

# ICF – et felles språk for funksjon

**Fanny Pran**, fysioterapeut  
Seksjon for fysioterapi Notodden,  
Bleifjell sykehus HF  
fanny.pran@bleifjellsykehus.no

*Fagessayet er ikke refererevurdert.*

## ICF – hva og hvorfor

Verdens helseorganisasjon, WHO, ga i 2001 ut ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse) som er et system som gjør det mulig å klassifisere funksjon. Fra før brukes ICD-10 til klassifikasjon av sykdom. ICF, derimot, gir et felles verdensspråk for funksjon som har til hensikt å lette tverrfaglig og internasjonal helsekommunikasjon. Diagnoser sier bare noe om organfunksjon, mens fysioterapeuter har lang tradisjon for å bruke funksjonsbegrepet om menneskers muligheter til å greie dagliglivets aktiviteter. ICF gir oss muligheten til bredde og systematikk i vår vurdering av menneskers funksjonsevne. Imidlertid kan ICF virke vanskelig og utilgjengelig for mange, og det er mitt inntrykk at fysioterapeuter i klinisk virksomhet fortsatt har behov for informasjon om ICF. Dette essayet er tenkt som en kortfattet og forenklet gjennomgang av ulike syn på begrepene funksjon og funksjonshemming. Jeg tar også opp forskjellene på ICF som begrepsmodell og klassifikasjonssystem. Videre omtales modellens nytte innen ulike områder.

ICF ble omtalt i Fysioterapeuten ved lanseringen av den norske utgaven av ICF i 2004 (1,2). To sitater derfra fortjener repetisjon:

«Hensikten [med ICF] er å gi verden et felles språk for å kunne beskrive, studere og forstå funksjon og funksjonshemming relatert til helse.» (1).

«ICF er viktig, blant annet fordi helse ikke kan bestemmes ut fra diagnose. ICF er et globalt instrument, laget uavhengig av språk og kultur, for at helsepersonell skal

forstå kodene.» (2).

I tillegg gir et faginnlegg av Grotle god informasjon om hvordan ICF kan brukes i fysioterapi (3).

## To WHO klassifikasjoner: helse og sykdom

ICF er det andre og nyeste hovedmedlem i WHO's Family of International classifications (WHO-FIC). Først kom ICD-10 (Internasjonal klassifisering av sykdom) som klassifiserer sykdom, skade, andre helsetilstander og årsaker til kontakt med helsevesenet. ICD-10 er strengt begrenset til sykdom. WHO så derfor behovet for et system som også får frem menneskets funksjonsevne i samspill med miljøfaktorene (4). De ønsket at menneskers funksjon skulle settes i et bredere perspektiv. Hovedvekten i ICF er derfor ikke på sykdom og diagnose, men på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene. Helseklassifikasjonene fra WHO er internasjonale, og Norge som medlemsland i WHO har offisielt vedtatt å bruke ICF.

## Begrepsfeste funksjon

Sosial- og helsedirektoratet har fått det forvaltningsmessige ansvaret for å implementere ICF i Norge. De arrangerte i 2004 regionale konferanser for å stimulere helsearbeidere i Norge til å bruke ICF. Videre har ICF vært prøvd ut i prosjekter i regi av direktoratet (5,6). I Norge har fysioterapeuter brukt ICF i hovedfagsoppgaver og doktorgradsarbeid (7,8). Likevel kan klassifikasjonssystemet ved første inntrykk virke komplisert.

ICF er en revidert utgave av ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Health) som første gang utkom som testversjon i 1980. Det nye med ICF er modellens dynamikk med fremheving av vekselvirkningene mellom helsetilstand, funksjonsevne og miljøfaktorer. Det er

både et begrepsapparat, en klassifikasjon og et kodeverk; basert på en biopsykososial forståelse av mennesket. Det vil si at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som påvirker menneskets funksjonsevne er tenkt ivarett. Med andre ord får vi et bredt fokus på en pasients behov. Via ICFs fokus kan kanskje vi fysioterapeuter utfordres til å innhente mer kunnskap også fra andre fagområder? Uansett bevisstgjør ICF oss om å forsøke å se spesifikk og generell funksjon inn i den enkeltes kontekst. Ser vi at dette er et godt redskap i rehabilitering, som per definisjon er tverrfaglig, og hvor mål også skal være rettet mot deltakelse?

## Begrepsmodell versus klassifikasjon

Det er viktig å skille mellom ICF som teoretisk eller begrepsmodell og ICF som klassifikasjons- og kodesystem. Det begrepsmessige grunnlaget for klassifikasjonen omfatter to hovedområder; (I) funksjon og funksjonshemming og (II) kontekst (9).

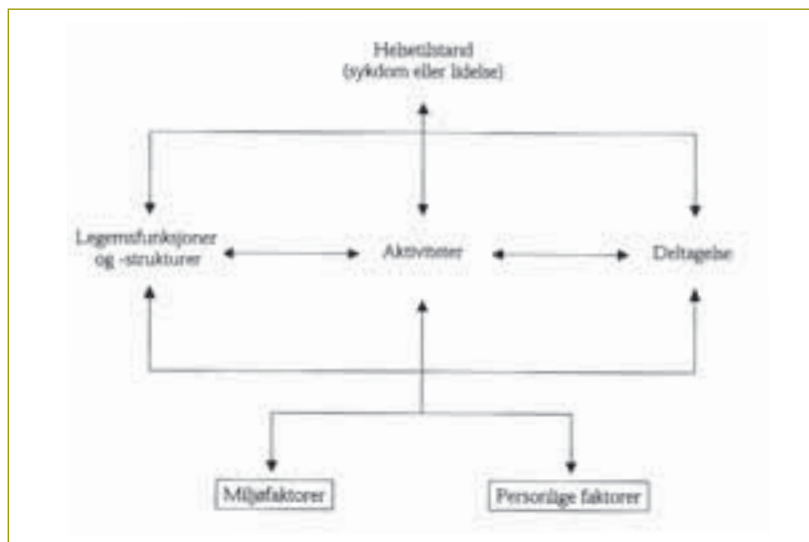
Når det gjelder funksjon og funksjonshemming, beskrives kroppsfunksjoner og -strukturer her sammen med aktiviteter og deltakelse. Klassifikasjonsmessig, derimot, har kroppsfunksjoner fått koden b (fra engelsk bodily), kroppsstrukturer s (structure), mens «aktivitet og deltakelse» kodes med d (disability). De to sistnevnte begrepene er kodet sammen. De omfatter alle sider av menneskelig utfoldelse som individ og i forhold til medmennesker. ICF sier at miljøfaktorer er kontekstuelle faktorer som påvirker funksjonsnivået sammen med de personlige faktorene som ikke klassifiseres i ICF. Miljøfaktorer er fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser som individet eksisterer innen og utfolder sitt liv i. I klassifikasjonen er miljøfaktorene representert i fjerde og siste delklassifikasjon med symbolet e (environment). Figur 1 viser ICFs begrepsapparat med de ulike begrepene innbyrdes vekselvirkning.

## Sammendrag

ICF er WHO's helseklassifikasjonssystem med utgangspunkt i funksjon, men det er også en viktig begrepsmodell for fysioterapeuter. Hensikten med artikkelen er å forklare ICF for å lette bruken av systemet i arbeid med pasienter. Begrepene tydeliggjør hvilke funksjonsområder som vurderes; organfunksjon, aktivitetsfunksjon eller deltakelsesfunksjon. I ICF sees vur-

deringene i lys av miljø- og personlighetsfaktorens hemmende eller fremmende innvirkning. ICFs begrepsapparatet er anvendelig i klinisk arbeid for eksempel rehabilitering, mens selve klassifikasjonen og kodeverket derimot er komplisert og mindre anvendt i klinisk arbeid foreløpig.

Nøkkelord: ICF, funksjon, klassifisering, WHO.



**Figur 1.** Vekselvirkningene i ICFs begrepsapparat (10). Begrepene gir hjelpemidler til en bred kartlegging innen områder av betydning for funksjon og funksjonsbegrensning. De doble pilene mellom områdene angir komplekse innbyrdes påvirkninger.

Begrepet personlige faktorer innbefatter forhold som alder, kjønn, oppvekst, interesse og mestringsstrategier. Faktorene er av betydning for aktivitet og deltakelse, men er ikke representert i selve klassifikasjonen. Dette er en forenklet omtale av ICF og litteratur fra Sosial- og helsedirektoratet (9,10) anbefales for fordypning.

Det er enklest å forstå ICF begrepsmodellen via eksempler. Et eksempel på kroppsfunksjon er bevegelse i kneleddet, mens det å gå er en typisk aktivitet. Deltakelsesperspektivet omhandler blant annet personens muligheter til deltakelse i arbeid, familie- eller fritidsaktiviteter. Miljøfaktorer kan være både hemmende og fremmende. Eksempelvis kan en bygning uten heis være en negativ miljøfaktor, mens ulike tekniske hjelpemidler kan være positive miljøfaktorer – for en pasient med alvorlige funksjonshemninger.

For å belyse den flerdimensjonale forståelsen av funksjon og funksjonshemming i ICF brukes eksempler fra den norske oversettelsen (10). Et barn med diagnosen diabetes mellitus har et funksjonsproblem på organnivå. Når insulinspeilet i blodet er under kontroll, har det ingen begrensning i kapasitet knyttet til funksjonsavviket. Imidlertid kan sosiale situasjoner med lek og omgang med barn der de også skal spise sammen, gi et utførelsesproblem etter som barnet ikke kan spise sukker. Mangel på ting barnet kan spise ville være et hinder hvis det ikke ble sørget for at egnet mat var tilgjengelig. Barnets deltakelse i den sosiale situasjonen sikres ved at egnete matvarer er tilgjengelige.

Et annet eksempel er helseproblemer opplevd av en mann med nakkeskade som er sykemeldt. Vedkommende har etter skaden fått problemer med aktivitetene å gå, gjøre innkjøp, lage mat og å delta i sin heltidsjobb. Hvis arbeidsgiver tilrettela for fleksible arbeidsforhold, ville han kanskje kunne fortsette i sin stilling og ivareta full deltakelse i arbeidslivet. Eksemplene viser hvordan ICF med et bredt fokus på funksjon kan utvide helseperspektivet utover det tradisjonelt medisinske diagnostiske.

Så til klassifikasjonen. Her tilsvarer ikke den strukturelle oppbygningen med fire delklassifikasjoner inndelingen i emneområder i begrepsapparatet (9). De tre første delklassifikasjonene; (i) kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer, (ii) aktiviteter, og (iii) deltakelse – omfatter samlet funksjon og funksjonshemming. Den fjerde delklassifikasjonen, miljøfaktorer, omfatter kontekstene. Punktvis forklares nøytrale og negative vinklinger av begrepene slik:

- Kroppsfunksjoner er organsystemenes fysiologiske funksjoner, inklusive mentale funksjoner.
- Kroppsstrukturer er anatomiske deler av kroppen.
- Avvik er problemer ved kroppsfunksjoner og -strukturer, som ved feil og tap av betydning.
- Aktiviteter er menneskets utførelse av oppgaver og handlinger.
- Aktivitetsbegrensninger er vanskeligheter en person kan ha ved å utøve aktiviteter.
- Deltakelse er å engasjere seg i en livssituasjon.

- Deltakelsesinnkrenkninger er problemer en person kan oppleve ved deltakelse.
  - Miljøfaktorer utgjør til sammen de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser hvor en person utfolder sitt liv.
- Personlige faktorer er ikke klassifisert i ICF per i dag. En kan tenke seg at det er komplisert å klassifisere personlige faktorer i et internasjonalt system som skal brukes i ulike kulturer.

Personlige faktorer omfatter særtrekk ved personen, for eksempel kjønn, livsstil og utdanning.

ICF har også en egen barneverjon, ICF-CY.

### Kodeverket i ICF

ICF som kodeverk er omfattende. Kriteriene for graderinger er ufullstendige, og WHO arbeider med å knytte dem til eksisterende måleinstrumenter og med å utvikle kjernesett for noen diagnosegrupper. Kjernesett (engelsk core sets) er lister over internasjonalt aksepterte sett av kategorier eller lister av domener for pasienter med definerte tilstander eller diagnoser.

Kodesystemet skal brukes med modifikatorer som angir graden av avvik. Modifikatorene sier altså at det er et funksjonsavvik og i hvilken grad de foreligger i. De er rangordnet og kan derfor ikke uten videre bearbeides matematisk. Det foregår arbeid med å samordne effektmåleinstrumenter med klassifikasjonssystemet.

### Basis – en biopsykososial modell

Forståelse av funksjon og funksjonshemming bygger tradisjonelt på to ulike modeller, den medisinske og den sosiale. Hvilken modell som brukes har betydning for hvordan vi forstår funksjonshemming og hvordan den skal håndteres. Den norske oversettelsen av ICF omtaler de to modellene på følgende måte (10):

I medisinsk forståelse er funksjonshemming:

- Et individuelt problem, forårsaket av sykdom eller skade.
- Behandlingen er individuell og medisinsk, utført av helsepersonell.

Hensikten med behandling er helbredelse eller adferdstilpasning fra personens side, mens de politiske konsekvensene blir å endre eller reformere helsepolitikken.

I sosial forståelse er funksjonshemming:

- I hovedsak skapt av sosiale forhold og handler om full integrasjon av enkeltpersoner i samfunnet.
- Ikke en egenskap ved en enkeltperson,

men en komplisert blanding av mange forhold, hvorav flere er sosiale.

- Håndteringen krever derfor sosiale tiltak hvor holdninger, ideologier, og sosiale forhold må endres. Funksjonshemming er dermed en politisk sak – en menneskerett på det politiske plan.

ICF bygger på en integrering av de to modellene i en biopsykososal forståelse. Hensikten er å integrere de biologiske og psykologiske individorienterte synsvinkler med de samfunnsmessige – i en sammenhengende forståelse (10).

#### Etiske retningslinjer

ICF er utviklet i overensstemmelse med FN's standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming og gjenspeiler derfor et sosialt perspektiv. De etiske retningslinjene for bruk av ICF er beskrevet i den norske oversettelsen av fullversjonen (10). I korte trekk kan det sies at ICF alltid bør anvendes med respekt for det enkelte menneskes iboende menneskeverd og selvstendighet. I kliniske sammenhenger bør ICF alltid brukes med full kjennskap, medvirkning og samtykke fra personer som får sine funksjonsnivåer klassifisert.

#### Hvem har nytte av ICF

ICF har bruksområder i klinisk helsearbeid. Det kan brukes som felles rammeverk i rehabilitering, både for kartlegging, målsetting og for å klargjøre tiltak. ICF kan brukes som referanseramme der flere faggrupper skal ha felles dokumentasjon og samordning. Klassifiseringssystemet gir struktur for å utarbeide mål for intervensjoner innen funksjonsområdene kroppsfunksjon, aktivitet og deltakelse. Bruk av ICF som rammeverk for individuelle planer er spesielt nyttig for å ivareta deltakelsesperspektivet i rehabilitering.

Funksjonsevne, -vurdering, og -svikt er mye brukte begreper. Mange fysioterapeuter kjenner de ulike ICF-perspektivene på funksjon, men min erfaring er at det ikke alltid vises i praksis og i dokumentasjon. For fysioterapeuter kan ICF brukes til å gi bedre innsikt i og forståelse av funksjonsbegrepet og være en nyttig ramme for funksjonsvurdering. Bruk av begrepsapparatet i ICF kan bevisstgjøre hvilke funksjonsområder vi kartlegger og dokumenterer. Videre hvilke aspekter ved funksjon fysioterapeuters tiltak er rettet mot. Eksempelvis går tester av ledd- og muskelfunksjon inn under kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer; observasjon og test av gangfunksjon gir informasjon på aktivitetsnivå; mens opplysninger om hvordan en person

kan delta i yrkeslivet hører inn under funksjon på deltakelsesnivå. Kontekstuelle faktorer (miljøfaktorer) kan hemme eller fremme deltakelse. Eksempelvis kan en bygning med høye trappetrinn være en barriere som hemmer deltakelse, mens en trappeheis eller en rampe kan fremme aktivitet og deltakelse.

ICF er, i tillegg til å være et klinisk verktøy, tenkt brukt til ulike formål som er utvidet siden test-versjonen av ICIDH i 1980 (10). Et eksempel på bruk av ICF innen forskning er Østensjø sin doktorgradsavhandling som beskriver funksjonsproblemer hos barn med CP (7). Et annet bruksområde ser vi hos Trygdeetaten som prøver ut ICF i sine funksjonsvurderinger. En sykdomsdiagnose kan være utilstrekkelig for å si noe om en persons muligheter for å arbeide. Derfor er det behov for et system eller en modell som kan beskrive funksjonsevne og forutsetninger i miljøet. Sosial- og helsedirektoratet har gitt KITH (Kompetansesenter for informasjonsteknologi i helsesektoren AS) i oppdrag å utvikle et funksjonskodeverk for områdene habilitering, rehabilitering, rusbehandling og psykisk helsevern (11).

#### Egne erfaringer med ICF

Egen erfaring med ICF er at det først og fremst er nyttig å sette seg inn i begrepsmodellen. Den kan være et nyttig redskap ved systematisering av pasientinformasjon og planlegging av tiltak. Ettersom ulike yrkesgrupper kan ha forskjellig forståelse av funksjonsbegrepet, har jeg erfart at ICF kan lette tverrfaglig kommunikasjon. I et forsøk med å bruke klassifikasjonssystemet i samarbeid med en sykepleier fant vi faktisk å ha ulik oppfatning om hvordan både kroppsfunksjon og aktivitet/deltakelse kan kodes. Det overrasket oss begge. ICF kan også være til hjelp med å klargjøre helseprofesjoners tenkning og rapportering om funksjonsnivå innen kartlegging, mål, tiltak og evaluering – både på tvers av og innen faggrupper og forvaltningsnivåer.

Dog er det tidkrevende å sette seg godt inn i ICF. Det synes viktig å legge til rette for at læring kan foregå i et miljø med kolleger eller personer fra andre yrkesgrupper en samarbeider med. Fagdage som fysioterapeuter i Drammen arrangerte i oktober 2005 og -06 er eksempler på gode tiltak for å gi fysioterapeuter mulighet til å lære om ICF. Videre er det viktig å være klar over at ICF er i utvikling. Sosial- og helsedirektoratet hadde en konferanse om ICF i november 2006. I juni i år er det Nordisk-Baltisk konferanse om ICF i Oslo. Min mening er at ICF er nyttig selv om det også har sine begrensninger.

Jeg tror det er viktig at fysioterapeuter følger med. Klassifikasjonen og kodeverket synes jeg likevel, slik det nå foreligger, er for omfattende og komplisert å sette seg inn i på egen hånd.

#### Komme i gang med ICF

Oppsummert brukes ICF begrepsmodellen innen rehabiliteringsarbeid. På prosjektbasis, derimot, har klassifikasjonen og kodeverket til nå i hovedsak vært brukt av Sosial- og helsedirektoratet. Hvis du ønsker å sette deg godt inn i ICF, anbefales den norske ICF-oversettelsen, både fullversjonen (10) og brukerveiledningen (9). Disse kan bestilles fra KITH som også på sine nettsider har mer generell info om ICF (11) som sterkt anbefales. Både konferansene i 2004 og -06 og den Nordisk-Baltiske konferansen i juni 2007 er omtalt her. Funksjonsregistrering i forhold til ICF er også interessant lesing. I tillegg har selvsagt WHO's nettsider verdifull informasjon om ICF (12).

#### Litteratur

1. Johnsen H. ICF erstatter ICIDH. *Fysioterapeuten* 2004;71(1): 26-27.
2. Johnsen. H. Reportasje, Ta verktøyet i bruk. *Fysioterapeuten* 2004; 71(5): 23.
3. Grotle M. Bruk av ICF i fysioterapi. *Fysioterapeuten* 2004; 71(5): 34.
4. Haugsbø A, Larsen B-I. ICF – ny internasjonal klassifikasjon av funksjon og helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2514.
5. Høyem, A. Funksjonsregistrering basert på ICF i klinisk arbeid ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering universitetssykehuset i Nord-Norge, 2003.
6. Ven J, Alsaker M, Hofstad T. Utprøving og formidling av ICF – den internasjonale klassifikasjonen for funksjon, funksjonshemming og helse. *KITH-rapport* 2004; 21/2004.
7. Østensjø S. Functioning and disability in young children with cerebral palsy. A study of everyday activities and the influence of motor impairments and environmental modifications. 2005. Faculty of Medicine, University of Oslo.
8. Grotle M. Clinical course and prognostic factors in patients with low back pain and disability: a methodological and clinical study. *Fysioterapeuten* 2005; 72(8):14-20 .
9. Sosial- og helsedirektoratet. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Norsk brukerveiledning. KITH: AIT Otta AS;2004. s. 9-10.
10. Sosial- og helsedirektoratet. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Fullversjonen. Trondheim: Aktietrykkeriet i Trondhjem; 2003. s.19-20.
11. Norsk internettadresse om ICF, Kompetansesenteret for IT i Helsesektoren AS: <http://www.kith.no/icf>.
12. WHO's (Verdens Helseorganisasjons) nettsider med stoff om ICF. Tilgjengelig på: <http://www.who.int/classifications/en/>