikasjoner som Verdens helseorganisasjon (WHO) utvikler, er *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse - ICF* det nyeste hovedmedlemmet.
- Blant WHO's mange klassifikasjonssystemer er kun to definert som hovedmedlemmer. Det er ICF og ICD-10.
- Etter ca. 20 års arbeid vedtok Verdens helseforsamling i mai 2001 den nye klassifikasjonen ICF. Dermed introduserte WHO et nytt mål på helse. Tradisjonelle indikatorer på helse har vært basert på sykdomstilstander, dødelighet og dødsårsaker. ICF gjør det mulig å klassifisere menneskers funksjonsevne relatert til deres mulighet for deltakelse i sosialt liv. Slik deltakelse vil kunne fordre tilrettelegging som hjelpemidler og tilpasning av omgivelsene. ICF fanger opp slike forhold. Dermed er det også mulig å bruke denne klassifikasjonen til å opparbeide kunnskap som får betydning for framtidig utforming av helsetjenester og sosialpolitikk.
- ICF skal ikke erstatte den internasjonale sykdomsklassifikasjonen, ICD-10. I enkelte sammenhenger kan det være ønskelig å benytte begge klassifikasjoner, og de anbefales brukt sammen.
- ICF er i enkelte henseende uferdig. Brukere av klassifikasjonen vil i dag savne kriterier for gradering av funksjonsnivå, selv om enkelte graderingsskalaer eller

modifikatorer er utviklet. Det vil ta tid å få slike på plass, og det forutsetter internasjonalt samarbeid.

Ordforkortelser:

WHO	World Health Organization, Geneva
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health Internasjonal Klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse
ICIDH	International Classification of Impairment, Disability and Handicap
WHO-FIC	World Health Organizations Family of International Classifications

Slide 3: Norsk offisiell utgave (2003)

ICF | norsk offisiell utgave (2003)



På norsk

- ICF- fullversjon
- ICF- kortversjon
- Norsk brukerveileder
- Powerpoint – presentasjon om ICF
- Manusark til powerpoint-presentasjonen

Helsedirektoratet | 3

Momenter til slide:


- Sosial- og helsedirektoratet presenterte *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, ICF*, for første gang i norsk språkdrakt gjennom en nasjonal lanseringskonferanse 29.01.2004 i direktoratet.
- Den norske utgaven av ICF foreligger i to bokutgaver, en fullstendig versjon og en kortversjon. Kortversjonen utelater de mest detaljerte underinndelinger av kategorier.
 - I det foreliggende resultatet er det lagt stor vekt på konsistens i valg av termer. Det erkjennes at noen brukere av klassifikasjonen vil oppleve enkelte termer som annerledes eller fremmede ut fra sin tradisjon.
 - Klassifikasjonen skal framstå i et språk som presenterer begrepene forståelig og presist for flest mulig brukergrupper.
 - Under oversettelsesarbeidet har det vært et samarbeid med det nordiske samarbeidssenteret for WHO-FIC.
 - Utkastet til oversettelse ble sendt ut på en høring som resulterte i flere forbedringer.
 - I tråd med krav fra WHO, er det utført en oversettelse og tilbakeoversettelse til engelsk originalutgave under tilnærmet uavhengige prosesser. Avvik mellom resultatene ble behandlet av Nasjonal referansegruppe for ICF.

- *ICF-Norsk brukerveiledning*, gitt ut av KITH har en viktig funksjon i å gi kodeveiledning til de som skal bruke ICF som klassifikasjonssystem.
- *Powerpointpresentasjonen med manusark*, som er presentert i denne rapporten skal være et hjelpemiddel til å introdusere ICF på en enklere måte, for eksempel overfor studenter i høyskoler og universitet.

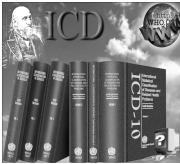
Oversikt over medarbeidere ved utarbeidelse av norsk utgave av ICF

<i>KITH på oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet</i>	Prosjektleder:	Medarbeidere:
	Bjørn Buan	Trine Andersen
	Oversettelse og tilrettelegging:	Iver Nordhuus
	Glen Thorsen	Stefi Stabell Wetteland
<i>Sosial- og helsedirektoratets referansegruppe for oversettelsen</i>	Asbjørn Haugsbø (leder)	Margret Grotle
	Sigrid Østensjø	Tormod Jaksholt
	Kristin Bang	Jorunn Sjøby
	Erik Bautz-Holter	Kjersti Vik
	Søren Brage	Randi Wågø Aas
<i>Tilbakeoversettelse og lingvistisk analyse</i>	Linda Grytten	

Slide 4: ICD-10



ICD-10



ICD-10: International Statistical Classification of Diseases & Related Health Problems

150 års historie

Internasjonal standard

Fra klassifisering av årsaker til død, til klassifisering av sykdom, skade mv.

1856: d'Espine & Farris dødsårsaksliste (139 kategorier)

1893: Bertillon's Classification. International Nomenclature of Causes of Death


1946: International Classification of Diseases and Related Health Problems

1990: ICD-10 (~9000kategorier)

Statistikk

Dødelighet og sykkelighet

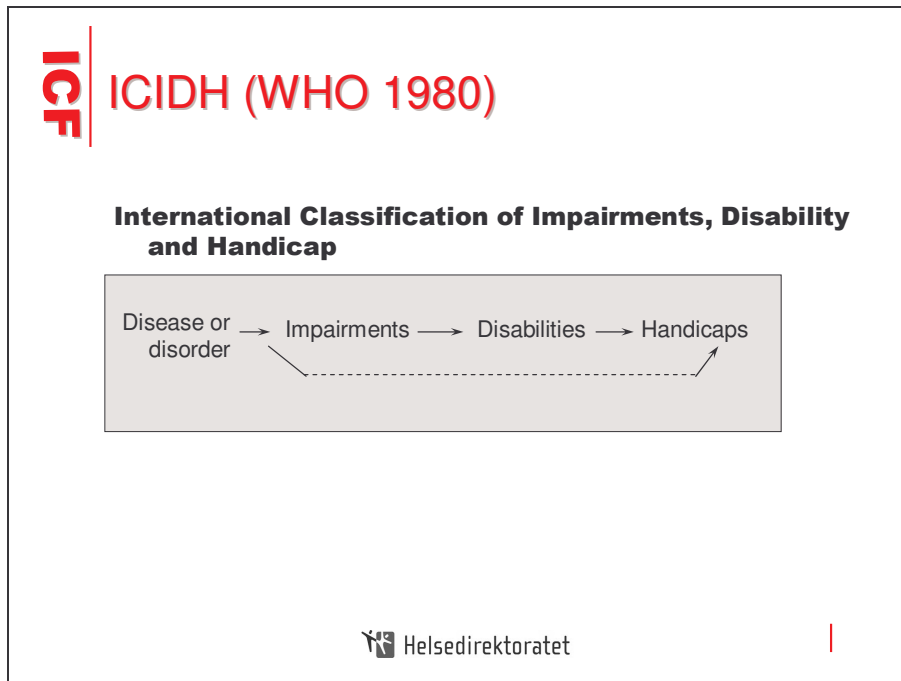
WHO's dødelighetsdatabase inkluderer 85 land og 3000 lands år

 Helsedirektoratet | 4

Momenter til slide:

- Å øke den internasjonale og nasjonale kunnskap om hva befolkningen døde av var svært viktig i folkehelsearbeidet på midten av 1800-tallet. Forløperen for ICD fra 1856 klassifiserte utelukkende dødsårsaker.
- Etter hvert oppsto et behov for å klassifisere også sykdommer, lidelser, skader og andre helsetilstander.
- Sliden viser skiftet fra dødsårsaksklassifikasjon til både morbiditets- og mortalitetsklassifikasjon.
- Arbeidet med ICD har vært koordinert fra WHO siden 1946.
- Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon, ble utviklet av WHO 1992-1994 og består av over 9000 kategorier.
- ICD-10 ble tatt i bruk i norske somatiske sykehus fra 1999, for psykisk helsevern fra 1997 og i dødsårsaksregistrering fra 1998.
- ICD er årsaksorientert, og innebærer diagnostisk informasjon.
- Det kan erfares at det er en overlapping mellom ICD-10 og ICF innen komponentene kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer.

Slide 5: ICDH (WHO 1980)



Momenter til slide:

- I 1980 ble ICDH utgitt som en testversjon.
- ICDH har siden den tid vært brukt til mange formål som grunnlag for statistikk, forskning, undervisning og i praksis.
- ICDH klassifiserte konsekvenser av sykdom i form at "impairments" (funksjonstap), "disability" (uførhet) og "handicap" (sosiale konsekvenser av uførhet). Pilene i ICDH indikerer at sykdom/skade er det som forårsaker de andre problemene, ikke at for eksempel det er "handicap", altså sosiale forhold som skaper sykdom.
- Også i norsk helsetjeneste er ICDH brukt, men vi kjenner ikke til når den ble tatt i bruk, og omfanget. Erfaringsbasert kan det synes som om den har vært mest brukt;
 - Som modell og begrepsapparat (og mindre som klassifikasjonssystem)
 - Innen rehabiliteringstjenester
 - Av ergoterapeuter og fysioterapeuter

Slide 6: Fra ICIDH til ICF

ICF | fra ICIDH til ICF

Fra å..

- ..klassifisere konsekvenser av sykdom til å klassifisere helse og helserelaterte tilstander
- ..knytte årsak utelukkende til sykdom, til å bli nøytral til årsakssammenhenger
- ..forstå helse lineært til å forstå det sirkulært eller systemisk
- ..ensidig fokusere på personen til også å inkludere konteksten
- ..kun omhandle negative aspekter til å også inkludere positive aspekter (ikke fullt utviklet i klassifikasjonssystemet ennå)

 Helsedirektoratet | 6

Momenter til slide:

- Det har skjedd betydelige endringer fra ICIDH til ICF i form av hvilken forståelse for helse og funksjon det er som legges til grunn;
 - ICIDH: Fokusområde er konsekvenser av sykdom
 - ICF: Fokusområde er helse og helserelaterte tilstander
- Dette innebærer at ICF i motsetning til ICIDH er nøytral til hva det er som forårsaker ulike funksjonsproblemer.
- ICF inkluderer i motsetning til ICIDH *konteksten*, dvs. at det fysiske og sosiale miljøet ses som betydningsfulle for å beskrive og forstå menneskers helse-tilstand. Mange vil hevde at det nettopp er misforholdet mellom omgivelsenes/ miljøets krav og individets forutsetning som skaper funksjonshemming.
- ICF inkluderer i motsetning til ICIDH *positive aspekter på helse*, selv om det ikke er fullt ut utviklet enda. Funksjonsressurser kan oppleves som selve grunnlaget for mestring, og har en stor betydning i for eksempel individuell rehabilitering.

Eksempler:

- Etter et hjerneslag kan en for eksempel få pareser og kognitive utfall, som igjen gir problemer med å utføre mobilitetsaktiviteter og derved også med å kunne

delta sosialt på fritiden (sykdom gir konsekvenser for kroppsfunksjoner, aktivitetsutførelse og deltagelse).

- Ved at en utfører arbeidet sitt med en uhensiktsmessig biomekanisk belastning eller stort tidspress, kan en få smerter, som igjen kan forårsake sykdommer i muskel- og skjelettsystemet eller også mentale problemer (aktivitetsutførelse gir konsekvenser for kroppsfunksjoner og sykdom).

Forklaring til eksemplene:


- Det første eksempelet over illustrerer en *lineær* forståelse (èn årsak-virkningsretning).
- En lineær modell står i motsetning til en *sirkulær* forståelse som starter for eksempel med sykdom som gir konsekvenser i forhold til sosial integrering, som igjen kan gi nye sykdommer.
- Et tredje perspektiv som har vært mye brukt de siste 10-åra er en *systemisk* forståelse av helse. Den hevder at vi her har med så komplekse fenomener å gjøre at det aldri kan lages absolutte årsaks - virkningsmodeller for å forstå helse. Alle faktorer kan i prinsipp påvirke hverandre gjensidig.

Slide 7: WHO's godkjenning av ICF

ICF | WHO's godkjenning av ICF

Verdens helseforsamlings 54. møte i mai 2001 vedtok følgende resolusjon:

1. **WHO GODKJENNER** andre utgave av *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), med tittelen *International Classification of Functioning, Disability and Health*, heretter omtalt som akronymet ICF
2. **WHO OPPFORDRER** medlemsstater å bruke ICF i sin forskning, overvåkning og rapportering på passende måte, under iakttagelse av spesielle forhold i medlemsstater og i særdeleshet til fremtidige revisjoner
3. **WHO HENSTILLER** til generaldirektøren å yte støtte til medlemsstater på oppfordring fra dem, for å ta i bruk ICF

 Helsedirektoratet | 7

Momenter til slide:

- Etter fem års systematiske feltutprøvinger og internasjonale konsultasjoner om ICIDH-2, ble ICF godkjent til internasjonalt bruk av Verdens Helseforsamling 22. mai 2001 (resolusjon WHA54.21). På sliden er resolusjonsteksten gjengitt.
- Alle medlemsstater i WHO oppfordres til å ta i bruk ICF. Dette gjelder også Norge og andre land i alle verdensdeler som er medlemmer i helseorganisasjonen.

Slide 8: To ulike funksjoner



to ulike funksjoner

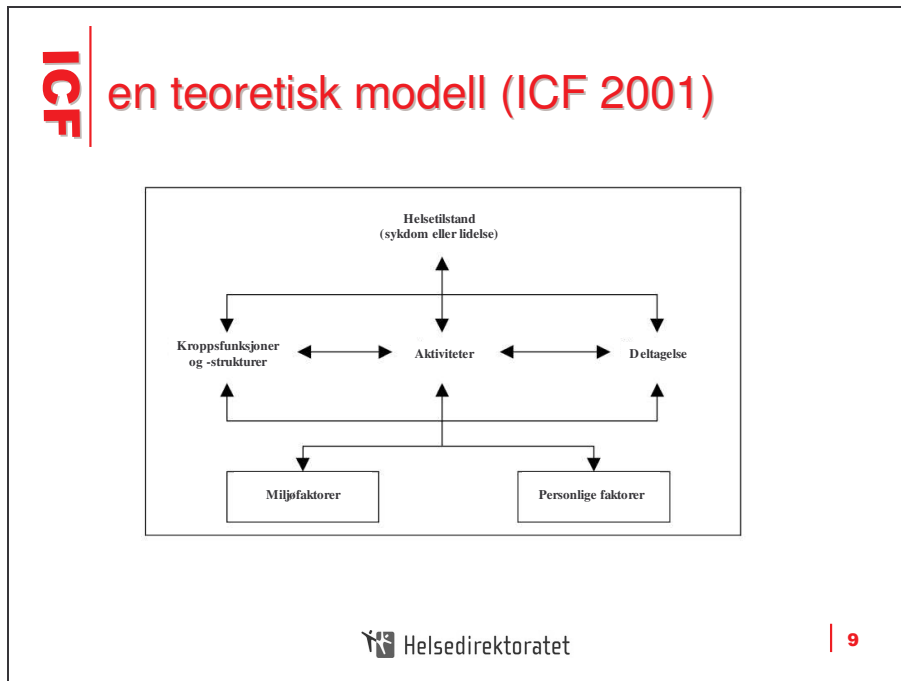
- 1. Som teoretisk modell**
 - Et enhetlig språk og idegrunnlag for å beskrive og forstå helse og helserelaterte tilstander
 - En flerdimensjonal forståelse av funksjon og funksjonshemming
- 2. Som klassifikasjons- og kodesystem**
 - Et hierarkisk klassifikasjonsskjema
 - Overordnede kategorier inkluderer de underordnede og arver deres egenskaper (generiske)
 - Organisert etter taksonomiske prinsipper der kategoriene skal være gjensidig ekskluderende

 Helsedirektoratet | 8

Momenter til slide:

- Det kan være hensiktsmessig å presentere et skille mellom ICFs to ulike funksjoner, da disse ofte blandes sammen eller at en av de underkommuniseres. Dette er også spesielt viktig med tanke på at ICF som klassifikasjonssystem og ICF som teoretisk modell ikke er ens (mer beskrevet på en senere slide).
- I utgangspunktet er ICF laget som et klassifikasjonssystem, men den teoretiske modellen som beskriver helse og funksjon har kanskje fått en enda større utbredelse og betydning.
- Som teoretisk modell har ICF en betydelig rolle i å tilby en flerdimensjonal forståelse av helse og funksjon i en internasjonal og tverrfaglig sammenheng.

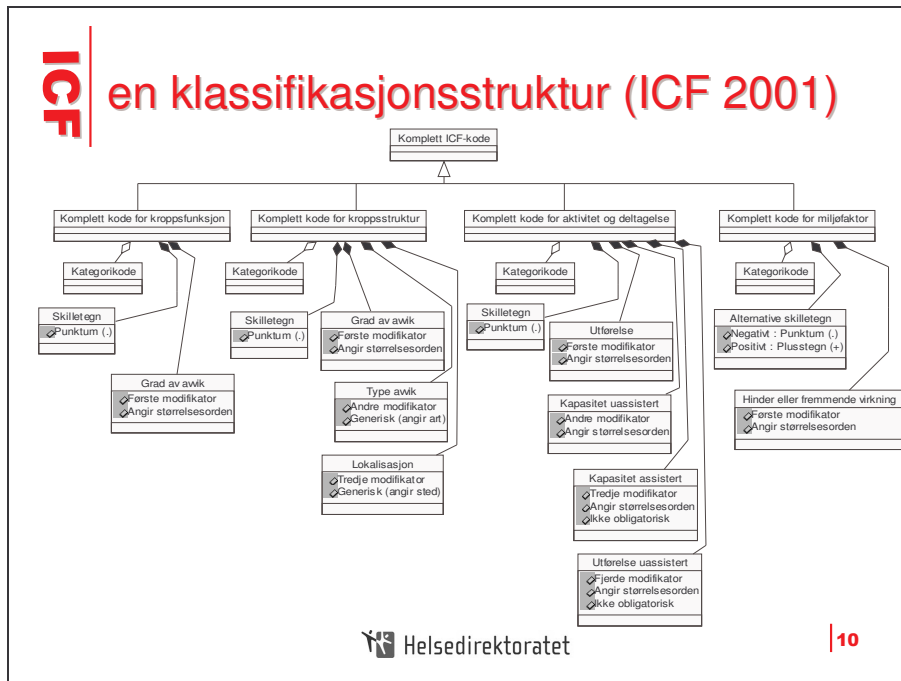
Slide 9: En teoretisk modell (ICF 2001)



Momenter til slide:

- Alle definisjoner av termene i denne modellen vil bli gjennomgått senere i slideserien.
- ICF modellens øverste del omhandler sykdom eller lidelse. Dette klassifiseres ikke i ICF, men i ICD-10.
- På det midterste nivået er modellen delt i tre. Disse tre komponenter kroppsfunksjoner og strukturer, aktivitet og deltagelse utgjør til sammen *funksjon og funksjonshemming*, og omtales som helsedomener.
- På nederste nivå er modellen delt i to, og disse komponenter omhandler *konteksten* og består av miljøfaktorer og personlige faktorer som beskrives som helserelevante domener.
- Det er viktig å legge merke til at pilene i modellen innebærer en systemisk forståelse av helse, dvs. at alle faktorer kan gjensidig påvirke hverandre og at ICF derved er nøytral til etiologi / årsaksforhold. Dette betyr ikke at årsaksforhold ikke er vesentlig ved vurdering av funksjon.
 - WHO sier i originalversjonen av ICF at forskere ved hjelp av vitenskapelige metoder kan utforske kausale sammenhenger mellom de ulike komponenter.
 - I den enkelte brukersak kan denne modellen også være god til å forstå og vurdere årsakssammenhenger i samhandling med brukeren.

Slide 10: En klassifikasjonsstruktur (ICF 2001)



Momenter til slide:

- Klassifikasjonssystemet har ulik detaljeringsgrad:

Hva	Nivåer	Antall koder
Kapitellnivå	Ett nivå	39 koder
Kortversjon	To nivåer	362 koder
Fullversjon	Inntil fire nivåer	1424 koder

- Klassifikasjonssystemet består av fire områder fordi:
 - I motsetning til modellens tredeling av helsekomponenter, er aktivitet og deltagelse slått sammen i klassifikasjonssystemet.
 - Personlige faktorer klassifiseres ikke i ICF.
- En persons helseforhold og helserelaterte forhold kan registreres ved å velge relevante kategori-koder, og så legge til modifikatorkoder. Hvert område består, slik figuren på sliden viser, av kategori-kode, et skilletegn og ulike modifikatorer som modifierer koden ut fra grad av avvik, type avvik, lokalisasjon, kapasitet, utførelse, hinder og fremmende virkning.
- Kroppsfunksjoner har 1 slik modifikator, kroppsstrukturer har 3, aktivitet og deltagelse har 4 og miljøfaktorer har 1.

Slide 11: Målsetting

ICF | målsetting


ICF skal...

- ..gi et grunnlag for vitenskapelige undersøkelser av helse og helserelaterte tilstander, årsaker og årsaksfaktorer
- ..være et felles språk for beskrivelse av helse og helserelaterte forhold, for å bedre informasjonsutvekslingen mellom forskjellige aktører
- ..tillate utveksling av informasjon på tvers av landegrenser, mellom ulike helsefag og over tid
- ..utgjøre et systematisk kodeverk for helseinformasjonssystemer

Momenter til slide:

- ICF har flere formål, og er utformet til bruk innen forskjellige fagområder og type helsetjenester.
- Målene avspeiler at ICF er tenkt brukt både som teoretisk modell og som klassifikasjonssystem.


Slide 12: Bruksområder



bruksområder

ICF anvendes som et verktøy i...

- ..klinisk / brukerrettet virksomhet**
behovsanalyser og å sette mål
å strukturere pasientinformasjon
- ..forskning**
å evaluere effekt av tiltak
å vurdere miljøets påvirkning på helse
- ..sosialpolitiske sammenhenger**
ved planlegging av sosial trygd
i erstatningssaker
- ..utdanningssystemet**
til å gi innsikt og forståelse av funksjon
til å strukturere fagplaner
- ..statistiske sammenhenger**
I befolkningsundersøkelser
til informasjonssystemer for ledelse

 Helsedirektoratet | 12

Momenter til slide:

- ICF kan brukes både på individ, gruppe og befolkningsnivå.
- Siden offentliggjørelsen i form av testversjonen ICIDH i 1980, har klassifikasjonen allerede vært anvendt til forskjellige formål som:
 - Klinisk verktøy: Til behovsanalyser, planlegging av målrettede tiltak i forhold til funksjon og sysselsetting, rehabilitering og bedømmelse av tiltakenes virkning.
 - Forskningsverktøy: For å måle resultater, livskvalitet eller miljøfaktorer.
 - Verktøy for sosialpolitikk: Ved planlegging av sosial trygd, erstatningsordninger, planlegging og gjennomføring av sosialpolitiske strategier.
 - Verktøy for statistikk: Befolkningsundersøkelser og kartlegging, informasjonssystemer for ledelse av helsetjenester.
- Funn og resultater skal kunne brukes i helse- og sosialpolitikk og ved utforming av offentlige trygdesystemer og sosialtjenester, forsikringsordninger, erstatningsrett, sysselsetting, helseutdanning og miljørettet helsearbeid.
- Foruten disse bruksområdene, tilbyr ICF et begrepsapparat for informasjon av betydningen for menneskers helse, inklusive egenomsorg og forebyggende helsearbeid. I tillegg kan det understøtte funksjonshemmedes deltagelse ved å fjerne eller redusere samfunnsmessige hindre og stimulere til å bygge opp sosiale støtte- og hjelpeordninger.

Slide 13: To hovedområder

ICF | **to hovedområder**


helsesdomener	helserelaterte domener
FUNKSJON OG FUNKSJONSHEMMING	KONTEKSTUELLE FAKTORER
kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer	miljøfaktorer
DELKLASSIFIKASJONENE b OG s	DELKLASSIFIKASJON e
aktivitet og deltagelse	personlige faktorer
DELKLASSIFIKASJON d	KLASSIFIKASJON MANGLER

Helsedirektoratet | 13

Momenter til slide:

- ICF omfatter to hovedområder som hver inneholder to emneområder:
 1. Funksjon og funksjonshemming
 2. Kontekstuelle faktorer
- Hvert emneområde består av ulike domener, og innenfor hvert domene ulike kategorier. Dette er klassifikasjonens grunnheter.

Slide 14: En bio-psyko-sosial forståelse av helse og funksjonsevne



EN BIO-PSYKO-SOSIAL FORSTÅELSE
av helse og funksjonsevne


Medisinsk modell

"Den medisinske forståelsen betrakter funksjonshemming som et individuelt problem forårsaket av sykdom, skade eller annen helsetilstand.."

Sosial modell

"Den sosiale forståelsen ser problemet i hovedsak som skapt av sosiale forhold, og handler om full integrasjon av enkeltpersoner i samfunnet."

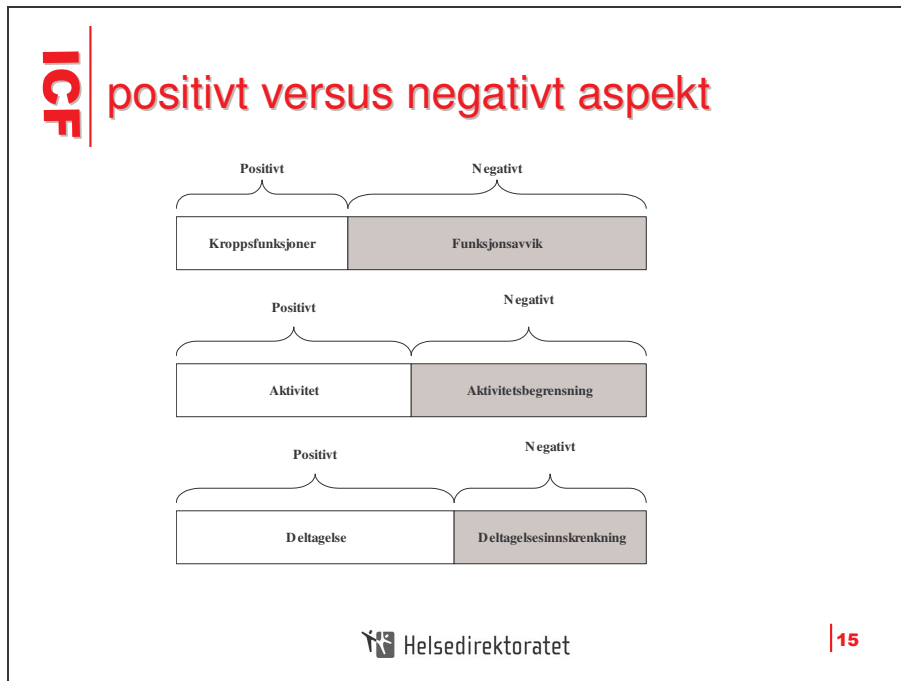
(WHO 2001:20, Sosial og helsedirektoratet 2004:19-20)

 Helsedirektoratet | 14

Momenter til slide:

- Det har vært foreslått en rekke begrepsmodeller for å forstå og forklare funksjon og funksjonshemming.
- Disse kan uttrykkes dialektisk som en "medisinsk modell" satt opp mot en "sosial modell".
- For å integrere og oppnå en syntese av ulike modeller søker ICF å få et sammenhengende grunnsyn på ulike perspektiver av helse, fra et biologisk, individorientert og samfunnsmessig perspektiv. Dette omtales som en "bio-psyko-sosial" forståelse av helse.

Slide 15: Positivt versus negativt aspekt



Momenter til slide:

- En viktig endring siden testversjonen ICIDH fra 1980 er at det nå jobbes med å utvikle et positivt aspekt i ICF. Alle mennesker er opptatt av å mestre, og vi velger ofte å drive med aktiviteter hjemme, på skolen, på jobben og i fritiden som vi opplever at vi behersker. Å bli stadig satt til å gjøre det vi ikke får til, eller at det fokuseres først og fremst på våre begrensninger er noe få av oss liker.
- Foreløpig er det kun miljøkomponenten som kan klassifiseres som et positivt aspekt, *miljøets fremmende virkning*. Det planlegges å utvikle positive aspekter også for de andre komponentene.
- Begrepene positive og negative aspekter kan lett forstås som ladede begrep med en felles norm som utgangspunkt. En kan se for seg at det samme aspektet kan oppleves positivt for en person og negativt for en annen. Alternativt kan en supplere med termene ressurser og begrensninger, noe som allerede er brukt innen helsefagene.
- Hvem som kan definere hva som er et negativt aspekt vil være ulikt for de enkelte funksjoner, aktiviteter og livssituasjoner. For de fleste områder vil det være brukeren selv som definerer dette (eks. smerter, deltagelsesinnskrenkninger i sosiale sammenhenger osv.). Noen områder vil kunne vurderes gjennom observasjon (eks; i primær-ADL) eller gjennom prøver og tester (eks; synstest).

Eksempel:

- I norsk arbeidsliv har en gjennom Sandman-utvalgets innstilling om et inkluderende arbeidsliv og den påfølgende IA-avtalen mellom partene i arbeidslivet innført et skifte i tenkning. Fra å ha fokus på diagnoser og problemer med mestring, skal en fokusere på funksjon og restarbeidsevne. Termen ”funksjon” i IA-sammenheng er i prinsipp positivt ladet, og brukes ofte synonymt med ”ressurser” og ”restarbeidsevne”. Dette er sammenfallende med ICFs forståelse av funksjon. Negativt aspekt er betegnet som ”funksjonshemming”.

Ordforklaring:

- ADL: Activities of Daily Living
- Primær-ADL / PADL: Kroppsnære aktiviteter som personlig hygiene, spise, drikke osv.

Slide 16: Definisjoner, kroppsfunksjoner & kroppsstrukturer

ICF | DEFINISJONER
kroppsfunksjoner & kroppsstrukturer

FUNKSJON
”kroppsfunksjoner..
...er organsystemenes fysiologiske funksjoner, inklusive mentale funksjoner”

”kroppsstrukturer..
...er anatomiske deler av kroppen, som organer, lemmer og deres enkeltdele”

FUNKSJONSHEMMING
”avvik..
...er problemer ved kroppsfunksjoner og -strukturer, som ved feil eller tap av betydning”

(WHO 2001:10, Sosial- og helsedirektoratet 2004:10)

The diagram illustrates the ICF model. At the top is 'Helsestatus (sykdom eller leske)'. Below it are three boxes: 'Kroppsfunksjoner og -strukturer' (highlighted in red), 'Aktivitet', and 'Deltagelse'. Arrows point from 'Helsestatus' to each of these three boxes. Double-headed arrows connect 'Kroppsfunksjoner og -strukturer' to 'Aktivitet', and 'Aktivitet' to 'Deltagelse'. Below these three boxes are two boxes: 'Miljøfaktorer' and 'Personlige faktorer'. Arrows point from both 'Miljøfaktorer' and 'Personlige faktorer' to each of the three boxes above them.

Helsedirektoratet | 16

Momenter til slide:

- Kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer klassifiseres i hver sin delklassifisering i ICF.
- De avvik som klassifiseres er de som man kan legge merke til ved direkte observasjon, eller som kan avledes av det man iakttar direkte. Dette innebærer at det er følger eller manifestasjoner av patologiske, anatomiske eller patofysiologiske tilstander som klassifiseres i ICF, ikke disse patologiske forhold i seg selv.
- Avvik kan være midlertidige eller permanente. De kan være under utvikling, i forverring, i tilbakegang, vekslende eller vedvarende. Avvik kan være akutte eller kroniske.
- Avvik behøver nødvendigvis ikke bety at det foreligger en sykdom eller at personen er syk.

Eksempler:

- Kroppsstrukturavvik: Tap av et ben, skjev neseskillevegg
- Kroppsfunksjonsavvik: Kløe i huden, problemer med å tømme urinblæren, sterilitet

Slide 17: Domener b og s

ICF | DOMENER
b og s

kapittel	Kroppsfunksjoner b	Kroppsstrukturer s
1	Mentale funksjoner	Nervesystemets strukturer
2	Sansefunksjoner og smerte	Øye, øre og tilhørende strukturer
3	Stemme- og talefunksjoner	Stemme- og taledannende strukturer
4	Kretsløps-, blod-, immun og respirasjonsfunksjoner	Strukturer tilhørende kretsløpssystemet, blodsystemet, det immunologiske system og respirasjonssystemet
5	Fordøyelse, stoffskifte og indresekretoriske funksjoner	Strukturer tilhørende fordøyelse, stoffskifte og endokrinssystemet
6	Urinsystemets funksjoner, kjønnsfunksjoner og forplantning	Strukturer med tilknytning til urinsystemet, kjønnsorganene og forplantningen
7	Nerve-, muskel, skjelett- og bevegelsesrelaterte funksjoner	Bevegelsesapparatets strukturer
8	Huden og tilhørende strukturers funksjoner	Hud og tilhørende strukturer

Helsedirektoratet | 17

Momenter til slide:

- Tabellen inneholder alle kroppsfunksjonene (b) og kroppsstrukturene (s) i ICF på kapittelnivå. Listen består altså av *funksjoner* og *strukturer*.
- Kapittelnummeret står til venstre og betegnelsen på hvert kapittel i de to kolonnene.
- Under hvert av disse åtte kapitlene, finnes det mer detaljerte beskrivelser på ett eller flere nivåer.
- Som det fremgår av tabellen henger hvert kapittel sammen i disse to delklassifikasjonene, da kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer er beregnet til samordnet bruk. For eksempel:
 - Der kroppsfunksjoner klassifiserer synsfunksjoner og hørselsfunksjoner, har øye og øre med de tilhørende strukturene sine tilsvarende plasser i kroppsstrukturer.

Slide 18: Definisjoner; aktiviteter

ICF | DEFINISJONER
aktiviteter

FUNKSJON
"aktiviteter..."
...er et menneskes utførelse av oppgaver og handlinger"

FUNKSJONSHEMMING
"aktivitetsbegrensninger..."
...er vanskeligheter en person kan ha ved å utøve aktiviteter"

(WHO 2001:10, Sosial- og helsedirektoratet 2004:10)

The diagram illustrates the ICF model. At the top is 'Helsestatus (ydetilstand eller lidelse)'. Below it is 'Aktivitet', which is highlighted in red. To the left of 'Aktivitet' is 'Kunnskap og erfaringer og utøvere', and to the right is 'Deltagelse'. Below 'Aktivitet' are 'Middels' and 'Personlige ferdigheter'. Arrows indicate interactions: 'Helsestatus' has a bidirectional arrow with 'Aktivitet'. 'Kunnskap og erfaringer og utøvere' has a bidirectional arrow with 'Aktivitet'. 'Deltagelse' has a bidirectional arrow with 'Aktivitet'. 'Middels' and 'Personlige ferdigheter' both have arrows pointing up to 'Aktivitet'.

Momenter til slide:

- Aktivitetsdomenet i ICF omhandler ett aspekt ved aktivitet, - det å utføre oppgaver og handlinger, samt problemer en kan ha med slik utførelse. ICFs aktivitetsdomene omhandler ikke;
 - hvilken betydning/verdi ulike aktiviteter har for personens liv
 - hvilket aktivitetsmønster vedkommende har
 - hvilke sosiale aspekter aktivitetene bærer med seg (roller, aktivitetsform mv.).
- Et utførelsesproblem kan være et direkte resultat av det sosiale miljøet, selv når personen ikke har funksjonsavvik.

Eksempler:

- Ved å vurdere aktivitetsbegrensninger kan en for eksempel finne at personen ikke lenger selvstendig kan utføre enkelte aktiviteter, men samtidig har denne aktiviteten aldri vært en viktig aktivitet for akkurat han/henne.
- Å vurdere hva en kan utføre av aktiviteter kan være viktig ved vurdering av hjelpebehov for enkelte brukergrupper.

Slide 19: Definisjoner; deltagelse

ICF | DEFINISJONER
deltagelse

FUNKSJON
"deltagelse...
...er å engasjere seg i en livssituasjon"

FUNKSJONSHEMMING
"deltagelses - innskrenkninger..."
...er problemer en person kan oppleve ved deltagelse"

The diagram illustrates the ICF model. At the top is 'Helsestatus (sykdom eller lidelse)'. Below it are three boxes: 'Kognitive funksjoner og strategier', 'Aktivitet', and 'Deltagelse'. 'Deltagelse' is highlighted in red. Arrows show bidirectional relationships between 'Kognitive funksjoner og strategier' and 'Aktivitet', and between 'Aktivitet' and 'Deltagelse'. Below these are 'Miljøfaktorer' and 'Personlige faktorer', with arrows pointing up to 'Aktivitet' and 'Deltagelse'. A vertical arrow points from 'Helsestatus' down to 'Aktivitet'.

(WHO 2001:10, Sosial- og helsedirektoratet 2004:10)

Helsedirektoratet | 19

Momenter til slide:

- Definisjonen av deltagelse innfører termen *engasjement* (i en livssituasjon). Forståelse av engasjement kan innebære;
 - Å ta del i
 - Bli med i
 - Være opptatt av
 - Bli akseptert
 - Ha tilgang til
 - Være eller bli involvert
- Begrepet engasjement bør skilles fra den subjektive opplevelse av å være med (opplevelsen av tilhørighet)

Eksempel:

- En person som er HIV-positiv uten sykdom eller symptomer kan utføre arbeidsoppgavene sine, men på grunn av bekymring for smitte fra ledelsen og kollegaer kan han ikke delta på arbeidsplassen sin lengre. Deltagelsesinnskrenkningen har da også forårsaket en reell aktivitetsbegrensning, uten at det er personen selv som har denne begrensningen. Den er et resultat av det sosiale miljøet.

Slide 20: Domener d

ICF | **DOMENER**
d

kapittel	aktiviteter a + deltagelse p
1	Læring og kunnskapsanvendelse
2	Allmenne oppgaver og krav
3	Kommunikasjon
4	Mobilitet
5	Egenomsorg
6	Hjemmeliv
7	Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner
8	Samfunnsliv og sosiale livsområder

Helsedirektoratet | 20

Momenter til slide:

- Tabellen inneholder alle aktiviteter (a) og deltagelsessituasjoner (p) som er slått sammen til (d) i ICF på kapitelnivå.
- Kapittelnummer står til venstre og betegnelsen på hvert kapittel i høyre kolonne.
- Under hvert av disse åtte kapitlene finnes det flere detaljerte beskrivelser på ett eller flere nivåer.
- Listen skal forstås som både *oppgaver / handlinger (a)* og *livssituasjoner (p)*.
- Den dekker livsområder som;
 - målrettet bruk av sansene
 - grunnleggende læring
 - mellommenneskelige interaksjon og relasjoner
 - arbeid og sysselsetting
- Den kan brukes til å gjelde aktiviteter (a) eller deltagelse (p) eller begge deler (p) på følgende måte;
 - a) Noen domener som oppgaver (a), resten som livssituasjoner (p), uten overlapping
 - b) Som a) men med overlapping

- c) Bruke de detaljerte domener som oppgaver (a) og de overordnede domener som livssituasjoner (p)
- d) Å gjøre alle domener anvendbare som både oppgaver (a) og livssituasjoner (p)

Slide 21: Definisjoner; kontekstuelle faktorer

ICF | DEFINISJONER
kontekstuelle faktorer

”miljøfaktorer...
...utgjør til sammen de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser hvor en person utfolder sitt liv”

”personlige faktorer...
...er den spesielle bakgrunnen for en persons eksistens og livsutfoldelse, og omfatter særtrekk ved personen..”

(WHO 2001:10,17, Sosial- og helsedirektoratet 2004:10,17)

The diagram illustrates the ICF model. At the top is 'Helsestand (sykdom eller leske)'. Below it are three boxes: 'Kroppsfunksjoner og -strukturer', 'Aktivitet', and 'Deltagelse'. At the bottom are two boxes: 'Miljøfaktorer' and 'Personlige Faktorer'. Arrows indicate interactions: 'Miljøfaktorer' and 'Personlige Faktorer' both influence 'Kroppsfunksjoner og -strukturer' and 'Aktivitet'. 'Kroppsfunksjoner og -strukturer' and 'Aktivitet' both influence 'Deltagelse'. 'Kroppsfunksjoner og -strukturer' and 'Aktivitet' also have bidirectional arrows between them. Finally, 'Kroppsfunksjoner og -strukturer', 'Aktivitet', and 'Deltagelse' all influence 'Helsestand (sykdom eller leske)'.

Helsedirektoratet | 21

Momenter til slide:

- Kontekstuelle faktorer representerer to emneområder, personlige faktorer og miljøfaktorer.
- Kontekstuelle faktorer står i vekselvirkning med emneområdene kroppsfunksjoner & kroppsstrukturer og aktivitet & deltagelse.
- De helserelaterte domener, miljøfaktorer og personlige faktorer defineres slik det er beskrevet på sliden.
- Av disse to er det kun miljøfaktorer som er klassifisert i ICF (se neste slide).
- Miljøfaktorer kan ha en positiv eller negativ virkning på personens utfoldelse som samfunnsmedlem, på personens evne til å utføre handlinger eller oppgaver, eller på personens kroppsfunksjoner eller kroppsstrukturer.
- Miljøfaktorer er slik ordnet i klassifikasjonen at fokuset er på to forskjellige områder;
 - *Det individuelle*, - det vil si personens nærmeste miljø, inklusiv hjemmet, arbeidsplassen og skolen. Dette omfatter fysiske og materielle særtrekk ved miljøet som personene står overfor, så vel som direkte kontakt med andre personer.
 - *Det samfunnsmessige*, - det vil si formelle og uformelle sosiale strukturer, tjenester og overgripende ordninger eller systemer i

lokalsamfunnet som har innvirkning på enkeltpersonen. Dette inkluderer organisasjoner og tjenester knyttet til arbeidsmiljøet, samfunnsaktiviteter, myndigheter, kommunikasjon og transporttjenester og uformelle sosiale nettverk. I tillegg vil lover, forskrifter, formelle og utformelle regler, holdninger og ideologi kunne påvirke.

Eksempler på personlige faktorer:

- Kjønn, rase, alder, utdanning, yrke, livserfaring, adferdsmønster, karakteregenskaper og individuelle psykiske ressurser.

Slide 22: Domener e


ICF	DOMENER e
kapittel	miljøfaktorer e
1	produkter og teknologi
2	natur og menneskeskapte miljøforandringer
3	støtte og sosialt nettverk
4	holdninger
5	tjenester, systemer og strategier for tiltak

Helsedirektoratet | 22


Momenter til slide:

- Tabellen inneholder alle miljøfaktorer (e) i ICF på kapittelnivå. Listen skal altså forstås som de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser.
- Kapittelnummeret står til venstre og betegnelsen på hvert kapittel til høyre i kolonnene.
- Under hvert av de fem kapitlene finnes det detaljerte koder på ett eller flere nivåer.

Slide 23: Modifikator b, s, a, p*. Grad av funksjonsproblem

 MODIFIKATOR b, s, a, p* grad av funksjonsproblem**			
.0	INTET problem	(intet, fraværende, ubetydelig...)	0-4%
.1	LITE problem	(lett, lavgradig...)	5-24%
.2	MIDDELS problem	(middels uttalt)	25-49%
.3	STORT problem	(omfattende, ekstremt, subtotalt)	50-95%
.4	TOTALT problem	(fullstendig, helt manglende ...)	96-100%
.8	Uspesifisert		
.9	Ikke anvendbar		

* b=body functions, s=body structures, a=activities, p=participation
 **Problem; avvik (s,b), vanskelighet(d), begrensninger(a), innskrenkninger(p), hinder(e)

 HelseDirektoratet


23

Momenter til slide:

- Tabellen beskriver hvor alvorlig problemet er.
- Å ha et problem kan bety å ha et:
 - kroppsstruktur**avik** (s)
 - kroppsfunksjons**avik** (b)
 - aktivitets**begrensning** (a)
 - deltagelses**innskrenkning** (p)
 - miljømessig **hinder** (e)
- I modifikatoren over er det brukt ”problem” som en felles betegnelse. Begrepet problem blir byttet ut med de aktuelle emneområdene ovenfor (uthevet).
- For aktiviteter og deltagelse kan skalaen brukes både som første og andre modifikator.
- Aktivitet og deltagelse har sammen fått betegnelsen ”d”. Som ”negativt aspekt” eller problem blir det da beskrevet som ”**vanskelighet**”. Bokstaven d i kodene i ICF skal ikke registreres, men erstattes med a for aktivitet eller p for deltagelse, alt etter hva man registrerer med koden.

- ICF-kodene er bare komplette når det legges til en modifikatorkode. Uten modifikator sier kategorikoden ikke om personen har problemet eller hvor alvorlig problemet er.
- Punktum og modifikator til slutt i koden beskriver grad av problem, eksempelvis .2 for middels problem.

Slide 24: Modifikator a, p*. Utførelse og kapasitet


**MODIFIKATOR a, p***
utførelse og kapasitet
Utførelse

- Utførelsesmodifikatoren beskriver hva en person gjør i sitt nåværende miljø
- Vurderes i et naturlig miljø og viser derved også individets miljøtilpassede ferdighet

Kapasitet

- Kapasitetsmodifikatoren beskriver en persons evne til å utføre en oppgave eller handling, dvs. det høyeste sannsynlige funksjonsnivå en person kan oppnå innenfor en gitt kategori på et gitt tidspunkt
- Vurderes i et ensartet eller standardisert miljø

* a=activities, p=participation

|24

Momenter til slide:

- Domenene i aktivitet og deltagelse kan utdypes med modifikatorene for utførelse og kapasitet.
- **Utførelses**modifikatoren tar utgangspunkt i menneskers virkelige kontekst.
- **Kapasitets**modifikatoren henstiller mot det høyeste sannsynlige funksjonsnivået i ”standardiserte omgivelser”. Kapasitet skal derfor gjenspeile personens høyeste sannsynlige funksjonsnivå justert for miljøbetingelsene. Det kan diskuteres hvor stor overføringsverdi en slik vurdering har til reelle livsbetingelser og hvilke bruksområder slike vurderinger kan ha.
- Utførelses- og kapasitetsmodifikatorene kan benyttes med eller uten;
 - tekniske hjelpemidler
 - personlig assistanse

Eksempel:

- Det finnes blant annet kapasitetsmålingsverktøy for å vurdere arbeidskapasitet (eks. Valpar). Der er miljøfaktorene standardiserte, og det finnes mange arbeidsoppgaver som kan testes ut i ulike arbeidsstasjoner.

Slide 25: Modifikator e*. Grad av hinder / fremmende virkning

ICF	MODIFIKATOR e* grad av hinder / fremmende virkning		
.0	INTET hinder	+.0	INGEN fremmende virkning
.1	LITE hinder	+.1	LITEN fremmende virkning
.2	MIDDELS hinder	+.2	MIDDELS fremmende virkning
.3	STORT hinder	+.3	STOR fremmende virkning
.4	TOTALT hinder	+.4	TOTAL fremmende virkning
.8	Uspesifisert hinder	+.8	Uspesifisert fremmende virkning
.9	Ikke anvendbar		

*e=environmental factors

Helsedirektoratet | 25

Momenter til slide:

- Tabellen angir i hvilken grad ulike miljøfaktorer hindrer eller virker fremmende på funksjon, aktivitet eller deltagelse.
- Miljøfaktorene skal ikke kodes som absolutte faktorer, men ut fra et individuelt perspektiv. *Eksempel:* Et bestemt særtrekk kan være hindrende for en blind, men være fremmende for en rullestolbruker. Et eksempel kan være en markert fortauskant ved et fotgjengerfelt.
- Samfunnet kan hemme en persons livsutfoldelse ved å skape hindre og ikke være tilrettelagt. *Eksempel:* Utilgjengelige bygninger og transportmidler for rullestolbrukere.
- Samfunnet kan tilby faktorer som kan virke fremmende for personens livsutfoldelse. *Eksempel:* Ved å tilby universelt utformede sosiale møtesteder og tekniske hjelpemidler.
- En miljøfaktor kan være et hinder enten fordi den er tilstede eller fordi den er fraværende. *Eksempler:* Eksempel på det første er negativ holdning til funksjonshemming, mens sosial støtte kan være eksempel på det andre.
- Punktum foran modifikatorkoden angir hinder, og plusstegn står for fremmende virkning.

Slide 26: Modifikator s*. Art av forandring og lokalisasjon

ICF	MODIFIKATOR: s*			
	art av forandring og lokalisasjon**			
	._0	ingen forandring i struktur	.__0	mer enn en region
	._1	fullstendig mangel	.__1	høyre
	._2	delvis mangel	.__2	venstre
	._3	overtallig del	.__3	dobbelt-sidedig
	._4	avvikende størrelse	.__4	foran (ventral)
	._5	kontinuitetsbrudd	.__5	bak (dorsal)
	._6	avvikende stilling	.__6	proksimal
	._7	kvalitativ endring av struktur inkl. væskeansamling	.__7	distal
._8	Uspesifisert	.__8	uspesifisert	
._9	Ikke anvendbar	.__9	Ikke anvendbar	

*s=body structures, **uferdig, skal utvikles for å vise lokalisasjon

Helsedirektoratet 26

Momenter til slide:

- Første kolonne angir art av forandring, mens den andre kolonnen angir hvor på kroppen forandringen er registrert (lokalisasjon).
- Modifikatoren brukes kun sammen med s, body structures, eller kroppsstrukturer som er den norske betegnelsen.


Slide 27: Koding

ICF | koding

b2	Sansefunksjoner og smerte	(totegetnskode)
(b210-b229)	Syn og tilhørende funksjoner	(ingen kode)
b210	Synsfunksjoner	(firetegetnskode)
b2102	Synskvalitet	(femtegetnskode)
b21022	Visuell kontrastfølsomhet	(seksteggetnskode)

Stort avvik i visuell kontrastfølsomhet

b21022.3

 Helsedirektoratet |27

Momenter til slide:

- Kodingen skal gi så presist svar som mulig på spørsmålene:
 - Hva er problemet? (kode b21022)
 - I hvilken grad er det et problem? (.3 angir stort avvik)
- Bokstaven angir emneområdet, som her er vist som b for kroppsfunksjon. Bokstav og første tall angir kapittelet. De neste tallene betegnes som kategorikoder.
- Kategorikodene inndeles hierarkisk ut fra detaljeringsnivå. Første nivå omfatter alle enheter på andre nivå o.s.v. Desto høyere tall, desto høyere er presiseringsnivået.
- Det siste tallet angir graden av problemet, der et punktum angir hvis det er et negativt aspekt.

Slide 28: Kasus 1

ICF

Kasus 1

En 32 år gammel kvinne, arbeider som sekretær primært med dataarbeid _____. Hun har i det siste hatt mye smerter _____ nummenhet _____ og prikking _____ i begge hender. I tillegg har hun svakhet i hendene _____, noe som fører til at hun mister ting. Hun fikk diagnosen Carpal Tunnel Syndrome (G56.0)

Momenter til slide:


- I dette kasuset kan en få prøve å kode på enkleste nivå:
 - Hvilket emneområde som er aktuelt?
 - Hvilket kapittel innen det valgte emneområdet som er aktuelt?
 - Hvilken kategori innen det valgte kapittel som beskriver situasjonen mest presist?

Slide 29: Kasus 1: Koding

IGF | **Kasus 1: Koding**

En 32 år gammel kvinne, arbeider som sekretær, primært med data arbeid (a360). Hun har i det siste hatt mye smerter (b280), nummenhet (b265) og prikking (b265) i begge hender. I tillegg har hun svakhet i hendene (b730), noe som fører til at hun mister ting. Hun fikk diagnosen Carpal Tunnel Syndrome (G56.0)

d360 Bruke kommunikasjonsutstyr og –metoder
b280 Smertesans
b265 Berøringssans
b730 Muskelstyrke

 Helsedirektoratet | 29

Momenter til slide:

- Bokstaven ”d” skal erstattes med ”a” eller ”p” alt etter hva man registrerer med koden.
- For ”dataarbeid” har vi her valgt ”a” for aktivitet som angir utførelse av arbeidsoppgaver, og ikke ”p” som angir deltakelse eller involvering i en livssituasjon.


Aktivitet	Deltakelse
Oppgaver	Livssituasjoner
Utførelse	Involvering

Slide 30: Kasus 2

ICF

Kasus 2

En 28 år gammel kvinne, stuepike/husholderske på et hotell, klager over sterke smerter i høyre skulder _____. Hun har store vansker med å bære ting med høyre arm _____. Hun har betydelige problemer med å utføre arbeidet på hotellet _____, og ta vare på sitt 6 mnd gamle barn _____. I tillegg har hun vansker med matlaging _____, rengjøring _____ og bilkjøring _____. Uten hjelp fra kollegaene _____, ville hun allerede vært sykemeldt. Hun får ikke sove på høyre side på grunn av smerter, men har vent seg til å sove på den andre siden, og sover derfor godt _____. Nærmere undersøkelse viste svakhet ved utover rotering og abduksjon i skulderleddet _____, og hun fikk diagnosen Rotator cuff syndrom (M75.1) Hun fikk en subacromial injeksjon _____, og oppfølgingsprogram fra ergo- og fysioterapeut _____.

 Helsedirektoratet

| 30

Momenter til slide:

- I dette kaset kan en få prøve å kode hva som er problemet med større presisering. I tillegg skal en angi i hvor stor grad det er et problem.

Slide 31: Kasus 2: Koding

ICF

Kasus 2: Koding

En 28 år gammel kvinne, stuepike/husholderske på et hotell, klager over sterke smerter i høyre skulder (b28016.3). Hun har store vansker med å bære ting med høyre arm (a4302.3). Hun har betydelige problemer med å utføre arbeidet på hotellet (p850.3), og ta vare på sitt 6 mnd gamle barn (p6600.3). I tillegg er hennes evne til å vaske klær (a6400.2), gjøre rent (a6402.2) og kjøre bil (a4751.2) middels begrenset. Uten hjelp fra kollegaene (e325.+3) ville hun allerede vært sykemeldt. Hun får ikke sove på høyre side på grunn av smerter, men har vent seg til å sove på den andre siden, og sover derfor godt (b134.0). Nærmere undersøkelse viste svakhet ved utover rotering og abduksjon i skulderleddet (b710.2) og fikk diagnosen Rotator cuff syndrom (M75.1) Hun fikk en subacromial injeksjon (e.1101.+3) og oppfølgingsprogram fra ergo- og fysioterapeut (e355.+3)

(Kasusene er utarbeidet med utgangspunkt i presentasjon av Ludwig-Maximilian, University of Munich, 2008)

Helsedirektoratet

31

Momenter til slide:

- Bokstaven "d" skal erstattes med "a" eller "p" alt etter om man registrerer utførelse av aktivitet eller involvering i en livssituasjon med koden.
- For "arbeid på hotellet" har vi her derfor valgt "p" som angir deltakelse, mens arbeidsoppgavene angis med "a" for aktivitet.

Aktivitet	Deltakelse
Oppgaver	Livssituasjoner
Utførelse	Involvering

Slide 32: Kasus 2: Plan

ICF		Kasus 2: Plan		
	Funksjonsevne	Mål	Tiltak	Ansvarlig
Deltakelse	Innskrenket mulighet til å ivareta arbeidsrollen	Kan gjennomføre forventede arbeidsoppgaver nå og framover uten smerte	Etablere variert og god arbeidsteknikk med integrerte mikropauser	NN med veiledning fra bedrifts-ergoterapeut
Aktivitet	Begrenset mulighet for å utføre arbeidsoppgaver som: å støvsuge, moppe gulv og skifte sengetøy	Kan støvsuge, moppe gulv og skifte sengetøy uten smerte	Lære ny arbeidsteknikk. Bli bevisst egen kroppsbruk og energibruk	NN med veiledning fra bedrifts-ergoterapeut
Kroppsfunksjoner og –strukturer	Sterke smerter i høyre skulderledd. Moderat kraftnedsettelse Bevegelsesinnskrenkning utover horisontalplan	Betennelsesfri og smertefri skulder. Gjenvinne normalt bevegelsesutslag	Subacromial injeksjon. Utføre anbefalt treningsprogram	Lege NN Fysioterapeut
Miljø	Hjelpsomme kollegaer (+) Ikke tilrettelagt med hensyn til bevegelsesinnskrenkninger	Tilrettelagt fysisk arbeidsmiljø	Totalvurdering og tilrettelegging av fysisk arbeidsmiljø	NN, HMS ansvarlig i samarbeid med bedrifts-ergoterapeut

Momenter til slide:

- Eksempelet viser hvordan ICF kan brukes i tverrfaglig samarbeid for å beskrive funksjonsevne, og for å få en oversikt over mål og tiltak. I tillegg kan det være nyttig å ta med hvem som bidrar med hva for at den det gjelder skal nå sine mål.
- Tidsfaktor kan også benyttes med hensyn til rekkefølge av tiltak og evaluering.
- Selv om en her har beskrevet funksjonsevne, mål og tiltak på alle nivåer vil ikke det alltid være nødvendig. Noen ganger beskrives for eksempel begrensningen på aktivitetsnivå, mens det kun er aktuelt med tiltak i forhold til miljøet.

Slide 33: Bruksområde 1. Å beskrive funksjonsevne

ICF | EKSEMPEL PÅ BRUKSOMRÅDE 1
å beskrive funksjonsevne

Hvilke ressurser og hvilke funksjonsproblemer?

- relatert til personlige faktorer og miljøfaktorer
 - god kontakt med familie / venner
 - flere interesser
 - negative holdninger fra naboer
- relatert til deltagelse
 - problemer med å reise til familie
- relatert til aktivitetsutførelse
 - problem med forflytning
 - problemer med kommunikasjon
- relatert til kroppsfunksjoner og -strukturer
 - ser godt
 - hører dårlig
 - smerter



Helsedirektoratet 33

Momenter til slide:

- ICF er en klassifikasjon som er utviklet for flere anvendelsesområder.
- ICF modellen og begrepsapparatet kan anvendes for å beskrive funksjonsevne i rehabiliteringsarbeid.

Eksempel:



- Sliden viser eksempler på hvordan ICF kan anvendes for å beskrive funksjonsevne i rehabiliteringsarbeid.

Slide 34: Bruksområde 2. Å sette mål

ICF | EKSEMPEL PÅ BRUKSOMRÅDE 2
å sette mål

Hvilke mål skal settes for rehabiliteringsprosessen?

- relatert til personlige faktorer og miljøfaktorer
 - reetablere interesser
- relatert til deltagelse
 - delta i samtaler på jobben
 - delta i bridgeklubben
- relatert til aktivitetsutførelse
 - lese aviser
 - spille kort
- relatert til kroppsfunksjoner og -strukturer
 - utvikle grep
 - øke muskelstryke



Helsedirektoratet | 34

Momenter til slide:

- ICF modellen og begrepsapparatet kan anvendes i målsettingsarbeid.

Eksempel:



- Sliden viser eksempler på ICF brukt for å sette mål.
- Målene kan med fordel ses i sammenheng og være kumulative. For eksempel kan det å utvikle et bedre grep, gjøre det lettere å spille kort, som igjen kan gjøre det mulig å delta i bridgeklubben.

Slide 35: Bruksområde 3. Å klargjøre tiltak

ICF | EKSEMPEL PÅ BRUKSOMRÅDE 3
å klargjøre tiltak

Hvilke tiltak er det behov for?

- relatert til personlige faktorer og miljøfaktorer
 - styrke sosialt nettverk
 - problemløsende hjelpemidler
 - tilrettelegge det fysiske arbeidsmiljøet
- relatert til deltagelse
 - tilrettelegge for involvering i arbeidsmiljøet
- relatert til aktivitetsutførelse
 - trene på arbeidsaktiviteter
- relatert til kroppsfunksjoner og -strukturer
 - trene opprettholdelse av oppmerksomhet
 - kompensere for nedsatt prospektiv hukommelse med elektronisk dagbok



Helsedirektoratet | 35

Momenter til slide:

- Et annet bruksområde for ICF modellen og begrepsapparatet er når det er nødvendig å klargjøre tiltak for den enkelte person, bruker eller pasient.

Eksempler:

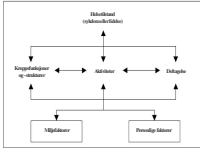

- Sliden viser eksempler på hvordan ICF kan anvendes for å beskrive tiltak i rehabiliteringsarbeid.
- Tiltak på ett område kan influere på andre områder. For eksempel kan det å kompensere for nedsatt prospektiv hukommelse, gjøre det lettere å trene på arbeidsaktiviteter, som igjen kan gjøre det mulig å delta i arbeidsmiljøet.

Slide 36: Bruksområde 4. Å beskrive ”hvem gjør hva”

ICF | BRUKSOMRÅDE 4
å beskrive ”hvem gjør hva”

Hvordan sikre helhetlige og koordinerte tjenester?

- relatert til personlige faktorer og miljøfaktorer
 - hvem koordinerer?
 - hvem tilrettelegger innen ulike områder?
- relatert til deltagelse
 - hvem tar ansvar for at arbeid og fritid blir ivaretatt?
- relatert til aktivitetsutførelse
 - hvem trener og tilrettelegger i ADL – aktiviteter?
 - hvem trener og tilrettelegger i forflytning og mobilitet?
- relatert til kroppsfunksjoner og strukturer
 - hvem sikrer kognitiv utredning?



Helsedirektoratet | 36

Momenter til slide:

- For å ivareta hele personens situasjon er det ofte behov for at flere domener fra ICF vektlegges.
- Med utgangspunkt i det tverrfaglige kartleggings- og målsettingsarbeid kan teamet i samarbeid med brukeren avklare hvem som støtter personen i å nå de ulike målene.
- For å sikre at alle domene blir ivaretatt kan det være hensiktsmessig at en fra det tverrfaglige teamet har rolle som koordinator for hele denne prosessen.

Slide 37: Bruksområde 5. Å forklare funksjonsevne

ICF | EKSEMPEL PÅ BRUKSOMRÅDE 5
å forklare funksjonsevne

Hva forårsaker funksjonsproblemer?

- Problemer i samfunnets holdninger (e) kan skape deltagelses- (p) og aktivitetsproblemer (a)
- Uhensiktsmessig utførelse av arbeidsaktiviteter (a) kan gi smerter (b)
- Dårlig tilrettelagt utearealer (e) kan skape sosial isolasjon (p)

Funksjonsevne er individuelt

- Felles diagnose kan for en person gi konsekvenser for kroppsfunksjoner (b) og aktiviteter (a), mens for en annen kan det medføre konsekvenser kun for kroppsfunksjoner (b)

The diagram illustrates the ICF model. At the top is 'Helse og velvære'. Below it are three boxes: 'Deltagelse i aktiviteter', 'Aktivitet', and 'Partisipasjon'. Below these are 'Kroppsfunksjoner' and 'Personlige faktorer'. Arrows indicate interactions: 'Deltagelse i aktiviteter' and 'Partisipasjon' both influence 'Aktivitet'. 'Aktivitet' influences 'Deltagelse i aktiviteter' and 'Partisipasjon'. 'Kroppsfunksjoner' influences 'Aktivitet'. 'Personlige faktorer' influences 'Aktivitet'.


Momenter til slide:

- ICF beskriver faktorer av helsemessig betydning i menneskers livssituasjon. Modellen er ikke begrenset til å bare beskrive negative forhold, men også positive forhold som inngår som *bestanddel* av helse.
- Det er en dynamisk vekselvirkning mellom de ulike enhetene, slik at inngrep i en enhet potensielt kan forårsake endringer i en eller flere andre. Denne vekselvirkningen går begge veier.
- Elementer fra hver av disse begrepskonstruksjonene er nyttige å undersøke og se i sammenheng, for å få en forståelse av en persons opplevelse av helse.
- Modellen kan brukes for å forklare eller vise sammenheng mellom forhold som kan føre til funksjonsvansker.

Eksempler:

- Det kan for eksempel være at det å benytte en uhensiktsmessig forflytningsteknikk kan føre til smerter og feilbelastninger for pleiepersonalet. På sikt kan slike feilbelastninger ved aktivitetsutførelse også innvirke på for eksempel arbeidsdeltakelse.
- Funksjonsevne er individuelt betinget, og som det framkommer av eksemplene på sliden kan samme diagnose gi ulike konsekvenser i forhold til kroppsfunksjoner og strukturer, aktiviteter og deltakelse.

Slide 38: Bruksområde 6. Språk for å kommunisere



EKSEMPEL PÅ BRUKSOMRÅDE 6
språk for å kommunisere

Aktuelle kommunikasjonssituasjoner:

- mellom bruker og helsepersonell
- innad i det tverrfaglige team
- mellom tjenestenivåer som sykehus og kommunehelsetjenesten

Mulige gevinster:

- bedre informasjon
- bedre koordinering
- mindre gjentakelser
- økt forståelse




Diagram illustrating communication flow between different levels of care and users. At the top is 'Helsepersonell (sykehus og kommunehelsetjenesten)'. Below it are 'Bruker', 'Helsepersonell (sykehus)', and 'Helsepersonell (kommunehelsetjenesten)'. Arrows indicate bidirectional communication between 'Helsepersonell (sykehus og kommunehelsetjenesten)' and 'Bruker', and between 'Helsepersonell (sykehus og kommunehelsetjenesten)' and both 'Helsepersonell (sykehus)' and 'Helsepersonell (kommunehelsetjenesten)'. There are also bidirectional arrows between 'Bruker' and 'Helsepersonell (sykehus)', and between 'Bruker' and 'Helsepersonell (kommunehelsetjenesten)'.

Momenter til slide:

- En målsetting med ICF er å bidra til felles språk for å beskrive helse- og helserelaterte forhold, med intensjon om at dette vil bidra til å bedre informasjonsutvekslingen mellom ulike aktører.
- ICF gir mulighet til å ta i bruk et felles begrepsapparat i det tverrfaglige teamet, og ikke minst ved kommunikasjon med brukerne.

Eksempel:

- Her i landet har flere avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering tatt i bruk ICF for å strukturere kartleggings- og målsettingsarbeidet i forhold til brukere. Dette kan bidra til å skape en felles forståelse blant fagpersonene i teamet, både når det gjelder hva en skal jobbe med og hvordan. Først og fremst gir dette en mulighet for å trekke inn brukeren i dette arbeidet. Brukeren kan få en opplevelse av at hele teamet jobber sammen med vedkommende mot de samme målene.

Slide 39: Ideologisk grunnlag



ideologisk grunnlag

ICF er utviklet i overensstemmelse med;
The standard Rules of Equalization of Opportunities for
Persons with Disabilities (anerkjent av FN 1993)

Handler om et samfunn som gir alle mennesker like
muligheter for deltagelse og utfoldelse; et samfunn
der mennesker kan etablere og opprettholde sin
selvstendighet og sosiale tilværelse

 HelseDirektoratet | 39

Momenter til slide:

- ICF er utviklet i overensstemmelse med FN's standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming.
- Dette menneskerettighetsaspektet står sentralt. ICF kan bidra til å frembringe informasjon som kan anvendes i arbeid med helse- og sosialpolitiske strategier, ved å fremme prinsipper om like muligheter for alle mennesker, og støtte kampen mot diskriminering av funksjonshemmede. Dette kan for eksempel skje ved utforming av offentlige trygdesystemer og sosiale tjenester, forsikringsordninger, erstatningsrett, sysselsetting, helse- og sosialfaglig utdanning og miljørettet helsearbeid.

Slide 40: Etiske retningslinjer



etiske retningslinjer

Respekt og personvern

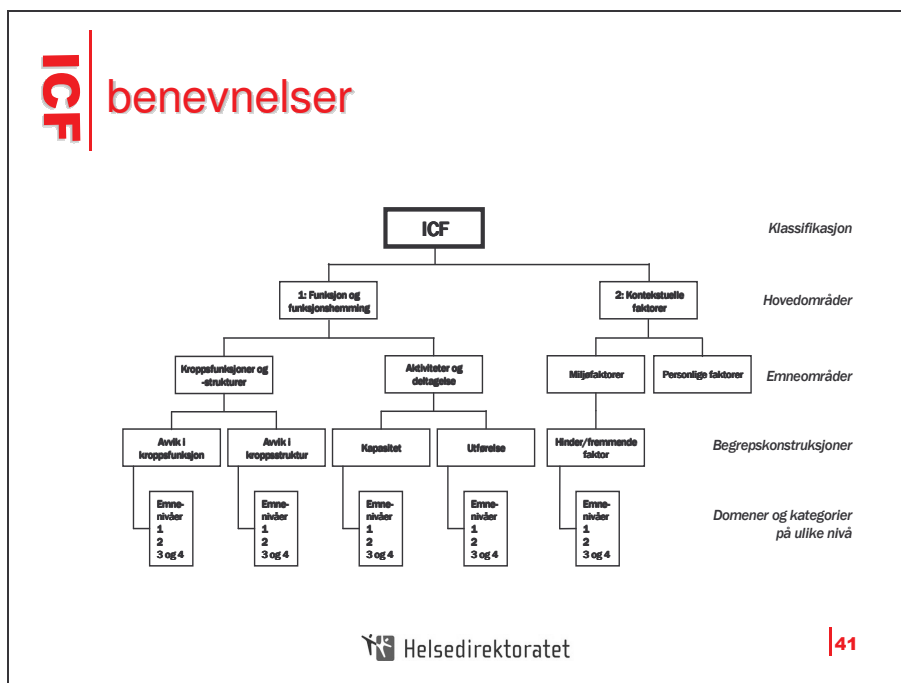
1. ICF bør alltid anvendes med respekt for enkeltpersoners iboende menneskeverd og selvstendighet
2. ICF bør aldri brukes for å sette merkelapper på mennesker eller på annen måte identifiserer dem utelukkende ved tilhørighet til en eller flere kategorier av funksjonshemming
3. I kliniske sammenhenger bør ICF alltid brukes med full kjennskap, medvirkning og samtykke fra de personer som får sine funksjonsnivåer klassifisert. Hvis begrensninger i en persons kognitive kapasitet forhindrer en slik egenmedvirkning, bør personens talsmann eller foresatte være en aktiv deltager

Helsedirektoratet 40

Momenter til slide:

- Personer med funksjonshemming og deres interesseorganisasjoner har deltatt i revisjonsprosessen av ICF. Deres innspill har blant annet ført til reelle endringer i innhold og begrepsbruk.
- For å redusere risikoen for at ICF skal anvendes på måter som er respektløse, eller som kan ha negativ innvirkning på interessene for personer med funksjonshemming, er det utarbeidet etiske retningslinjer for bruken av ICF. Disse omfatter også forhåndregler for klinisk og samfunnsmessig anvendelse.

Slide 41: Benevnelser



Momenter til slide:

- Denne figuren viser oppbygningen av ICF's begrepsapparat.
- *Klassifikasjon* er topptermen i systemet og representerer hele ICF's virkelighet.
- *Klassifikasjonens hovedområder* omfatter 1) funksjon og funksjonshemming og 2) kontekstuelle faktorer.
- *Emneområdene* er neste nivå under hovedområdene i begrepshierarkiet.
- Det er fire *begrepskonstruksjoner* for hovedområde 1 og en *begrepskonstruksjon* for hovedområde 2.
- *Domenene* utgjør de forskjellige underliggende nivåene i begrepshierarkiet under hvert emneområde.
- *Kategoriene* er klasser i kodeverkets klassifikasjonsstruktur, og utgjør dets enheter.
- *Nivåene* er den hierarkiske orden i klassifikasjonen hva detaljering av kategoriene angår. Første nivå omfatter alle enheter på andre nivå osv.

Slide 42: Versjoner av ICIDH – ICF

ICF | versjoner av ICIDH - ICF

år	navn	akronym	utgave
1980	International Classification of Impairments, Disability and Handicaps	ICIDH	Første utgave. Klassifiserer konsekvenser av sykdom
1997	International Classification of Impairments, Activities and Participation: A manual of dimensions of disablement and health	ICIDH-2	Beta-1 Draft. Revisjonsdokument
1999	International Classification of Functioning and Disability	ICIDH-2	Beta-2 Draft. Revisjonsdokument
2000	International Classification of Function, Disability and Health	ICIDH-2	Prefinal Draft. Revisjonsdokument
2001	International Classification of Function, Disability and Health	ICF	Endelig versjon. Klassifiserer helsekomponenter

Helsedirektoratet 42

Momenter til slide:

- I 1972 utarbeidet WHO en foreløpig plan for å registrere konsekvenser av sykdom. Den første utgaven av ICIDH ble offentliggjort i 1980.
- I 1993 ble det besluttet å påbegynne en revisjonsprosess for ICIDH, som fikk betegnelsen ICIDH 2. Denne revisjonen omfatter Beta 1 og Beta 2 utkast, og det ble foretatt flere omfattende feltutprøvinger. Mer enn 50 land og 1800 eksperter var engasjert i feltutprøvinger som utgjorde en kontinuerlig utviklingsprosess med konsultasjoner, tilbakemeldinger, oppdateringer og utprøving.
- ICF slik den fremstår i dag ble godkjent på det 54. møtet i Verdens Helseforsamling i mai 2001.

Slide 43: Videreutvikling

ICF | videreutvikling

Utvikling av core-sets


- "Core-set: "liste over funksjoner som er prototypiske for en bestemt situasjon" (Stucki et al. 2002)
- Formål: Gjøre ICF anvendbar for å kunne studere definerte grupper. Flere core-sets er utviklet

Utvikling av instrumenter

- På bakgrunn av ICFs begrepsapparat er det laget noen kartleggingsinstrumenter;
 - ICFs check-list
 - WHO-DAS
- Koding av instrumenter opp mot ICF

Utvikling av ICF-versjoner

- Utgivelse av barneversjonen: ICF-CY

 Helsedirektoratet | 43

Momenter til slide:

- ICF sitt siktemål er å skaffe bedre informasjon om funksjonshemming og funksjon, og bygge en bred internasjonal konsensus om disse spørsmålene.
- WHO har vektlagt at ICF skal være brukervennlig og forenelig med standardiseringsprosesser, som for eksempel de som etableres av den internasjonale standardiseringsorganisasjonen, ISO.
- Mulige fremtidige retninger for utvikling og anvendelse av ICF omfatter blant annet:
 - Å utarbeide opplæringsmateriale for anvendelsen av ICF
 - Å opprette referanse- og opplæringscentre for ICF rundt om i verden

Slide 44: Adresser

ICF | adresser

WHO's internettside om ICF

<http://www.who.int/classification/icf>

Norsk offisiell side om ICF

<http://www.kith.no/icf>

International Research Institute of Stavanger

<http://www.iris.no>