

Den 8. april 2005

ICF – udvikling og anvendelse i ergoterapisammenhænge

af Jytte Tjørnov

Den danske version af WHO's *International Classification of Functioning, Disability, and Health* – ICF – er udgivet af WHO i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Munksgaard Danmark i oktober 2003. Tóra Dahl (ergoterapeut) og Gunnar Schiøler (læge fra Sundhedsstyrelsen) har forestået oversættelse og afprøvning. Flere danske ergoterapeuter har været involveret i afprøvningen, blandt andet Jette Haugbølle. Klassifikationens danske titel er: *International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand* (1,2).

Allerede prøveudgaven vandt indpas tværfagligt og i ergoterapisammenhænge. Interessen for ICF er ikke blevet mindre, nu hvor klassifikationen foreligger i sin færdige udgave og er oversat og afprøvet til dansk

Den følgende artikel er en opsummering af udviklingen af ICF, og hvordan klassifikationen anvendes i dag. Med få ændringer undtaget har artiklen været bragt i DSEFNyhedsbrev i marts 2004

Fra ICIDH til ICF

Den første WHO klassifikation af funktionsnedsættelse ICIDH – *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – udkom i 1980 (3). Klassifikationen blev undertiden kaldt handicapklassifikationen. ICIDH skulle supplere WHO's sygdomsklassifikation ICD-10 (*International Classification of Diseases*, 10. udgave) ved at klassificere konsekvenserne af sygdomstilstande. ICIDH blev aldrig oversat til dansk, men blev anvendt internationalt fx i forbindelse med rehabilitering (4). Den manglende danske interesse for en klassifikation af funktionsnedsættelse og handicap hænger måske sammen med, at i Danmark har rehabilitering ikke har været et lægeligt speciale, som det har været internationalt.

ICIDH blev kritiseret for, at den bagvedliggende forståelse af funktionsforstyrrelse var præget af biomedicinsk tænkning. Impairments, Disabilities and Handicaps blev defineret som følge af en sygdomstilstand – illustreret i fig. 1 som en kausalmodel med envejsudvikling. Klassifikationen blev også kritiseret for kun at fokusere på funktionsnedsættelse og ikke på funktionsevne.

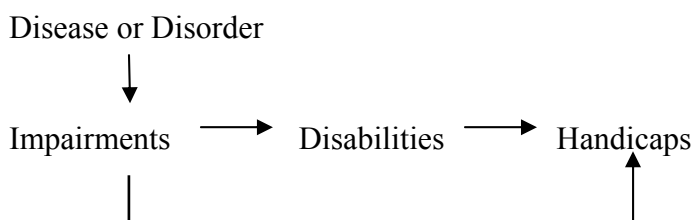
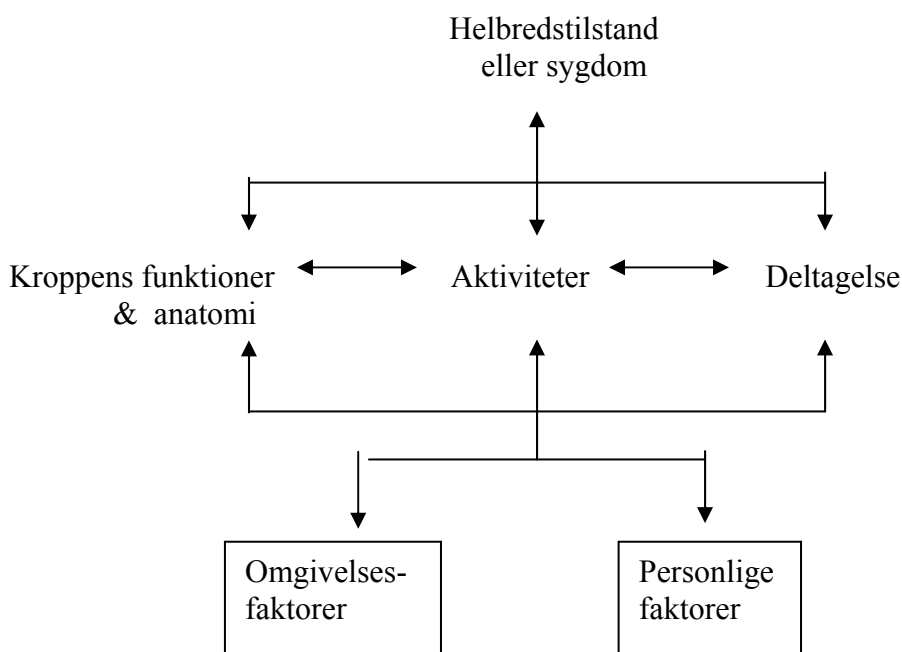


Fig. 1. Illustration af den bagvedliggende forståelse i ICIDH (3).

Arbejdet med at revidere ICIDH blev påbegyndt i 1993, og i 2000 udkom den danske udgave af ICIDH-2, som den nye klassifikation blev kaldt i afprøvningsperioden (5). Den færdigreviderede klassifikation, ICF, blev udgivet af WHO i dens engelske version i 2001 (1).

Klassifikationen har ændret sig fra at være en klassifikation af 'følger af sygdom' til at være en klassifikation af 'aspekter af helbredstilstanden' med fokus på *funktionsevne* og *funktions-evnenedsættelse*. Forståelsen af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse er bio-psyko-social. En persons funktionsevne og funktionsevnenedsættelse er bestemt af en kompleks sammenhæng mellem helbredsstilstand og kontekstuelle faktorer, som illustreret i fig. 2 (2). Den dynamiske interaktion mellem kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse og helbredsstilstand påvirkes positivt eller negativt af personlige og omgivelsesmæssige faktorer. Omfanget af funktionsevnenedsættelse bestemmes ikke absolut af sygdom eller funktionsforstyrrelse men i høj grad af samfundsbestemte og psykosociale muligheder, begrænsninger og holdninger.



Figur 2. Samspillet mellem komponenter i ICF (2)

Det overordnede formål med ICF er at tilbyde et fælles (tværfagligt) og standardiseret sprog og en tilsvarende begrebsramme til beskrivelse af helbred og dermed forbundne tilstande. *Funktionsevne* er et overordnet begreb, der omfatter kroppens funktion (fysiologisk og psykologisk) kroppens anatomi, aktiviteter og deltagelse. Tilsvarende er *funktionsevnenedsættelse* et overordnet begreb for tab eller nedsættelse af kropslige funktioner og begrænsninger i aktiviteter og deltagelse. Det er *kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse*, som

klassificeres. ICF indeholder også en klassifikation af *omgivelsesfaktorer*, som påvirker den samlede funktionsevne, men ikke nogen klassifikation af *personlige faktorer*.

ICIDH-2 / ICF i ergoterapi

Allerede prøveudgaven ICIDH-2 vandt indpas i ergoterapisammenhænge – i Danmark og internationalt. Der var tale om en klassifikation og ikke en begrebsmodel eller teori, men forståelsen af samspillet mellem komponenterne i ICIDH-2 svarede til den grundlæggende forståelse i ergoterapifaglige begrebsmodeller, og klassifikationen tilbød et standardiseret sprog, som gav ergoterapeuter mulighed for at kommunikere mere præcist om den ergoterapeutiske intervention og gøre det ergoterapifaglige aktivitetsperspektiv tilgængeligt tværfagligt. Både den norske, danske og amerikanske ergoterapiforening har benyttet klassifikationen som ramme for fagprofil og beskrivelse af ergoterapifaglige ydelser (6,7,8).

Tóra Dahl, den ene af de to redaktører som har forestået oversættelse og afprøvning af den danske udgave, er ergoterapeut. Tóra skrev flere artikler i ERGOTERAPEUTEN blandt andet sammen med ergoterapeut Kersti Vik fra Norge (9). De pegede på relevansen af ICIDH-2 i ergoterapeutisk sammenhæng men også på, at der var tale om en klassifikation, som er noget andet end ergoterapifaglige modeller, undersøgelsesredskaber og kundskaber om aktiviteters betydning.

Ergoterapifaglig terminologi er blevet påvirket af ICIDH-2 / ICF. I tværfaglig sammenhæng nytter det fx ikke at 'nøjes' med at relatere ergoterapi til aktivitet og ADL, hvis vi skal udtale os præcist om det ergoterapifaglige aktivitetsperspektiv. Den ergoterapifaglige aktivitetsforståelse (som fx differentieringen mellem activity, occupation og occupational performance afspejler) omhandler ikke kun komponenten *aktivitet* i ICF, men *aktivitet og deltagelse* i ICF under ét. Denne påvirkning af terminologien fra ICF ses blandt andet i *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (10) og i ERGOTERAPEUTFORENINGENS brochurer om ergoterapi, hvor terminologien aktivitet og deltagelse også bliver anvendt. Der bliver også relateret til ICF i bogen *Ergoterapi og børn* (11), i *Metodebog for hjælpeformidling* (12) og i *Klinisk reumatologi for ergoterapeuter og fysioterapeuter* (13). Når der tales om funktionsevne og funktionsevne-metoden i relation til Lov om Social Service §1, er det funktionsevne i den betydning, som defineres i ICF, og tilsvarende er ICF inddraget i videreudviklingen af Fælles sprog (kommunernes redskab til beskrivelse af borgeres funktionsevne og de ydelser, der skal leveres) (14). Fælles sprog II omfatter de elementer af helhedsvurderingen ved visitationen, der begrunder afgørelsen af, hvad kommunen kan iværksætte i relation til den enkelte borger. I Fælles sprog II bliver opdelingen krop, aktivitet og deltagelse fra ICF anvendt (15). Vejle Amt bruger ICF i forbindelse med sygehusenes optræningsplaner til kommunerne (16), og GenoptræningsCentret i Fredericia anvender ICF til visitation, som forståelsesramme for træningen og til at definere indsatsen mere sikkert (17). ICF-terminologi begynder at dukke op på ergoterapeuters behandlingskort, og når der fx skrives monofaglig eller tværfaglig slutstatus. I mange ergoterapeutiske forskningsartikler præciseres nøglebegreber blandt andet også i relation til terminologien i ICF. Ergoterapeutforeningerne i Sverige, Norge og Danmark har udarbejdet et fælles Nordisk ICF-strategipapir. Strategipapiret opfordrer til en bred implementering af ICF i praksis, ledelse, uddannelse og forskning (18 og www.etf.dk).

Klassifikationens opbygning og koder

I en klassifikation skal alle komponenter være udtømmende beskrevet i en logisk opbygning. ICF er en klassifikation, hvor de byggeklodser, der udgør funktionsevne og funktionsevne-nedsættelse defineres mere og mere detaljeret i flere niveauer i et hierarkisk system. Byggeklodsen *aktivitet* inddeles og defineres fx i en række kapitler (første niveau). Hvert kapitel inddeles og defineres i en række kategorier (andet niveau) som igen inddeles i gradienter. Til hvert niveau hører et bestemt kodningsniveau. Alle faktorer beskrives med såvel positive som negative aspekter med tilhørende koder.

I første omgang har interessen for ICF mest drejet sig om de muligheder, det fælles og standardiserede sprog giver for at forbedre kommunikationen tværfagligt og tværsektorielt, samt de muligheder en klassifikation af funktionsevne og begrænsninger i funktionsevne giver – sådan at patienters og brugeres situation kan beskrives ved hjælp af en international klassifikation. Men selv om det måske ikke ligger lige for at inddrage en detaljeret kodning i den daglige praksis på nuværende tidspunkt, vil jeg anbefale, at man prøver at kode i forbindelse med uddannelse i ICF. Fx kan man prøve at kode ud fra cases, som var en af de metoder, der blev anvendt i forbindelse med afprøvningen. En sådan øvelse kan give kursusedtagerne fortrøghed med terminologien og systematikken i klassifikationen.

Der er flere formål med ICF

ICF er en klassifikation med flere formål. Den er lavet til brug for forskellige faggrupper og i forskellige sektorer. Dens særlige formål er (2 s. 14):

- at skabe et videnskabeligt grundlag for forståelse og undersøgelse af helbred og helbredsrelaterede tilstande, resultater og årsager
- at tilvejebringe en fælles terminologi til beskrivelse af helbred og helbredsrelaterede funktionstilstande for at forbedre kommunikationen mellem forskellige brugere af klassifikationen som f.eks. professionelle i sundheds- og socialsektoren, forskere, beslutningstagere og offentligheden inklusive personer med nedsat funktionsevne
- at gøre det muligt at sammenligne data på tværs af lande, professioner, sektorer og over tid
- at give et systematiseret kodesæt til sundhedsinformationssystemer.

Alle disse formål påvirker hinanden, og behovet for og anvendelsen af ICF kræver etablering af et relevant og praktisk system, som kan understøtte udformning af sundhedspolitik, kvalitetssikring og effektevaluering i forskellige kulturer.

ICF er ikke en vurderingsmetode.

Ved hjælp af ICF kan man i systematiseret form *beskrive* menneskets funktionsevne og funktionsevnebegrænsninger i sammenhæng med helbredstilstand og omgivelsesmæssige og personlige forhold, men ICF er ikke i sig selv en *vurderingsmetode* eller et *undersøgelsesredskab*. Det er planen, at WHO skal udvikle vurderingsmetoder knyttet til ICF. Disse vurderingsmetoder vil komme i tre former: en kort version til screeningsformål, en version til dagligt brug for omsorgspersoner og en lang version til brug for detaljerede forskningsformål (2 s. 250).

ICF er ikke almindeligt dagligt sprog.

Fordelen ved at bruge ICF tværfagligt og tværsektorielt er det standardiserede sprog – de præcise definitioner –, men det kræver, at man har fået sat sig grundigt ind i terminologien. Man kan meget nemt komme til at tillægge begreberne i ICF en privat betydning, fordi ord som funktionsevne, aktivitet, deltagelse, omgivelser med mere indgår i almindeligt sprogbrug. Det kan være styrken ved ICF, at der anvendes almindelige ord. Det kan også være svagheden, *hvis* man ikke sætter sig grundigt ind i terminologien, for som anført side 11 i klassifikationen (2) svarer de begrebsdefinitioner, som anvendes i ICF, ikke altid til betydningen i almindeligt dagligt sprog.

Forskellen mellem ICIDH-2 og ICF

ICF adskiller sig på flere områder fra ICIDH-2, som er mange ergoterapeuter bekendt. Klassifikationen har været under afprøvning internationalt, hvilket har medført en del ændringer, og den danske oversættelse fremstår også endnu mere gennemarbejdet end prøveudgaven. ICF indeholder flere kapitler med baggrundsstof end prøveudgaven og medtager en række bilag med fx retningslinjer for kodning med ICF, kapitel om ICF og mennesker med funktionsevnenedsættelser, etiske retningslinjer for brugen af ICF og den fremtidige udvikling for ICF. Den reviderede udgave er en håndbog med en læsevenlig opsætning, med gode oversigter og nem at finde rundt i ----- når man har fået sat sig ind i klassifikationens systematik.

Definitionen af de overordnede komponenter har ændret sig lidt:

Kroppens funktioner er de fysiologiske funktioner i kroppens systemer (inklusive psykologiske funktioner).

Kroppens anatomi er kroppens forskellige dele som organer, lemmer og enkeltdele af disse.

Funktionsnedsættelse er problemer i kroppens funktioner eller anatomi som for eksempel en væsentlig afgivelse eller mangel.

Aktivitet er en persons udførelse af en opgave eller en handling

Deltagelse er en persons involvering i dagliglivet

Aktivitetsbegrænsninger er vanskeligheder, som en person kan have med udførelse af aktiviteter

Deltagelsesbegrænsning er vanskeligheder, som en person kan opleve ved involvering i dagliglivet

Omgivelsesfaktorer er de fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser, som mennesker bor og lever i.

I ICIDH-2 blev *aktiviteter* og *deltagelse* klassificeret hver for sig. Det har vist sig at være vanskeligt – ikke kun for ergoterapeuter – at holde aktiviteter og deltagelse skarpt adskilt. I ICF kan *aktiviteter* og *deltagelse* betragtes hver for sig eller under ét. Der er kun ét sæt kategorier (eller domæner) for aktiviteter og deltagelse. Aktiviteter og deltagelse kan klassificeres hver for sig eller samlet, men det er ud fra det samme sæt kategorier. Aktiviteter er en persons udførelse af en opgave eller handling, fx at et barn kan gå i skole, men at barnet involverer sig i skoleaktiviteterne eller fritidsaktiviteterne rummer både aktivitet og deltagelse.

Den reviderede klassifikation er blevet meget mere håndterlig på området aktiviteter og deltagelse, men man skal fortsat holde ørene stive, når man fordyber sig i graderne – klassifikationens sidste niveau. Det er her man vurderer grad og omfang. Kategorierne (eller domænerne) i aktiviteter og deltagelse kvalificeres med grader for henholdsvis *udførelse* og *kapacitet*:

1. Gradienten for *udførelse* beskriver, hvad en person gør i sine sædvanlige omgivelser. Da de sædvanlige omgivelser også omfatter en social sammenhæng, kan udførelse også opfattes som ”involvering i socialt liv og samfundsaktiviteter” eller ”den levede erfaring” for personer i den sammenhæng, de aktuelt lever i. Definitionen af ”deltagelse” inddrager begrebet involvering..... Nogle definitioner af ”involvering” omfatter tage del i, være med i eller være engageret i et område af livet, være accepteret eller have adgang til nødvendige ressourcer... (uddrag fra (2) s. 24).
2. Gradienten for *kapacitet* beskriver personens evne til at udføre en opgave eller handling. Denne gruppering skal angive den højest mulige funktionsevne, en person kan opnå inden for et givent domæne på et givent tidspunkt. Til vurdering af en persons fulde funktionsevne er der brug for ”standardiserede” omgivelser for at neutralisere den indflydelse forskelle i omgivelserne kan have på personens funktionsevne.På denne måde kan kapacitet udtrykke en persons funktionsevne justeret for omgivelsernes påvirkning. Denne justering må være den samme for alle personer i alle lande for at tillade internationale sammenligninger. ...(uddrag fra (2) s. 24).

Anvendelse af ICF

Siden ICIDH blev udgivet første gang i 1980, har klassifikationen været anvendt til forskellige formål for eksempel som

- statistisk værktøj – i forbindelse med indsamling og registrering af data (f.eks. i befolkningsundersøgelser eller i administrative informationssystemer)
- forskningsværktøj - til måling af effekt, livskvalitet eller omgivelsesfaktorerets betydning
- klinisk værktøj – til bedømmelse af behov, til valg af behandling, til bedømmelse af erhvervsevne, rehabilitering, forløbsvurdering og effektevaluering af interventioner ved specifikke tilstande
- socialpolitisk værktøj – til planlægning af social sikring, i pensions- og bistandssystemer, og til udformning og implementering af nye initiativer
- uddannelsesværktøj – til udformning af uddannelsesforløb og til at skabe bevidsthed om og sikre udførelse af sociale initiativer (2 s. 14).

Ifølge sundhedsstyrelsen (forordet i den danske version) vil det ikke indtil videre være obligatorisk at indberette data registreret med ICF. Mange projekter er allerede i gang for at afprøve de muligheder, klassifikationen tilbyder, og Sundhedsstyrelsen vil opfordre til, at flere bliver sat i gang. Også mulighederne for at supplere diagnoser i journalerne med relevante registreringer af funktionsniveau bør afprøves og udvikles. Først når der foreligger et bredere erfaringsgrundlag, vil landsdækkende analyser og statistikker kunne komme på tale.

Det anføres, at ICF tilhører alle, der bruger den. Den er det eneste internationalt accepterede værktøj af sin art. Dens formål er at opnå bedre information om funktionsevne og funktions-evnedsættelse og opbygge en bred international konsensus. For at sikre ICF's anerkendelse i forskellige nationale og internationale sammenhænge har WHO gjort sig alle anstrengelser for at sikre, at den er brugervenlig og i overensstemmelse med standardiseringsarbejder som fastlagt af *International Organization for Standardization* (ISO) (2 s. 250).

De mulige veje for den fremtidige anvendelse af ICF bliver gennemgået – herunder omtales

- understøttelse af ICF's anvendelse i de enkelte lande til udvikling af nationale databaser

- undersøgelse af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse i familier (f.eks. undersøgelse af tredjeparts funktionsevnenedsættelse forårsaget af bestemte andre personers nedsatte funktionsevne)
- udvikling af vurderingsmetoder til identifikation og måling
- fastlæggelse af praktiske anvendelsesformer ved hjælp af IT-værktøjer og registreringsformularer
- yderligere forskning i betydningen af omgivelsesfaktorer for at tilvejebringe den nødvendige detaljering til beskrivelsen af både standardiseret og sædvanlige omgivelser.

Anvendelse af ICF i ergoterapi

Allerede ICIDH-2 vandt indpas i ergoterapilitteratur og -praksis. ICF er en forbedret udgave, som kan blive en stor hjælp for ergoterapeuter i samarbejdet med patienter og brugere, i det tværfaglige samarbejde, i forbindelse med dokumentation, kvalitetsudvikling og forskning. Det vil endvidere være relevant at anvende ICF-terminologien i beskrivelser af den ergoterapeutiske indsats i relation til amters og kommuners sundheds- og socialpolitik og forvaltningen. Jeg har hørt ergoterapeuter fortælle, at med ICF er det blevet mere legitimt at sætte menneskers deltagelse i almindelige hverdagsaktiviteter på dagsordenen i tværfaglig sammenhæng. Det er også blevet nemmere at udtrykke sig præcist på en måde, så man bliver hørt, når ICF bliver anvendt som fælles tværfaglig begrebsramme og sprog. Som nævnt begynder ICF-terminologien at dukke op på ergoterapeuters behandlingkort, og når der skrives monofaglig eller tværfaglig slutstatus.

Der fokuseres på brugerens funktionsevne, og der lægges op til brugerinddragelse, men ICF er normbaseret på den måde, at kroppens funktion og anatomi, aktivitet og deltagelse beskrives i relation til en bestemt standard for 'det normale'. Vurderingen foretages af fagpersonerne. Det er ikke brugerens egen opfattelse som beskrives og kodes, som f.eks. i undersøgelsesredskabet COPM. I ICF klassificeres komponenterne i figur 2 hver for sig med en bagvedliggende forståelse af, at der er et samspil mellem komponenterne. I de ergoterapeutiske undersøgelsesredskaber, der er konstrueret til at udrede kvaliteten af en persons aktivitet og deltagelse (aktivitetsudførelse - occupational performance), er det patientens / brugerens egen opfattelse af, hvordan det fungerer med vigtige daglige aktiviteter, der anføres. Selve den *samvirken*, der er mellem personens funktioner, omgivelser og aktivitetsmønster kan undersøges og vurderes, fordi den indgår i patientens / brugerens egen opfattelse og vurdering af aktivitet og deltagelse. Det gælder fx det canadiske COPM og nogle af undersøgelsesredskaber indenfor MOHO.

Referencer

1. WHO. ICF. International Classification of functioning, disabilities and health. Geneva: WHO, 2001
2. WHO/ Sundhedsstyrelsen. ICF. International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. København: Munksgaard Danmark, 2003
3. WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Geneva: WHO, 1980
4. Tjørnov J. Ergoterapi. Baggrund og udvikling. København: FADL's Forlag, 1988
5. WHO. ICIDH-2. International Klassifikation af Funktionsevne og Funktionsevnenedsættelse. Dansk udgave til afprøvning. Kort version. København: Sundhedsstyrelsen, 2000

6. Ergoterapeutforeningen. Overordnet beskrivelse af de ergoterapifaglige ydelser. www.etf.dk 2002
7. Ness NE. Helse gennem aktivitet. Fagprofil og yrkesfunktioner for ergoterapeuter. Norsk ergoterapeutforbund, 1999
8. American Occupational Therapy Association. The Guide to Occupational Therapy Practice. Special Issue. Am J Occup Ther 1999; 53: 245-322
9. Dahl TH, Vik K. ICDH-2 i praksis: en klassifikation af helbredsrelaterede tilstande. Ergoterapeuten nr. 11/00. (Rettelser i tekst og reference i en udgave af artiklen blev bragt på www.etf.dk/ergoterapeuten)
10. Borg T, Runge U, Tjørnov J, red. Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. København: Munksgaard Danmark, 2003
11. Andersen MM, Hass I, Quist Lauritzen G, Norling Schmidt R. Ergoterapi og Børn. København: FADL's Forlag, 2003
12. Jensen EM, Jensen L, Schøtt I, Bindslev N. Metodebog i hjælpemiddelformidling. København: Munksgaard Danmark, 2003
13. Danneskiold-Samsøe B, Lund H, Avlund K, red. Klinisk reumatologi for ergoterapeuter og fysioterapeuter. København: Munksgaard Danmark, 2002
14. Scheibel V. Fælles sprog – fælles forståelse. ERGOTERAPEUTEN nr. 7/2003
15. Kommunernes Landsforening. Fælles sprog II. Dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicapområde. København: KL, 2004. www.kl.dk/204768.
16. Maindal L. Vejle Amt bruger ICF. ERGOTERAPEUTEN nr. 5/2004
17. Maindal L. Træningen foregår ikke kun i en gymnastiksal. ERGOTERAPEUTEN nr. 5/2004
18. ERGOTERAPEUTEN nr. 5/2004 s. 10