

ICF

Internasjonal
klassifikasjon av
funksjon,
funksjonshemming
og
helse

Norsk brukerveiledning

KITH

INFORMASJONSTEKNOLOGI
FOR ET BEDRE HELSEVESEN

Trykk: Aktietrykkeriet i Trondheim, 2004

ISBN 82-7846-213-5

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| INNLEDNING | 3 |
| Hvorfor en nasjonal brukerveiledning? | 3 |
| Brukerstøtte og utviklingsarbeid | 6 |
| De viktigste konkrete avvik fra originalveiledningen | 6 |
| 1. BAKGRUNN OG MÅLSETTING | 7 |
| 2. EGENSKAPER VED ICF – KLASSIFIKASJONENS VIRKELIGHET, OMFANG OG UNDERLIGGENDE BEGREPSAPPARAT | 8 |
| 2.1 ICFs virkelighet | 8 |
| 2.2 ICFs omfang | 9 |
| 2.3 Det underliggende begrepsapparat for ICF | 11 |
| 2.4 Versjoner av ICF | 12 |
| 3. OVERSIKT OVER ICFs STRUKTUR OG STRUKTURELEMENTER | 14 |
| 3.1 Klassifikasjonens enheter og tilleggselementer | 14 |
| 3.2 Kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer og avvik | 21 |
| 3.3 Aktiviteter og deltagelse - aktivitetsbegrensninger og deltagelsesinnskrenkninger, utførelse og kapasitet | 23 |
| 3.4 Miljøfaktorer | 26 |
| 4. KODEVEILEDNING | 28 |
| 4.1 Valg av kategorikoder | 29 |
| 4.2 Anvendelse av koder for Aktiviteter og deltagelse | 29 |
| 4.3 Modifikatorkoder i de fire delklassifikasjonene | 32 |
| 4.4 Kobling av koder fra <i>Miljøfaktorer</i> til koder fra de øvrige delklassifikasjoner | 34 |

Innledning

I den *internasjonale familie av helseklassifikasjoner*¹ som Verdens helseorganisasjon (WHO) utvikler, er *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse* (ICF – originaltittel *International Classification of Functioning, Disability and Health*.) det andre og nyeste hovedmedlem. Mens sykdommer, skader, andre helsetilstander og årsaker til kontakt med helsevesenet klassifiseres etter det første familiemedlemmet, *Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon* (ICD-10), har ICF til hensikt å klassifisere menneskers helse slik den kommer til uttrykk i funksjon og funksjonshemming, både i forhold til kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer på den ene side, og til dagliglivets aktiviteter og deltagelse i sosial sammenheng på den annen side. Dessuten klassifiserer ICF miljøfaktorer som kan påvirke funksjon og funksjonshemming.

Hvorfor en nasjonal brukerveiledning?

ICF har til felles med andre helsefaglige klassifikasjoner at siktepunktet, formelt sett, er kategoriseringer som grunnlag for virksomhetsregistrering, statistikk og rapportering. Men denne hovedanvendelsen av klassifikasjonen er avhengig av et utviklingsarbeid som det vil ta en årrekke å gjennomføre.

Til grunn for ICF ligger et *begrepsapparat*² som det har vært en hovedsak å beskrive under utviklingsarbeidet med klassifikasjonen.

¹ WHO Family of International Classifications (WHO-FIC).

² Med et *begrep* forstås i denne brukerveiledningen en *tankemessig enhet kjennetegnet ved unike egenskaper* (definisjon fra ISO-standarden ISO/CD 1087-1, revisjon år 2000), til forskjell fra en *term*, som er det språklige uttrykk (betegnelsen) for begrepet - i denne sammenheng et faguttrykk. I norsk dagligtale brukes uheldigvis ofte *begrep* som ensbetydende med *betegnelse*, hvilket fører til misforståelser. Mens flere termer (synonymer) kan brukes om samme begrep, og en term (homonym) kan brukes om mer enn ett begrep – og således endre betydning i ulike sammenhenger eller over tid – er et begrep definisjonsmessig uforanderlig. Hvis de egenskaper som begrepet er dannet på grunnlag av forandres, oppstår nye begrep.

De fagmiljøer som skal bruke ICF har behov og interesser knyttet til både begrepsapparatet og klassifikasjonen som informasjonsbærende hjelpemiddel.

I første omgang har hovedinteressen knyttet seg til begrepsapparatet som grunnlag for forskningsprosjekter, undervisning og kliniske programmer.

Det er viktig å skille mellom disse to aspektene av ICF, fordi begrepsapparatet ikke er helt identisk med det som kan registreres og representeres ved hjelp av klassifikasjonen. Den originale bokens materiale for brukerveiledning er ikke helt klar på dette punktet.

I bokutgaven av ICF, full versjon, finnes et veiledningsmateriale som omfatter innledningskapittelet og et antall vedlegg (annexes)³.

I flere land har de klassifikasjonssentra som har stått for oversettelse og innføring av kodeverket funnet at dette materialet ikke tilfredsstiller behovene til de fagmiljøer som skal bruke den, og har derfor sett det nødvendig å utarbeide nasjonalt tilpassede brukerveiledninger.

Det er flere grunner til dette.

- Slutføringen av utviklingsarbeidet i WHO har skjedd med begrensede ressurser under stort tidspress, og man har ikke klart å fange opp alle endringer i veiledningsmaterialet

³ Den fulle (Fullversjonen) versjonen har ti vedlegg, kortversjonen bare tre. Kortversjonens vedlegg 3 er et sammendrag av fullversjonens vedlegg 10. Av fullversjonens vedlegg er følgende ikke tatt med i kortversjonen: 3 (Mulige anvendelser av Aktiviteter og deltagelse), 4 (Kasuseksempler), 5 (ICF og mennesker med funksjonshemming), 6 (Etske retningslinjer for bruk av ICF), 7 (Resymé av revisjonsprosessen), 8 (Fremtidige utviklingslinjer for ICF) og 9 (Foreslåtte ICF datasett). Av vedleggene 3 og 4 som er utelatt i kortversjonen, er vedlegg 4 av nordiske eksperter vurdert som lite relevant for våre forhold. Men vedlegg 3 har definitivt like stor betydning for kortversjonen som for fullversjonen.

NB! I denne brukerveiledningens tekst refererer vedleggsnummereringen til fullversjonen.

- Dette har ført til uklarhet i forhold til anvendelse av ICF som kodeverk for statistikk, og som idégrunnlag for faglige programmer, forskning, m.m. innenfor fagområdene.
- Det har ikke vært mulig for WHO å angi entydige regler i forståelse av sentrale områder i anvendelsen av klassifikasjonen, spesielt innenfor delklassifikasjonen *Aktiviteter og deltagelse*. I det originale veiledningsmaterialet er det derfor overlatt til *brukeren*⁴ å selv bestemme hvordan anvendelsen skal skje. Konsekvensen av dette er at sammenligninger mellom registrerte materialer blir mulige bare på et gitt brukernivå – enten dette nå måtte være internt hos en tjenesteyter, mellom et antall samarbeidende tjenesteytere, i et land eller en flernasjonalt region som har etablert felles regler for bruken.

Denne første norske brukerveiledningen bygger på det originale veiledningsmaterialet med tillegg av den informasjon som for tiden kan gis om synspunkter på anvendelse i norske og nordiske fagmiljøer.

Den er utarbeidet for å klargjøre forskjellene mellom begrepsapparatet og selve klassifikasjonen, og for å rette opp en del inkonsistenser og direkte feil i originalmaterialet. Det vil fremgå av teksten eller fotnoter når det gis råd eller beskrivelser som avviker fra originalen.

Brukerveiledningen retter seg i hovedsak mot anvendelsen av klassifikasjonen som registrerings- og rapporteringsverktøy. Men mange spørsmål er avhengige av avklaring på grunnlag av erfaringsmateriale ved fagmiljøenes anvendelse av den, og av valg som fagmiljøene gjør vedrørende uavklarte spørsmål.

Det er i tillegg et åpenbart behov for veiledning i anvendelse av ICFs begrepsapparat som idégrunnlag i forskning, utdanning og kliniske programmer. Disse behovene vil bli forsøkt ivaretatt i senere utgaver av brukerveiledningen. Det er i gang et arbeid for å utforme et felles nordisk grunnlagsmateriale for en mer omfattende brukerveiledning,

⁴ Vennligst bemerk at i dette dokumentet og i bokens veiledningsmateriale betyr *bruker* en person eller instans som anvender klassifikasjonen og materiale samlet ved hjelp av den, i motsetning til anvendelsen ved tjenesteytelse i helse- og sosialsektoren, hvor ordet *bruker* i økende grad anvendes som betegnelse på sektorens *tjenestemottakere*.

og det er også aktuelt å ta inn resultater fra øvrig internasjonalt arbeid etter hvert som de foreligger.

Brukerstøtte og utviklingsarbeid

Sosial- og helsedirektoratet har nedsatt en tverrfaglig nasjonal referansegruppe for ICF som i tillegg til å ha medvirket ved utarbeidelsen av de norske utgavene av ICF vil medvirke i drift og utvikling av klassifikasjonen, samt gi brukerveiledning. Gruppen ledes av direktoratet, og KITH har sekretariatsfunksjon for den. Brukerstøttespørsmål kan sendes til e-postadressen kodehjelp@kith.no. Referansegruppen samarbeider med en nordisk referansegruppe i regi av det nordiske senteret for klassifikasjoner i helsevesenet ved Universitetet i Uppsala, som er de nordiske landenes WHO-FIC samarbeidssenter.

De viktigste konkrete avvik fra originalveiledningen

I innledningskapittelet til originalboken opplyses det at koder fra fullversjonen kan aggregeres til den korte versjonen. Dette stemmer bare for *kategoriene* i ICF. Når man tilføyer modifikatorkoder, som er obligatoriske etter WHO's anvisninger, kan *komplette* koder fra fullversjonen *ikke* aggregeres til kortversjonskoder. Dette er en viktig begrensning i kortversjonens anvendbarhet. Resultater i form av komplette koder registrert etter kortversjonen, vil generelt ikke kunne sammenlignes med resultater registrert med fullversjonskoder.

Av denne grunn antas den viktigste anvendelsen av kortversjonens bokutgave å være at den kan puttes i lommen og brukes til en rask orientering om grovkategorisering i ICF. For det praktiske klassifikasjonsarbeid som må forutsettes å skje i en kontorsituasjon, anbefales bruk av fullversjonen (eller kommende elektroniske hjelpemidler). Her finnes også alle kortversjonens kategorier og man kan få oversikt over hvilke spesifiseringsmuligheter som går tapt ved bruk av kortversjonen. Det vil i Norge også bli tilgjengelig elektroniske hjelpemidler for fullversjonen tilpasset lommebærbart utstyr (PDA) som vil tillate registrering av koder etter full versjon under visitgang på en sengeavdeling, eller utenfor institusjon.

I tillegg kommer at kortversjonen som nevnt bare inneholder de to første av fullversjonens vedlegg 1-4, som omtaler sentrale problemstillinger i anvendelse og forståelse av klassifikasjonen. Det

gjøres spesielt oppmerksom på at fullversjonens vedlegg 3 ikke er tatt med i kortversjonen, til tross for at de valgmuligheter som trekkes opp her har like stor betydning i den korte som i fullversjonen.

Et annet forhold å være klar over er originalversjonens beskrivelse (Innledning, avsnitt 4.2) av en *informasjonsmatrise* som WHO har utarbeidet for materiale fra delklassifikasjonen *Aktiviteter og deltagelse*. Denne beskrivelsen legger føringer for anvendelsen som ikke er forenlige med lokal eller nasjonal registrering etter de valgmuligheter som er beskrevet i bokens vedlegg 3 og i denne brukerveiledningen. Dette behøver man i praksis ikke ta hensyn til, fordi sentral innrapportering til WHO av større eller generelle populasjonsmaterialer klassifisert etter ICF ligger langt inn i fremtiden. Hvis det noen gang skal bli aktuelt å motta og bearbeide slikt materiale i WHO, vil en omarbeidelse av denne informasjonsmatrisen bli nødvendig.

Selv om det i Norge som i andre land har vært nødvendig å gjøre noen tilpasninger i nasjonal utgave av veiledningsmaterialet for ICF, skal det presiseres at siktemålet med den norske brukerveiledningen ubetinget er å beholde intensjonene i originalen så langt de kan forstås entydig og klart. Som det vil fremgå, vil utviklingen av regler for bruken av modifikatorer og valg mellom eksisterende alternative koderegler være en utfordring for de norske fagmiljøene i årene fremover, fortrinnsvis i internasjonalt samarbeid, i første rekke med de øvrige nordiske land.

1. Bakgrunn og målsetting

I bokens innledning, avsnitt 1 og 2 er bakgrunn og målsetting for klassifikasjonen beskrevet.

I denne norske brukerveiledningen er det ingen grunn til å modifisere dette materialet som er viktig for forståelsen av klassifikasjonen.

Brukere anbefales derfor å lese disse avsnittene av innledningskapittelet.

2. Egenskaper ved ICF – klassifikasjonens virkelighet, omfang og underliggende begrepsapparat

En klassifikasjon bør bygge på et begrepsapparat som avgrenser dens *virkelighet*, det vil si den del av virkeligheten klassifikasjonen skal brukes i. Den må dessuten ha et velavgrenset *omfang* innenfor sin virkelighet. Mellom alle de begrep som finnes i denne virkelighet, kan det være mange forskjellige forbindelser og dynamiske vekselvirkninger som det er nødvendig å kjenne til for å forstå hvilke naturlige og menneskelige fenomener og forhold som skal klassifiseres. Men ikke alle disse forbindelser og vekselvirkninger kan eller bør nødvendigvis tilhøre klassifikasjonens omfang.

En klassifikasjon er en måte å sortere innholdet i dens omfang i et hierarkisk system av *kategorier* (også kalt *klasser*), med generelle, omfattende kategorier øverst i hierarkiet og stadig mer spesialiserte inndelinger av kategoriene nedover i hierarkiets nivåer. I en formelt helt korrekt oppbygget klassifikasjon er kategoriene på samme hierarkiske nivå gjensidig eksklusive. Det betyr at når en kategori i en klassifikasjon er inndelt i flere underkategorier, skal de egenskaper som kommer i tillegg til den overordnede kategoriens være unike for hver enkelt underkategori. Dessuten bør kategorier på samme hierarkiske nivå ha mest mulig ensartet spesifiseringsgrad.

ICF er utviklet i overensstemmelse med disse prinsippene.

Ved anvendelse av ICF er kjennskap til det underliggende begrepsapparat nødvendig for å forstå *hva* det er som klassifiseres. Kjennskap til klassifikasjonens struktur er nødvendig for å forstå *hvordan* den del av virkeligheten som avgrenses av ICFs omfang klassifiseres. Brukere som ønsker å nyttiggjøre seg ICFs begrepsapparat i sitt arbeid må være oppmerksomme på forskjellene mellom begrepsapparatet som sådan og klassifikasjonens struktur.

2.1 ICFs virkelighet

ICF klassifiserer *helsefaktorer*, som kan være knyttet til enhver side av menneskers helsetilstand, og *helserelaterte faktorer*, det vil si sosiale eller fysiske forhold som kan påvirke helsefaktorene. Disse helserelaterte

faktorene klassifiseres bare hvis de faktisk har en slik tilknytning til klassifiserte helsefaktorer. De samme faktorene kan ha stor sosial og økonomisk betydning, men hvis de ikke påvirker helsefaktorene, skal de ikke klassifiseres etter ICF.

Eksempler på dette er når personer diskrimineres på grunnlag av kjønn, religion eller rase, og hindres i sin livsutfoldelse på forskjellig vis. Diskriminerende holdninger og samfunnsforhold kan være helserelaterte faktorer, men også ha allmenne sosiale og politiske aspekter, og disse allmenne aspektene klassifiseres ikke etter ICF.

Sosiale forhold som fattigdom og arbeidsløshet klassifiseres heller ikke som sådan etter ICF, men kan ha helsemessig betydning. I slike tilfelle kan forskjellige konkrete konsekvenser av sosiale forhold være helserelaterte faktorer som klassifiseres etter ICF.

Det er en utbredt misforståelse at ICF bare handler om mennesker med funksjonshemming. I virkeligheten har den gyldighet for *alle mennesker*. Helsefaktorer og helserelaterte faktorer med tilknytning til alle slags helsetilstander kan beskrives ved hjelp av ICF.

Det begrepsmessige grunnlag for ICF er en forståelse av de dynamiske vekselvirkninger mellom ulike helsetilstander, helsefaktorer og helserelaterte faktorer, som vil bli noe nærmere omtalt i slutten av avsnitt 2.3 nedenfor. Men ikke alle slike faktorer lar seg klassifisere etter ICF, i hvert fall ikke slik ICF er utviklet i denne første utgaven. Det finnes derfor innenfor ICFs begrepsapparat også faktorer av stor helsemessig betydning som faller utenfor klassifikasjonens omfang. De omtales av hensyn til den allmenne forståelse av begrepsapparatet, men er ikke med i klassifikasjonens struktur.

2.2 ICFs omfang

Innenfor sin plassering i virkeligheten, beskriver ICF forhold som har å gjøre med menneskelig funksjon og innskrenkninger i den.

ICFs omfang kan beskrives slik:

Det begrepsmessige grunnlag for klassifikasjonen omfatter to hovedområder:

1. Funksjon og funksjonshemming
2. Kontekst

Emneområdene innenfor disse begrepsmessige hovedområdene er:

1. Funksjon og funksjonshemming

- *Kroppen*, hvor *funksjon* og *struktur* beskrives. Dette emneområdet er i klassifikasjonen representert i *delklassifikasjonene* Kroppsfunksjoner og Kroppsstrukturer, som er de to første av de fire delklassifikasjoner som ICF består av.
- *Aktivitet og deltagelse* omfatter alle sider av menneskelig utfoldelse, både som individ og i forhold til medmennesker. De er i klassifikasjonsstrukturen representert ved den tredje delklassifikasjonen, som bærer denne tittelen.

2. Kontekstuelle faktorer

Dette er sammenhengen mellom på den ene side funksjon og funksjonshemming og på den annen side helserelaterte forhold som har betydning for hvordan avvik i kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer påvirker en persons mulighet for aktivitet og deltagelse.

- *Miljøfaktorer* utgjør den ene typen kontekstuelle forhold. Det er ytre faktorer som kan påvirke alle sider av funksjon og funksjonshemming. De er representert i den fjerde og siste delklassifikasjonen, hvor de er ordnet først etter individets nærmiljø, dernest etter allmenne miljøforhold.
- *Personlige faktorer* er kontekstuelle forhold av stor begrepsmessig og praktisk betydning for aktivitet og deltagelse, men er ikke representert i klassifikasjonen. Det skyldes at de store samfunnsmessige og kulturelle forskjeller i oppfatningen av personlige faktorer gjør dem lite egnede for en ensartet klassifikasjon til verdensomspennende bruk.

ICF inneholder en allsidig representasjon av miljøfaktorer som er en vesentlig del av klassifikasjonen. Miljøfaktorer inngår i vekselvirkninger med alle elementer av funksjon og funksjonshemming. Det

handler om den hemmende eller fremmende virkning av særtrekk ved den fysiske, sosiale og holdningsmessige omverden.

2.3 Det underliggende begrepsapparat for ICF

I ICFs begrepsapparat, kan funksjon og funksjonshemming komme til uttrykk på to forskjellige måter.

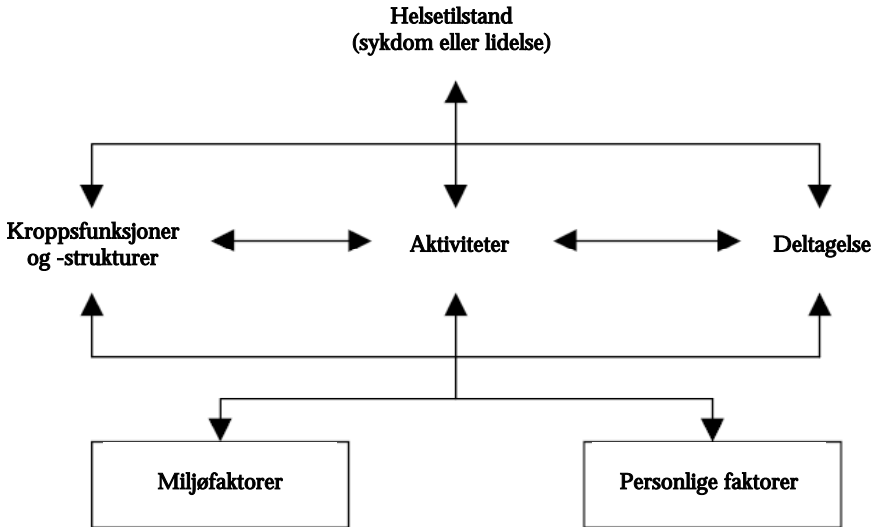
På den ene side kan problemfrie (altså nøytrale) sider av kroppsfunksjoner, aktivitet og deltagelse beskrives under samlebetegnelsen *funksjon*. På den annen side kan avvik fra det mulige eller vanlige, for eksempel nedsatt kroppsfunksjon, begrenset aktivitet eller innskrenket deltagelse, beskrives under samlebetegnelsen *funksjonshemming*.

Et menneskes funksjon og funksjonshemming oppfattes som dynamiske interaksjoner mellom helsetilstander (sykdommer, lidelser, skadetilstander osv) og kontekstuelle faktorer. Figur 1 nedenfor gjengir grafisk en forestilling man kan danne seg av disse interaksjonene.

Figuren kan forstås som et *resultat* av vekselvirkning mellom faktorene eller som en *prosess*, alt etter de behov som ligger til grunn for bruken av ICF.

Men ICF har ingen egne kodeelementer som beskriver prosessen, den må utledes ved sammenligning av de koder som registreres til ulike tidspunkter.

Fig. 1. Vekselvirkninger mellom helsetilstander, helsefaktorer og helserelaterede faktorer



Legg merke til at helsetilstandene (i toppen av figuren) ikke klassifiseres i ICF, de tilhører ICD-10. Personlige faktorer (nederst til høyre) klassifiseres som nevnt heller ikke i ICF.

Det finnes en rekke teoretiske arbeider om hva funksjon og funksjonshemming egentlig er, med til dels motstridende grunnsyn på disse fenomenene. Hovedretningene er en "medisinsk" forståelse, med fokus på rent helsemessige forhold og årsaker og en "sosial" forståelse. Sistnevnte betrakter funksjonshemming i hovedsak som skapt av samfunnsforhold, med fokus på full integrering av funksjonshemmede i samfunnet.

ICF bygger på en syntese av disse to motstående oppfatningene av funksjonshemming. Hensikten er å integrere biologiske, individorienterte og sosiale synsvinkler på helse i en sammenhengende forståelse.

2.4 Versjoner av ICF

ICF er utgitt i to versjoner for å møte ulike detaljeringsbehov ved forskjellige anvendelser. *Fullversjonen* av ICF inneholder detaljering på fra fire til seks hierarkiske nivåer. Alle kategorier på femte til sjette

hierarkiske nivå kan aggregeres til fjerde nivå. *Kortversjonen* av ICF er identisk med fullversjonen til og med fjerde hierarkiske nivå, men tar ikke med femte og sjette.

Det må her bemerkes at beskrivelsen av de hierarkiske nivåer i den originale veiledningen til ICF ikke svarer til klassifikasjonens virkelige struktur. Kortversjonens koder beskrives som *andre* nivå. Kapittelnivået regnes da som første nivå og blokknivået ignoreres, til tross for at det begrepsmessig utgjør et like naturlig hierarkisk nivå som kapittelnivået. Fullversjonen beskrives som *fjerde* nivå. I virkeligheten har kortversjonen fire nivåer, medregnet *delklassifisering* som det virkelige første nivå, og *blokk* som tredje. Fullversjonen er i virkeligheten utviklet i fire, fem eller seks nivåer i ulike deler av klassifikasjonen. Det er det sjette som er omtalt som fjerde nivå i originalen. For anvendelse av ICF i databaser og andre elektroniske formater er det viktig å forholde seg til den virkelige kategoristruktur. Se omtale av klassifikasjonens struktur i neste avsnitt.

3. Oversikt over ICFs struktur og strukturelementer

DEFINISJONER

Kroppsfunksjoner er organsystemenes fysiologiske funksjoner, inklusive mentale funksjoner.

Kroppsstrukturer er anatomiske deler av kroppen, som organer, lemmer og deres enkeltdeler.

Avvik er problemer ved kroppsfunksjoner og -strukturer, som ved feil eller tap av betydning.

Aktiviteter er et menneskes utførelse av oppgaver og handlinger.

Deltagelse er å engasjere seg i en livssituasjon.

Aktivitetsbegrensninger er vanskeligheter en person kan ha ved å utøve aktiviteter.

Deltagelsesinnskrenkninger er problemer en person kan oppleve ved deltagelse.

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

3.1 Klassifikasjonens enheter og tilleggs-elementer

ICF klassifiserer helse og helserelevante tilstander. Klassifikasjonens enheter er *kategorier* innefor hvert område av helsefaktorer og helserelevante faktorer. Det er viktig å merke seg at det ikke er *mennesker* som er klassifikasjonens enheter i ICF. Det innebærer at ICF ikke klassifiserer personene, men beskriver deres situasjon innenfor enkeltområder av helse- og helserelevante faktorer, relatert til miljøfaktorer.

For en mer fullstendig beskrivelse av de fenomener som klassifikasjonen kategoriserer, må kategorikodene tillegges *modifikatorer*, det vil si tilleggskoder lagt til kategorikoden med et skilletegn imellom. Disse gir en ytterligere beskrivelse av *avvik*⁵ i det forhold kategorikoden

⁵ *Avvik* er her valgt som en helt generell og verdinøytral betegnelse, som presiseres i de to første delklassifikasjonen. Det er særdeles viktig å forstå at

gjelder. I alle fire delklassifikasjoner finnes modifikatorer som gir en grov gradering av hvor omfattende avviket er. Avvik kan i prinsippet være både positive og negative, men i praksis finnes positive modifikatorer bare for Miljøfaktorer. Det finnes også modifikatorer som gir en nærmere kvalitativ beskrivelse av kategoriene og ulike modifikatorer for ulike aspekter av kategoriene. Noen av modifikatorene er frivillige tilleggselementer, og de fleste modifikatorer er uferdige, i den forstand at det må forsknings- og utviklingsarbeid til for å komme frem til konvensjoner og regler for gradering.

Mens begrepsapparatet som ligger til grunn for ICF, ble beskrevet i avsnitt 3 som inndelt i to hovedområder, hver med to underliggende emneområder, er den strukturelle oppbygningen av ICF slik at det finnes fire *delklassifikasjoner* (også kalt *dimensjoner*). De svarer *ikke* til de fire emneområdene i beskrivelsen av begrepsapparatet. De tre første delklassifikasjonene omfatter funksjon og funksjonshemming. Den fjerde omfatter det ene kontekstuelle emneområdet miljøfaktorer, mens det andre kontekstuelle emneområdet, personlige faktorer, ikke har latt seg klassifisere i ICF, og således ikke er med i klassifikasjonen i det hele tatt.

ICF er bygget opp av et hierarkisk system av *kategorier*, hvor hver kategori inneholder en kode⁶, en term, og informative elementer (se senere i avsnittet). Kategoriene på samme hierarkiske nivå er gjensidig eksklusive, og relasjonen mellom over- og underordnede kategorier er *generisk*. Det vil si at den underordnede kategori er en spesialisering av den overordnede: Den overordnede kategori er mer generell, mens underkategorien er en spesifikk type eller variant av den overordnede kategori.

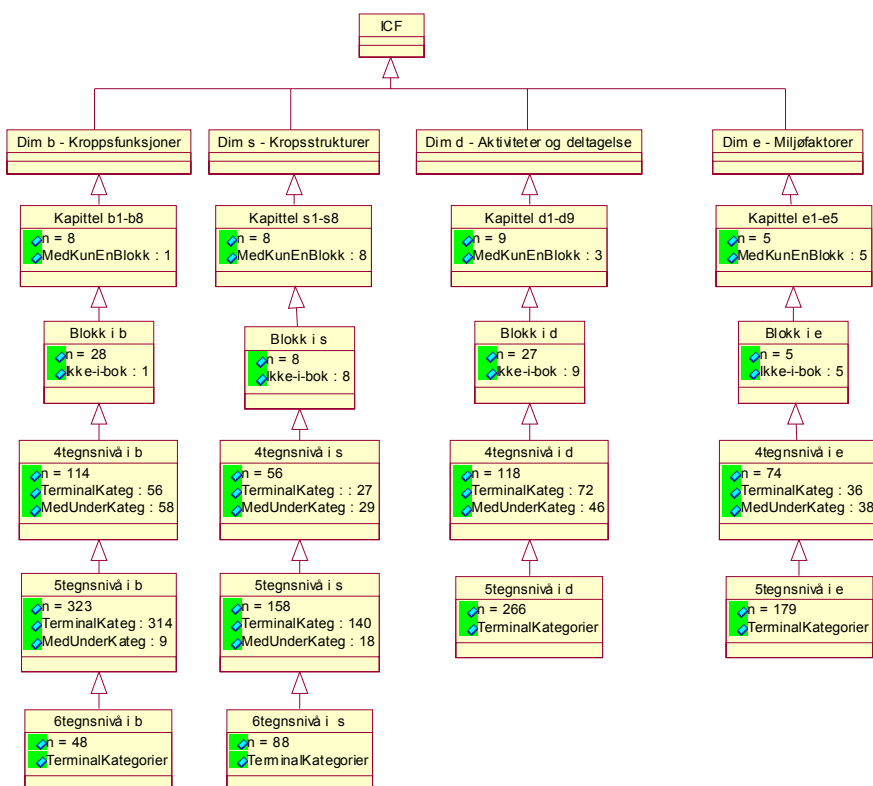
betegnelsen *avvik* knyttes til de enkelte *helsefaktorer*, ikke til *personen*. Det er ikke mulig å karakterisere en person som "avviker" ved hjelp av ICF.

Å assosiere funksjonsavvik med negativt ladete personkarakteristikk har intet med ICF å gjøre.

⁶ Eller, for *blokkenes* (se senere) vedkommende en kodesekvens.

I den grafiske fremstilling i Fig. 2 nedenfor er UML-notasjon⁷ benyttet. De generiske relasjonene angis ved piler med trekantet hode, hvor pilen peker mot den overordnede kategori.

Fig. 2: Kategoristruktur i ICF, full versjon



Med *terminale kategorier* menes her kategorier som ikke er inndelt i underkategorier, altså sluttnivået for detaljering.

⁷ Unified Modeling language, benyttet i denne og neste figur. Modellene er UML Logical View i noe forenklet gjengivelse, hvor ruten for ”egenskap” i klasseboksene er benyttet til mer uformell beskrivelse. For profesjonell datamodellering kan slike modeller raffineres på forskjellig måte, men den mer usofistikerte anvendelse i dette dokument er myntet på lesere som ikke er trent i datamodellering.

De hierarkiske nivåer i ICFs kategoristruktur er slik:

1. Første nivå (det høyeste) er de fire delklassifikasjoner i ICF. De kjennetegnes ved første posisjon i koden, som er alfabetisk: *b* for *Kroppsfunksjoner*, *s* for *Kroppsstrukturer*, *d* for *Aktiviteter og deltagelse* (se under avsnitt 3.3 om anvendelse av første posisjons bokstav i denne delklassifikasjonen), og *e* for Miljøfaktorer (environment).
2. Hver delklassifikasjon er delt inn i et antall *kapitler*. Kapitlene er nummerert innenfor hver delklassifikasjon. I en norsk utgaven tar vi dessuten med delklassifikasjonsbokstaven som sammen med kapittelnummeret utgjør en unik totegnskode, slik det også er gjort i WHO's Internett-søkeverktøy.
3. Tredje nivå er *blokkene* innenfor et kapittel. Blokkene er ikke karakterisert ved en egen posisjon i koden, men angis med et kodeintervall på neste hierarkiske nivå, for eksempel:

Spesifikke mentale funksjoner (b140-b489)

Enkelte kapitler (Ett av 8 i delklassifikasjon *b*, alle 8 i *s*, 3 av 9 i *d* og alle 5 i *e*) har bare én blokk, som man kan se av modellen i Fig 2. Siden blokken da er identisk med hele kapittelet, er den ikke markert i boken, men den er et nødvendig ledd i klassifikasjonens databasestruktur. Det er også slik at i de kapitler som har flere blokker, er blokkene et like naturlig nivå for aggregering av kategoriene som kapittelnivået er⁸.

4. Fjerde nivå er *firetegnskodene* som er terminale kategorier i kortversjonen. Det vil si at de ikke har underkategorier i kortversjonen. Også i fullversjonen er det mange kategorier

⁸ I beskrivelsen av struktur i originalboken benektes at blokkene utgjør et eget hierarkisk nivå. De karakteriseres som bare veiledende overskrifter. Men dette motsies ved at de underliggende firetegnskoder har koder for (andre og) uspesifiserte kategorier, med siste siffer 9, som annetsteds i veiledningen beskrives som identisk i meningsinnhold med overliggende kategori. Med en slik sistesiffer-9-kode for hver spesifisert blokk i et kapittel, er det logisk uomtvistelig at blokkene representerer et hierarkisk nivå i klassifikasjonen. Blokknivået er dessuten representert i databaseutgaven av klassifikasjonen, som er grunnlaget for WHO's søkeverktøy for ICF.

som ikke er inndelt videre enn til dette nivået. Som det fremgår av modellen er det 171 av 362 firetegnskoder som er inndelt i femtegnskoder.

5. Av 926 *femtegnskoder* er 27 videre inndelt i sekstegnskoder
6. Det er i alt 136 *sekstegnskoder*, som alle er terminale kategorier. De finnes bare i delklassifikasjonene *b* og *s*.

For å danne *komplette ICF-koder*, må de terminale kategorikodene tilføyes *modifikatorkoder*. Mens *kategorikodene* bare gir informasjon om hvilket problemområde det handler om, brukes modifikatorer for å gi en gradering av problemets alvorlighet. Det kan være flere modifikatorer knyttet til en kategorikode for å gradere ulike aspekter av problemet. For delklassifikasjonen *Kroppsstrukturer* finnes det også modifikatorer som angir arten av avvik og gir topografisk tilleggsinformasjon (lokalisasjon). Disse spørsmålene vil bli nærmere beskrevet under omtalen av de enkelte delklassifikasjoner.

Mellom kategorikode og modifikatorkoder settes et *skilletegn*. Som regel er skilletegnet *punktum*, men i delklassifikasjon *e* kan det også være et *plusstegn*, som brukes på den positive siden av en gradert skala.

Modifikatorene kan således i prinsippet karakterisere både positive og negative avvik, men i praksis er det bare for *Miljøfaktorer* at det er utviklet positiv gradering av en modifikator.

En nærmere beskrivelse av modifikatorene er gitt under omtalen av de enkelte delklassifikasjoner i klassifikasjonen etter delklassifikasjonsoverskriften, og i avsnitt 3.3.

Strukturen i ICF er altså slik at det finnes et stort, overordnet kodeverk for *kategoriene*, mens hver *modifikator* er en kode i et eget lite kodeverk. De komplette kodene er således sammensatte koder med bestanddeler fra mer enn ett kodeverk, såkalte *matrisekoder*. Det innebærer at mens kategorikodene kan aggregeres for statistikk til forskjellige overordnede hierarkiske nivåer – for eksempel fra full versjon av ICF til kortversjonen, kan de komplette kodene ikke aggregeres, fordi modifikatordelen av kodene ikke hører til samme begrepshierarki som kategorikoden.

Selv om modifikatorkodene er sifre, er det viktig å være klar over at sifrene utgjør generiske koder, ikke tallverdier som kan behandles

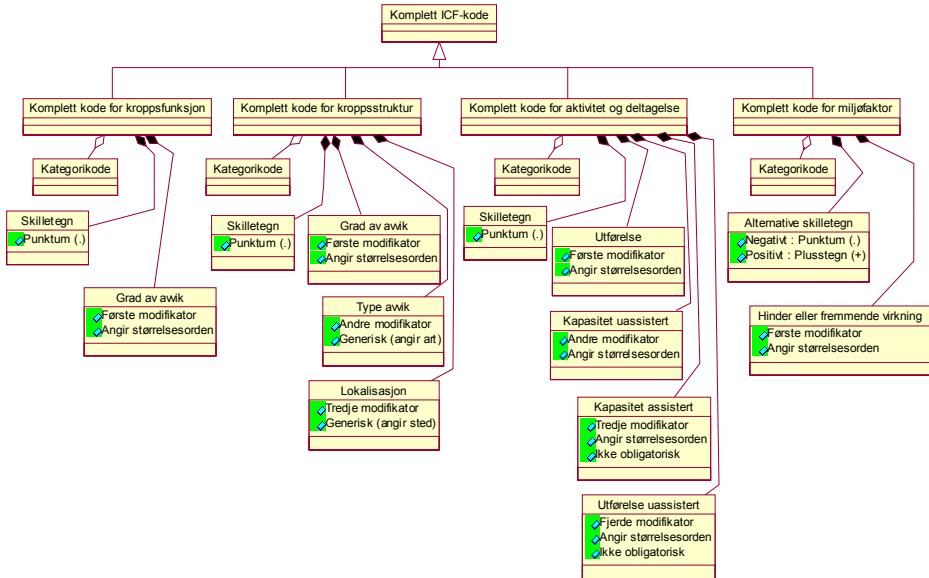
aritmetisk. Å regne gjennomsnitt av modifikatorkodesifre er like meningsløst som å regne gjennomsnitt av telefonnumre.

Den viktige praktiske konsekvens av dette er at hvis man ønsker å sammenligne et materiale klassifisert etter full versjon med et annet klassifisert etter kortversjonen, er det bare kategoriene som kan sammenlignes, ikke komplette koder fra begge systemene.

Nedenstående modell gir en oversikt over komplette koder fra de fire delklassifikasjoner, med kategorikode, skilletegn og modifikatorkoder.

Her er det igjen som i fig. 2, benyttet UML-notasjon, hvor pil med trekantet hode angir generiske relasjoner, der den underordnede klasse er en *type* av den overordnede. I tillegg kommer piler med rombeformet hode. Disse angir partitive relasjoner, det vil si at den underordnede klasse er en *bestanddel* av den overordnede. Pilen peker i begge tilfelle mot den overordnede klasse. Noen av de rombeformede pilhodene er fylte (svarte). Det angir at den underordnede klassen i haleenden av pilen er meningsløs (ikke kan eksistere) uten som del av den overordnede. Rent konkret angir disse pilene at mens kategori-koden alene har et visst meningsinnhold – den sier hva slags problemområde det gjelder – er en modifikatorkode uten tilknytning til en kategorikode helt meningsløs. En kode for gradering uten at man vet *hva* som er gradert gir ingen informasjon.

Fig. 3: Komplette ICF-koder – kategorikoder, skilletegn, modifikatorer



De *informative elementer* som er knyttet til kategoriene finnes på følgende nivå: Delklassifikasjon, kapittel og firetegn- til sekstegns-kategorinivå, men ikke på blokknivået.

Foruten selve tittelen på kategorien, finnes det som regel en *beskrivelse* av kategorien.

Kategoribeskrivelsen er ofte supplert med en *inklusionsmerknad* som eksemplifiser hva som hører med i kategorien. Det kan også være lagt til en *eksklusionsmerknad* i form av kryssreferanser til kategorier som man bør slå opp i hvis det kan være tvil om hvilken kategori et fenomen tilhører. Tilsammen gir beskrivelse, inklusjoner og eksklusjoner en operasjonell avgrensning⁹ av helsefaktorer og

⁹ I originalversjonen av ICF omtales dette som *definisjoner* av kategoriene, men selv om de informative elementene tilsammen i hovedsak er klare og praktisk anvendbare, er de formelt ikke utformet som definisjoner i terminologisk forstand.

helserelaterte faktorer, i motsetning til mer uformelle, sjargongmessige faguttrykk. De informative elementer i en kategori beskriver de vesentlige kjennetegn ved kategorien som art, egenskaper og relasjoner, og er utformet med tanke på at de også skal kunne legges til grunn for utarbeidelse av spørreskjemaer. Dessuten er de informative elementer utformet slik at de inngår som datafelter i databaseversjonen av ICF, med de muligheter for søk og spørringer som det medfører.

3.2 Kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer og avvik

Som definert ovenfor, er *kroppsfunksjoner* organsystemenes fysiologiske funksjoner, og *kroppsstrukturer* er anatomiske deler av kroppen.

*Avvik*¹⁰ er problemer med kroppsfunksjoner og -strukturer, som ved unormal funksjon eller anatomi.

- *Kroppen* betyr hele menneskeorganismen. Den omfatter også hjernen og dens funksjoner. Mentale funksjoner er derfor underforstått som tilhørende kroppsfunksjonene.
- De to delklassifikasjonene *Kroppsfunksjoner* og *Kroppsstrukturer* følger en praktisk, funksjonell inndeling av kroppens systemer. Kroppsstrukturene er derfor ikke inndelt etter *organer* som i en tradisjonell anatomisk lærebok. Selv om det ikke er fullt samsvar fra kapittel til kapittel i de to delklassifikasjonene (som originalveiledningen gir inntrykk av), følger inndelingen av kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer i hovedsak samme systematikk.
- Strukturelle avvik kan omfatte utviklingsfeil, følger av skader, tap eller andre avvik av betydning i kroppsstrukturer. De strukturavvik som er kodet etter ICF er slike som man kan legge merke til ved direkte observasjon, eller som man kan forstå av det man iaktar direkte. Strukturavvik på cellenivå eller molekylærbiologiske avvik klassifiseres ikke. Avvik er heller ikke identiske med patologisk-anatomiske tilstander, men kan være manifestasjoner av dem.
- Avvik beskrives i forhold til objektiv vurdering av hva som er innenfor det normale variasjonsområde i en normalbefolkning. Å avgjøre hva som skal regnes som avvik må utføres primært av de

¹⁰ Se fotnote 5, avsnitt 3.1.

personer som er faglig kvalifisert til å bedømme fysisk og mental funksjon i henhold til dette.

- Avvik kan være midlertidige eller permanente, i forverring, tilbakegang eller uten utvikling, vekslende eller vedvarende. Avviket fra referanseområdet i befolkningen kan være lett eller alvorlig, og kan svinge over tid. Disse karakteristika oppfanges i de komplette kodene, hovedsakelig ved hjelp av modifikatorer etter kodens skillepunktum.
- Avvik klassifiseres ikke etter årsak eller hvordan de har utviklet seg. For eksempel kan tap av synet eller av et lem være medfødt eller en følge av skade eller sykdom. Et avvik kan ha mer enn én årsak. Det kan skyldes flere forskjellige sykdommer, lidelser eller mentale tilstander.
- Avvik kan være en del av eller uttrykk for en helsetilstand, men behøver ikke nødvendigvis bety at det foreligger en sykdom, eller at vedkommende skal betraktes som syk.
- Avvik kan føre til andre avvik. For eksempel kan manglende muskelstyrke føre til nedsatte bevegelsesfunksjoner, hjertets funksjon kan ha sammenheng med åndedrettsfunksjonen, og nedsatt persepsjon kan henge sammen med tenkefunksjoner.
- Noen kategorier i *Kroppsfunksjoner* i ICF kan se ut til å være sammenfallende med kategorier i ICD-10, særlig når det gjelder symptomer og tegn. Men formålet med de to klassifikasjonene er forskjellig. ICD-10 klassifiserer symptomdiagnoser i et eget kapittel (XVIII) for å dokumentere morbiditet eller forbruk av helse-tjenester, mens ICF betrakter dem som del av kroppsfunksjonene, til bruk for forebygging eller identifikasjon av personens behov for hjelpemidler eller assistanse. Viktig i denne forbindelse er at delklassifikasjonene *Kroppsfunksjoner* og *Kroppsstrukturer* i ICF er utviklet for å brukes sammen med delklassifikasjonen *Aktiviteter og deltagelse*.
- Innenfor *kategoriene* klassifiseres avvik videre ved hjelp av modifikatorkodene. Felles for *Kroppsfunksjoner* og *Kroppsstrukturer* er en første modifikator som gir en gradering av avvikets alvorlighet etter kriterier som det i stor utstrekning gjenstår å utvikle ved forskning og konsensus. For *Kroppsstrukturer* finnes

dessuten en andre modifikator med koder for ulike *typer* avvik og en tredje for *lokalisasjon*, det vises til forklaring under overskriften til *delklassifikasjon s*, og til avsnitt 4.3.

- Kroppsfunksjoner påvirkes av ytre forhold som klassifiseres i delklassifikasjonen *Miljøfaktorer*. Eksempler på dette er hvordan respirasjonen påvirkes av luftkvaliteten, synet av lysforhold, hørselen av støy, oppmerksomhet av distraherende stimuli, balansen av underlagets egenskaper, temperaturreguleringen av klimatiske forhold.

3.3 Aktiviteter og deltagelse - aktivitetsbegrensninger og deltagelsesinnskrenkninger, utførelse og kapasitet

Som definert under avsnitt 3, er *Aktiviteter* et menneskes utførelse av oppgaver og handlinger, *deltagelse* å engasjere seg i en livssituasjon. *Aktivitetsbegrensninger* er vanskeligheter en person kan ha ved å utføre aktiviteter. *Deltagelsesinnskrenkninger* er problemer en person kan oppleve ved deltagelse.

- Delklassifikasjonen *Aktiviteter og deltagelse* inneholder *ett* sett av kategorier som dekker hele skalaen av livsområder. Men kategoriene i denne delklassifikasjonen skal kunne brukes til å kategorisere både aktiviteter og deltagelse, slik at det potensielt kan være *to* forskjellige koder for hver kategori. Når koden gjelder aktivitet, skal bokstaven *d* i kodens første posisjon erstattes med *a*, og når den gjelder deltagelse, skal den erstattes med *p*¹¹. Det er intet i veien for å bruke begge kodene i en kategori hvis man har til hensikt å registrere at kategorien gjelder *både* aktivitet og deltagelse, men se nærmere omtale under neste kulepunkt om regler for dette. Bare hvis det klassifiseres et materiale av undersøkelsesresultater eller lignende hvor det mangler informasjon om hvorvidt kategoriseringen gjelder aktivitet eller deltagelse skal det registreres koder med *d* i første posisjon.
- Det er også slik at det ved utarbeidelsen av ICF ikke har vært mulig å komme frem til én bestemt regel for hvilke kategorier i *Aktiviteter og deltagelse* som skal kunne brukes om aktiviteter,

¹¹ Av engelsk *participation* - deltagelse

hvilke om deltagelse, og hvilke om begge deler. Det er åpenbart at noen av kategoriene vil være lite aktuelle for aktiviteter, noen lite aktuelle for deltagelse, og noen kan like gjerne brukes om begge deler. ICF anviser fire forskjellige prinsipielle løsninger på problemet, som er omtalt og kommentert under avsnittet 4.2.

- Den nærmere beskrivelse av aktivitet eller deltagelse skjer, som i de øvrige delklassifikasjoner ved tillegg av *modifikatorer*. For delklassifikasjon *d* er modifikatorene koder for alvorlighetsgradering av *aktivitetsbegrensninger* og *deltagelsesinnskrenkninger*. Modifikatorene er utviklet for å beskrive to ulike aspekter av disse begrensningene og innskrenkningene: *Utførelse* og *kapasitet*.
- Modifikatoren *utførelse* beskriver hva en person presterer i sitt nåværende miljø. Fordi det nåværende miljø også omfatter sosiale og samfunnsmessige forhold, kan utførelse påvirkes av disse forholdene i tillegg til andre sider av personens livssituasjon. Livssituasjonen kan beskrives ved miljøfaktorer - alle sider av den fysiske, sosiale og holdningsmessige omverden som kan kodes ved hjelp av delklassifikasjonen *Miljøfaktorer*.
- Utførelse kan kodes for både aktiviteter og deltagelse.
- Modifikatoren *kapasitet* beskriver en persons *mulighet for* å utføre en oppgave eller handling. Denne modifikatoren tar sikte på å vise det høyeste sannsynlige nivå som en person kan oppnå innenfor en gitt kategori på et gitt tidspunkt. For å kunne sammenligne *kapasitet* i materialer fra ulike miljøer, er det ikke så hensiktsmessig å legge *optimale* betingelser for utførelse til grunn, da det som er optimalt vil kunne variere sterkt i ulike miljøer og kulturer. Kapasitetsmodifikatoren bygger derfor på forestillingen om et ”standardisert” miljø for å utligne virkningene av forskjellige miljøforhold på det aktuelle ferdighetsnivå. Et slikt standardisert miljø kunne være: (a) et virkelig miljø i vanlig bruk for kapasitetsbedømmelse under testbetingelser, eller (b) i tilfelle hvor dette ikke lar seg gjennomføre, et miljø man kan forestille seg som kan tenkes å ha en ensartet virkning. Dette miljøet kan kalles et *referanse- eller standardmiljø*. Det er altså slik at kapasitet gjenspeiler en persons ferdighet ved justering av miljøet. For å tillate internasjonale sammenligninger, måtte justeringen være til samme miljø for alle mennesker i alle land. Mer presist kan særegenhetene ved referanse-

eller standardmiljøet kodes ved bruk av delklassifikasjonen for Miljøfaktorer. Avstanden mellom kapasitet og utførelse gjenspeiler forskjellen mellom virkningene av det nåværende miljø og standardmiljøet, og gir således en nyttig veiledning om hva som kan gjøres med miljøet for å forbedre utførelsen. Men det gjenstår omfattende internasjonalt utviklingsarbeid for å avgrense hva som skal være referanse- eller standardmiljø for de ulike kategoriene.

- Kapasitetsmodifikatoren kan i praksis kun brukes for *aktiviteter*, fordi det er vanskelig å tenke seg beskrevne standardmiljøer for *deltagelse*. WHO har ikke eksplisitt gjort kapasitetsmodifikatoren ugyldig for *deltagelse*, men i kodeeksempler på dette i vedlegg 3 til boken, er kapasitetsmodifikator for *deltagelse* ikke tatt med.
- I tillegg til beskrivelsen av *utførelse* og *kapasitet* ovenfor, kan man tenke seg å beskrive begge disse aspektene med og uten tekniske hjelpemidler eller personlig assistanse. Selv om verken tekniske hjelpemidler eller personlig assistanse eliminerer *avvik i kroppsfunksjoner eller kroppsstrukturer*, kan de fjerne *aktivitetsbegrensninger* på bestemte områder. Koding som fanger opp dette vil være særlig nyttig for å fastslå i hvilken utstrekning en persons funksjon ville begrenses uten tekniske hjelpemidler eller assistanse, eller bedres med hjelpemidler eller assistanse. For dette formålet er det utviklet ytterligere to modifikatorer: *Kapasitet assistert* (med assistanse eller hjelpemidler som ikke hører med i referanse- eller standardmiljøet) og *utførelse uassistert* (altså uten assistanse eller hjelpemidler som pasienten i sitt faktiske miljø rår over). Se også avsnitt 4.4 om de to ikke-obligatoriske modifikatorer for dette.
- Aktivitetsbegrensninger og deltagelsesinnskrenkninger bedømmes mot en allment akseptert standard for befolkningen. Begrensning og innskrenkning registrerer uoverensstemmelsene mellom observert og forventet utførelse. Forventet utførelse er befolkningsnormen som representerer det mennesker uten det aktuelle helseproblem (sykdommer, lidelser, skadetilstander, etc) erfarer. Den samme norm benyttes i kapasitetsmodifikatoren, slik at man kan trekke slutninger om hva som kan gjøres med vedkommendes miljø for å forbedre utførelsen.
- Det sosiale miljø kan direkte medføre utførelsesproblemer, selv i fravær av funksjonsavvik hos en person. For eksempel, kan en

person som er HIV-positiv, men uten manifest sykdom, eller noen som har genetisk anlegg for en bestemt sykdom, være helt uten funksjonsavvik eller nedsatt arbeidsevne, men likevel være hindret på grunn av at vedkommende nektes adgang til tjenester, diskrimineres eller stigmatiseres.

3.4 Miljøfaktorer

Den fullstendige sammenheng mellom en persons helseforhold og andre forhold i personens liv og livsførsel representeres i ICFs underliggende begrepsapparat av *kontekstuelle faktorer*. De omfatter miljøfaktorer og personlige faktorer som kan ha virkning på et menneske med en helsetilstand og på vedkommendes helse- og helserelaterte tilstander. Siden personlige faktorer ikke kan klassifiseres i ICF, omtales bare miljøfaktorene her.

Miljøfaktorer utgjør det fysiske, sosiale og holdningsmessige miljø for menneskers liv og livsutfoldelse. Dette er utenforliggende faktorer som kan ha positiv eller negativ innflytelse på en persons utførelse av aktiviteter og deltagelse som samfunnsmedlem, på personens kapasitet for aktiviteter, og på kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer.

- Miljøfaktorer er i klassifikasjonen ordnet etter to forskjellige plan:

Det individuelle plan omfatter en persons nærmiljø, inklusive områder som hjem, arbeidsplass og skole. Her inngår de fysiske og materielle særtrekk et menneske står overfor i sitt miljø, dessuten direkte kontakt med andre mennesker, som familie, kjente, likemenn og fremmede.

Det samfunnsmessige plan omfatter formelle og uformelle sosiale strukturer, tjenester, normer og systemer som har virkning på enkeltmennesker i et samfunn eller en kultur. Dette planet omfatter organisasjoner og tjenester med tilknytning til arbeidsmiljø, samfunnsvirksomheter, offentlige myndigheter, kommunikasjons- og transporttjenester og uformelle sosiale nettverk, dessuten lover og forskrifter, formelle og uformelle regler, holdninger og ideologier.

- *Miljøfaktorer* påvirker alle de tre øvrige delklassifikasjoner i ICF. Den nærmere beskrivelse av virkningene på *Kroppsfunksjoner*, *Kroppsstrukturer* og *Aktiviter og deltagelse* må bygge på resultatene av fremtidig vitenskapelig arbeid. Betydningen av miljøfaktorer for

funksjonshemming er ikke absolutt. Den kan variere sterkt, avhengig av hva slags andre helse- og helserelaterte faktorer som er tilstede, og av de *personlige faktorer* som ikke kan klassifiseres etter ICF¹². Derfor kan ulike miljøer ha høyst forskjellig virkning på samme person med en gitt helsetilstand. Et miljø med hemmende faktorer eller uten fremmede faktorer vil innskrenke vedkommendes utførelse. Andre miljøer som er mer fremmede, kan øke utførelsen. Samfunnet kan hemme et menneskes utførelse av aktiviteter eller deltagelse fordi det enten skaper hindringer (for eksempel utilgjengelige bygninger) eller ved mangel på fremmede faktorer (for eksempel ved utilgjengelighet av tekniske hjelpemidler).

¹² Eksempler på personlige faktorer i ICFs begrepsapparat er kjønn, alder, rase (etnisk tilhørighet), fysisk form, livsstil, vaner, oppdragelse, holdning til å mestre problemer, vilje, motivering og andre mentale ressursfaktorer og personlige særtrekk. Selv om de ikke kan klassifiseres i ICF, er personlige faktorer nødvendige ledd i forståelsen av hele den helserelaterte situasjonssammenheng.

4. Kodeveiledning

ICF gir med sitt store og allsidige omfang store valgmuligheter for anvendelse av klassifikasjonen. Hvis man vil gå til ytterligheten, er det teoretisk mulig å anvende hver eneste kategori i klassifikasjonen på hvert eneste menneske i verden. Flertallet av de terminale kategori-kodene må da formodes å måtte kobles til en (første) modifikator .0 ("intet problem") for å danne den komplette koden. Dette er ikke et praktisk problem, for det er vanskelig å se noen realisme i en slik "total" anvendelse av klassifikasjonen, selv i små undersøkelsesmaterialer. I den andre enden av spektret har man anvendelse for et snevert utvalg av funksjonshemninger, hvor man anvender et begrenset utvalg av koder på et lite utvalg av problemer. Klassifikasjonen skal også kunne anvendes av mange faggrupper innenfor forskjellige typer virksomhet.

Når en klassifikasjon har en slik spennvidde, må det nødvendigvis medføre store problemer med å utforme regler og veiledning for praktisk koding som kan danne grunnlag for statistisk bearbeidelse av resultater i større målestokk.

I tillegg til ovennevnte grunnforutsetning, er det to forhold som gjør dette komplisert:

- På noen områder anviser ICF i originalversjonen flere alternative koderegler.
- På alle områder mangler det konvensjoner for hvordan de graderte skalaer for modifikatorkodene skal forstås og anvendes. En praktisk anvendelse i større målestokk er avhengig av videre forsknings- og utviklingsarbeid.

Situasjonen er således at ved innføringen av ICF i Norge, eller for den saks skyld i et hvilket som helst land, er det kun *kategoriene* som kan anvendes til sammenligninger på nasjonalt plan eller i annen større målestokk. Det er både mulig og ønskelig å ta i bruk så snart det er mulig regler for bruk av *modifikatorene* ad hoc, lokalt, eller spesialitetsinternt, men slike regler vil ikke kunne bli allmenngyldige uten et bredt samarbeide mellom de fagområder som skal bruke klassifikasjonen på nasjonalt og regionalt nivå – og lengre frem i tiden forhåpentligvis i større internasjonal sammenheng.

Det er som omtalt innledningsvis etablert en nasjonal faglig referansegruppe for ICF som skal videreføre arbeidet med å støtte innføring og bruk av ICF i Norge. Norge deltar også i den omtalte nordiske referansegruppen, som har til oppgave å arbeide for nordisk konsensus om koderegler og samarbeid om utviklingsarbeid og konvensjoner for bruk av modifikatorer. Motivasjonen for dette i de fagområder som vil utgjøre de viktigste brukere av klassifikasjonen er høy.

I fortsettelsen av dette avsnittet gjøres det rede for regler og alternativer for ICF-koding så langt man kan hente dem fra ICF originalmateriale. Der det finnes uklarheter og valgmuligheter, er det lagt fotnoter til teksten i den utstrekning det er mulig å peke på oppfatninger som synes å være fremherskende i norske og nordiske fagmiljøer. Det presiseres at disse fotnotene bare er til orientering, og ikke kan oppfattes som normgivende. Det finnes hittil intet grunnlag for regler eller anbefalinger utover det internasjonale originalmaterialet.

4.1 Valg av kategorikoder

Ved klassifikasjon av et enkelttilfelle, kan det brukes flere koder som kan være uavhengige av hverandre eller beskrive flere sider av samme problem. Se også avsnitt 4.4.

Kodeverket inneholder i seg selv ingen mekanismer for markering av hvilke koder som har sammenheng med hverandre, og hvilke som ikke hører sammen. Slik funksjonalitet bør stilles som krav ved implementering av klassifikasjonen i elektroniske journal- og pasientsystemer.

4.2 Anvendelse av koder for Aktiviteter og deltagelse

Det vises til definisjonene av *aktivitet* og *deltagelse* i avsnitt 4 og 4.3. Som omtalt i sistnevnte avsnitt inneholder *delklassifikasjon d* ett sett av kategorier som dekker hele skalaen av livsområder. Men kategoriene i denne delklassifikasjonen skal brukes til å klassifisere både aktiviteter og deltagelse, slik at det potensielt kan være *to* forskjellige koder for hver kategori. Når koden gjelder aktivitet, skal bokstaven *d* i kodens første posisjon erstattes med *a*, og når den gjelder deltagelse, skal den erstattes med *p*. Det er intet i veien for å bruke begge kodene i en kategori hvis man har til hensikt å registrere at kategorien gjelder *både* aktivitet og deltagelse. Bare hvis det klassifiseres et materiale av undersøkelsesresultater eller lignende hvor det mangler informasjon

om kategoriseringen gjelder aktivitet eller deltagelse skal det registreres koder med *d* i første posisjon.

Ser man gjennom listen over kapitler i *Aktiviteter og deltagelse*, er det åpenbart at noen av kapitlene må være mest aktuelle som aktiviteter og noen mest aktuelle som deltagelse. Det finnes ikke én fast regel for hvordan dette skal anvendes i praktisk kodearbeid.

WHO har i ICF oppstilt fire valgmuligheter for koding av *aktivitet* og *deltagelse*:

I Kategoriene fordeles på et sett aktivitetskategorier og et sett deltagelseskategorier, ingen kategori kan anvendes for både aktivitet og deltagelse

Hvis dette gjøres kapittelvis, hvilket ikke er noen forutsetning, det gjør det bare enklere å illustrere prinsippet, kunne som for eksempel kapitlene fordeles slik – eksempelet er ikke å oppfatte som en anbefaling eller et forslag:

a1 Læring og kunnskaps-
anvendelse

a2 Allmenne oppgaver og
krav

a4 Mobilitet

a5 Egenomsorg

a6 Hjemmeliv

p3 Kommunikasjon

p7 Mellommenneskelige interaksjoner og
relasjoner

p8 Viktige livsområder

p9 Samfunnsliv og sosiale livsområder

II Kategoriene fordeles på et sett aktivitetskategorier og et sett deltakelseskategorier, men noen kategorier plasseres i begge, slik at de kan brukes om både *aktiviteter* og *deltagelse*¹³

Hvis dette igjen, bare for å illustrere prinsippet, gjøres kapittelvis, kunne som eksempel fordelingslisten for kapitlene bli slik. Eksempelet er ikke å oppfatte som en anbefaling eller et forslag:

- | | |
|----------------------------------|---|
| a1 Læring og kunnskapsanvendelse | |
| a2 Allmenne oppgaver og krav | |
| a3 Kommunikasjon | p3 Kommunikasjon |
| a4 Mobilitet | p4 Mobilitet |
| a5 Egenomsorg | |
| a6 Hjemmeliv | p6 Hjemmeliv |
| | p7 Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner |
| | p8 Viktige livsområder |
| | p9 Samfunnsliv og sosiale livsområder |

III Detaljerte kategorier defineres som *aktiviteter* og overordnede kategorier som *deltagelse*

Denne løsningen går ut på at overordnede kategorier på et nivå som brukeren selv bestemmer (for eksempel kapitelnivå eller kortversjonsnivå) defineres som *deltagelse*, mens detaljerte (underordnede) kategorier (for eksempel de terminale kategoriene i fullversjonen) defineres som *aktiviteter*.¹⁴

¹³ De to delte løsningene etter valgmulighet I og II foretrekkes spesielt av visse land, hvor eksisterende forsikringsordninger har behov for en slik avgrensning.

¹⁴ Det må påpekes at de nordiske fagmiljøene som har vært involvert i utvikling og anvendelse av ICF unisont stiller seg uforstående og avvisende til denne løsningen.

IV Alle kategorier tillates brukt som både *aktiviteter* og *deltagelse*

Her legges ingen begrensninger på anvendelsen av kategoriene, de kan anvendes om aktivitet, deltagelse, eller begge deler.¹⁵

4.3 Modifikatorcoder i de fire delklassifikasjonene

- ICF kodene må kompletteres med tallkoder for *modifikator*, som i de fleste tilfelle representerer en *gradering* av det aktuelle helserelaterte forhold, for eksempel alvorlighetsgraden av et problem. For Kroppsstrukturer finnes dessuten en andre modifikator for strukturavvikets *art* og en foreslått tredje modifikator for *hvor* strukturavviket forekommer.
- Modifikatorkodene tilføyes i form av ett siffer for hver modifikator etter et skillepunktum i koden. Rekkefølgen av sifrene skal følge rekkefølgen som er oppført ved ordenstall i redegjørelsen for modifikatorer under overskriften til hver enkelt delklassifikasjon. Den er gjengitt i Fig. 3 (avsnitt 4.1).
- Alle modifikatorcoder unntatt de nevnte for avvikets art og lokalisasjon under *Kroppsstrukturer*, beskriver graden av problemer i det angjeldende element, etter samme graderingsskala i alle fire delklassifikasjoner.

Ordet *problem* i tabellen nedenfor erstatter betegnelsene *avvik*, *vanskelighet* og *hinder* i tabellene som er gjengitt under delklassifikasjonsoverskriftene. Skalaen ser slik ut:

¹⁵ Denne løsningen er det høy grad av enighet om å foretrekke i de norske og nordiske fagmiljøene som har vært involvert. Resonnementet er at selv om noen kategorier klart utpeker seg som rene aktivitetskategorier, og noen som ren deltagelse, vil dette best kunne avklares ved erfaring. Man er i prinsippet ikke avvisende til en løsning for eksempel etter valgmulighet II, men mener den bør bygge på erfaringsmateriale ved den friere anvendelse etter valgmulighet IV.

| | | | |
|----|-----------------|---------------------------------------|---------|
| .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 ...) | 96-100% |
| .8 | Uspesifisert | | |
| .9 | Ikke anvendbar | | |

- For Miljøfaktorer er det dessuten utviklet en tilsvarende *positiv* skala for *fremmede virkning* av miljøfaktorer, markert ved at det vanlige skilletegnet punktum som angir negativ skala, erstattes med plusstegn som skilletegn.¹⁶

| | | | |
|----|--------------------------------|-------------------------------------|---------|
| +0 | INGEN fremmede virkning | (ingen, fraværende, ubetydelig ...) | 0-4% |
| +1 | LITEN fremmede virkning | (lett, lavgradig...) | 5-24% |
| +2 | MIDDELS fremmede virkning | (middels uttalt ...) | 25-49% |
| +3 | STOR fremmede virkning | (betydelig, ekstrem ...) | 50-95% |
| +4 | TOTALT fremmede virkning | (fullstendig ...) | 96-100% |
| +8 | Uspesifisert fremmede virkning | | |

¹⁶ I bokens vedlegg 2 er det anført at brukere selv kan utvikle positive modifikatorer for de øvrige delklassifikasjoner, men uten noen form for standardisering vil en slik tilpasning bare kunne ha lokal anvendelse.

- For noen funksjoner eksisterer det eller kan det utvikles tester som gjør en prosentvis gradering av funksjonsavvik eller aktivitetsbegrensninger meningsfylt og forholdsvis nøyaktig. Det vil da for eksempel kunne gjøres matematiske beregninger på testresultater.

Men for mange funksjoner er en slik angivelse av testresultater i prosent av normal funksjon ikke aktuell eller meningsfylt. Man må da forholde seg til de mer generelle beskrivelser i tabellens andre kolonne, og la prosentangivelsene tjene som en grov veiledning.

- For *aktivitet* under delklassifikasjonen *Aktiviteter og deltagelse* er det to obligatoriske modifikatorer, første modifikator *utførelse*, og andre modifikator *kapasitet*. Disse modifikatorene og bruken av dem er beskrevet i avsnitt 4.2. For *Deltagelse* anvendes bare den første av disse modifikatorene.

For å muliggjøre en beskrivelse av *utførelse* og *kapasitet* under andre betingelser enn de aktuelle og referanse- eller standardmiljøbetingelsene, er det utviklet en tredje modifikator *kapasitet assistert* som gjelder tenkt funksjon med hjelpemidler som ikke er med i standardmiljøet, og *utførelse uassistert*, som gjelder utførelse uten hjelpemidler som personen hvis funksjon klassifiseres faktisk har til rådighet i sitt aktuelle miljø. Disse hypotetiske modifikatorene er ikke obligatoriske.¹⁷

4.4 Kobling av koder fra *Miljøfaktorer* til koder fra de øvrige delklassifikasjoner

Et annet uløst problem i anvendelsen av ICF er hvordan koder fra *Miljøfaktorer* (nedenfor kalt *e-koder*) skal kobles til koder fra de øvrige delklassifikasjoner, spesielt *Kroppsfunksjoner* og *Aktiviteter og deltagelse*.

Det er tre mulige konvensjoner:

- I *Miljøfaktorer* kodes uavhengig av øvrige helse- og helserelevante faktorer, uten kobling til koder fra de øvrige delklassifikasjonene

¹⁷ Inntil det er utviklet konvensjoner for referanse- eller standardmiljø for de utlike kategorier av *Aktiviteter* og *deltagelse*, er det ingen mulighet for ensartet anvendelse av disse to ikke-obligatoriske modifikatorene.

- II Hver *e-kode* kobles til en bestemt kode for *Kroppsfunksjoner*, *Kroppsstrukturer* (antageligvis ikke så ofte aktuelt) og *Aktiviteter og deltagelse*.
- III Som II, men med den forskjell at hver *e-kode* knyttes separat til *utførelse* eller *kapasitet* for *aktivitet*, slik at *e-koden* beskriver hva som hindrer eller fremmer utførelsen, eller hva som mangler eller finnes i tillegg i forhold til referanse- eller standardmiljøet i *kapasitet*.

Det er inntil videre ikke mulig å gi noen anbefaling eller nasjonal regel om hvilken av disse konvensjoner som bør velges i Norge.

Det må påpekes at koblinger som beskrevet ovenfor ikke kan implementeres ved hjelp av kodeverket alene, men må ivaretas ved funksjonalitet i de registre og systemer som klassifikasjonen skal anvendes i.

