

Hur kan ICF användas?

En manual för användning av *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)*

Detta är Socialstyrelsens svenska översättning av World Health Organization:s How to use the ICF: A practical manual guide for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013: Geneva: WHO.

Manualens övergripande mål är att ge information om hur ICF kan tillämpas i praktiken och ger även exempel på hur ICF används inom olika områden.

Ann-Helene Almborg, enheten för klassifikationer och terminologi, har ansvarat för översättningsarbetet, som har utförts av auktoriserade översättare. Ansvarig enhetschef har varit Kristina Bränd Persson.

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN 978-91-7555-367-2

Artikelnummer 2016-2-2

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2016

Korrigerad 2016-02-24: s 33 har WHO 2001 ersatts med [1], s 52 har referens 38 tagits bort, s 89 har (OECD 2003) ersatts med [55], s 103 och 104 har referens nr 54 och nr 59 skiftat plats.

Förord till ICF-manualen

Varför ska jag läsa denna manual?

Den här manualen vänder sig till alla som är intresserade av att lära sig mer om hur man använder Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF), Världshälsoorganisationen (WHO) [1]. ICF används i dag i många olika sammanhang och för många olika ändamål världen över. Den kan användas som ett verktyg för statistiska, forskningsrelaterade, kliniska, socialpolitiska eller utbildningsrelaterade syften. Den tillämpas, inte bara inom hälsosektorn, utan även inom områden som försäkringsbolag, socialförsäkring, arbetsliv, utbildning, ekonomi samt vid utveckling av policyer eller lagstiftning och miljöanpassningar.

Personer som är intresserade av funktionstillstånd och funktionshinder och letar efter sätt att tillämpa ICF kan få ha hjälp av denna manual. Den ger en mängd information om hur ICF kan tillämpas i olika situationer. Den bygger på olika ICF-användares förvärvade expertis, kunskaper och bedömning inom sina respektive arbetsområden och är avsedd att användas tillsammans med ICF.

ICF-manualen ger information om hur du använder ICF.

Vad får jag lära mig genom att läsa denna manual?

Manualen ger vägledning kring hur ICF-begreppen och ICF-strukturen kan tillämpas i praktiken, till exempel inom:

- kodning och statistisk användning
- klinisk dokumentation
- utbildning
- socialpolitik och sociala program
- påverkansarbete och egenmakt.

ICF har utvecklats sedan 2001. Manualen beskriver **praktiska exempel på** hur ICF har använts och för samman erfarenheter från olika länder och sammanhang sedan ICF introducerades.

Läsaren får en översikt över vanliga frågor som är förenade med användningen av ICF och exempel på hur ICF har tillämpats av andra.

Manualen förutsätter grundläggande kunskaper om ICF, dess filosofi och dess principer samt nödvändiga färdigheter och erfarenheter som har relevans för specifika tillämpningar, till exempel kodning med ICF. Den kompletterar befintlig(a) information, rekommendationer och verktyg, genom att ge exempel på tillämpningar av ICF. Den ersätter dock inte riktlinjerna för bästa praxis och uppdaterade metodstandarder för särskilda användargrupper, såsom kliniker, statistiker och pedagoger.

ICF-manualen ger många exempel på hur ICF har använts.

Hur är manualen uppbyggd?

Manualen är organiserad i ett ”**Frågor och svar**”-format för att hjälpa läsaren hitta rätt information.

Manualen ger en mängd information till stöd för användningen av ICF och ger även källhänvisningar för denna information.

Det första kapitlet, ”Komma igång med ICF”, innehåller grundläggande information om ICF och hur den används.

Följande kapitel ”Beskriva funktionstillstånd” ger information om ICF:s kodningsstruktur och hur den ska användas. Kapitlet belyser samtidigt vanliga problem som det kan vara bra för användarna att notera vid dokumentation av funktionstillstånd och funktionshinder.

De efterföljande kapitlen ger information om hur ICF kan användas för en rad olika ändamål, i olika sammanhang och med olika aktörer. De här avsnitten lägger fokus på specifika tillämpningsområden, till exempel

- kliniska sammanhang
- samhällets stödinsatser
- inkomststöd
- populationsbaserade tillämpningar
- utbildningssystem
- policy- och programutveckling
- påverkansarbete.

Texttrutor används i hela manualen för att illustrera hur ICF har använts världen över.

ICF-manualen är uppbyggd enligt ett format med vanliga frågor och svar.

Varför skrevs manualen?

Vid tidpunkten för den första utgåvan av den här manualen har ICF använts i lite drygt ett årtionde. Under den här tiden har olika erfarenheter samlats, och det kan vara användbart för nya användare att kunna få tillgång till och lära sig av dessa erfarenheter.

Manualen belyser även ett antal fallgropar som bör undvikas och ger exempel på framgångsrika tillämpningar, så att kunskaperna om ICF-användning sprids till så många och så olika användare som möjligt.

ICF-manualen ger konkreta exempel på hur ICF kan användas.

Innehåll

| | |
|--|----|
| Förord till ICF-manualen | 3 |
| Varför ska jag läsa denna manual? | 3 |
| Vad får jag lära mig genom att läsa denna manual? | 3 |
| Hur är manualen uppbyggd? | 4 |
| Varför skrevs manualen? | 4 |
| 1 Komma igång med ICF | 9 |
| 1.1 Vad är ICF? | 9 |
| 1.2 Hur kan jag använda ICF? | 13 |
| 1.3 Vad klassificerar ICF? | 19 |
| 1.4 Hur är en klassifikation som ICF relaterad till elektroniska journaler? | 21 |
| 2 Beskriva funktionstillstånd | 23 |
| 2.1 Hur kan jag använda ICF för att beskriva funktionstillstånd? | 23 |
| 2.2 Hur ser ICF:s kodningsstruktur ut? | 27 |
| 2.3 Hur beskriver jag kroppsfunktioner och kroppsstrukturer med kodstrukturen i ICF? | 29 |
| 2.4 Hur kan jag beskriva aktiviteter och delaktighet med ICF? | 31 |
| 2.5 Hur kan jag beskriva omgivningens påverkan med ICF? | 34 |
| 2.6 Hur kan jag använda personliga faktorer? | 35 |
| 2.7 Hur kan jag använda ICF med befintliga beskrivningar av funktionstillstånd? | 36 |
| 3 Använda ICF inom klinisk praxis och utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal | 39 |
| 3.1 Kan ICF användas för att förbättra hälso- och sjukvårdspersonalens utbildning? | 39 |
| 3.2 Hur kan ICF användas inom utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal? | 41 |
| 3.3 Hur kan jag använda ICF för att beskriva funktionstillstånd i klinisk praxis? | 44 |
| 3.4 Hur är ICF relaterad till medicinsk diagnos? | 51 |
| 3.5 Vilka är fördelarna med att använda ICF som ett gemensamt språk i kliniska miljöer? | 53 |
| 3.6. Hur kan ICF användas för att utvärdera insatsers resultat? | 55 |
| 4 Använda ICF för samhällets stödinsatser och ekonomiskt stöd | 57 |
| 4.1 Varför ska man använda ICF för stödinsatser och ekonomiskt stöd? | 57 |
| 4.2 Hur kan ICF bistå med planeringen av service och tjänster? | 58 |
| 4.3 Hur kan ICF användas för att fastställa rätten till stöd? | 59 |
| 4.4 Kan ICF stödja förbättrad integration och hantering av service och | |

| | |
|--|----|
| tjänster?..... | 62 |
| 4.5 Varför är ICF ett användbart ramverk för att bedöma kvaliteten hos service och tjänster?..... | 63 |
| 5 Använda ICF för populations-baserade befolkningsstudier eller undersökningsdata..... | 65 |
| 5.1 Kan ICF bidra med information till populationsbaserade datainsamlingar? | 65 |
| 5.2 Vad är skillnaden mellan att samla in enkätdata och kliniska data? | 67 |
| 5.3 Vilken är utgångspunkten vid användning av ICF i befolkningsstudier och undersökningar?..... | 68 |
| 5.4 Hur kan undersökningars syften hänga samman med ICF?..... | 69 |
| 5.5 Kan standard-uppsättningar av frågor användas? | 69 |
| 5.6 Vad innebär utformningen och testningen av relevanta undersökningsfrågor? | 72 |
| 5.7 Bör analysen av data och tolkningen av resultat också utföras enligt ICF?..... | 74 |
| 5.8 Vilka relevanta uppsättningar av frågor finns det i dag?..... | 74 |
| 5.9 Hur kan populationsdata hjälpa till att undersöka resultat om jämlikhet?..... | 77 |
| 6 Använda ICF i utbildningssystem | 79 |
| 6.1 Är ICF användbar i utbildningssammanhang? | 79 |
| 6.2 Kan ICF hjälpa till att överbygga mellan diagnostisk information och utbildningsinformation? | 79 |
| 6.3 Kan ICF användas för bedömning inom utbildning? | 80 |
| 6.4 Kan ICF användas för att förstå delaktighet i utbildning?..... | 81 |
| 6.5 Kan ICF användas för att analysera utbildningsmiljöer? | 81 |
| 6.6 Kan ICF användas för att fastställa rätt till stöd i utbildningsmiljöer? | 82 |
| 6.7 Kan ICF användas för att sätta mål? | 83 |
| 6.8 Hur kan ICF användas för att utvärdera elevers resultat?..... | 84 |
| 6.9 Kan ICF underlätta samarbete och integrera olika perspektiv? | 85 |
| 7 Använda ICF för policy- och programändamål | 86 |
| 7.1 Varför är det viktigt att använda standardiserade begrepp för funktionshinder inom olika policyområden?..... | 86 |
| 7.2 Varför ska man använda ICF inom beslutsfattande? | 87 |
| 7.3 Hur kan ICF bidra till att öka medvetenheten och identifiera problem? | 88 |
| 7.4 Kan ICF bistå i processen för policyutveckling? | 89 |
| 7.5 Hur kan ICF bistå vid planeringen på systemnivå? | 91 |
| 7.6 Hur kan ICF underlätta implementeringen av policyer?..... | 92 |
| 7.7 Kan ICF hjälpa till att utvärdera och övervaka policyers effekter?93 | |
| 8 Använda ICF för påverkans-arbete och ökad egenmakt | 95 |
| 8.1 Kan ICF användas för påverkansarbete?..... | 95 |

| | |
|--|-----|
| 8.2 Kan ICF användas för att mäta attityder och attitydförändringar? | 96 |
| 8.3 Kan ICF stödja egenmakt och självständigt boende? | 97 |
| 8.4 Kan ICF användas för kamratstöd? | 98 |
| Referenslista | 100 |
| Bilaga 1: Lista över förkortningar | 105 |
| Bilaga 2: Textruteförteckning | 106 |
| Bilaga 3: Tack..... | 107 |

1 Komma igång med ICF

1.1 Vad är ICF?

Hur ser ICF:s begreppsmässiga beskrivning av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa?

Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) är ett ramverk för att organisera och dokumentera information om funktionstillstånd och funktionshinder [1]. Den ger en begreppsmässig beskrivning av funktionstillstånd som en ”**dynamisk interaktion** mellan en persons **hälsotillstånd**, **omgivningsfaktorer** och **personliga faktorer**”.

ICF tillhandahåller **ett standardspråk** och en **begreppsmässig grund** för definitionen och mätningen av funktionshinder, och den tillhandahåller klassifikationer och koder. Den integrerar de huvudsakliga modellerna för funktionshinder – den medicinska modellen och den sociala modellen – som en ”**biopsykosocial syntes**”. Den erkänner omgivningsfaktorerens roll i uppkomsten av funktionshinder samt den roll som hälsotillstånd spelar [2].

Funktionstillstånd och **funktionshinder** används som **paraplytermer** och de betecknar de positiva och negativa aspekterna av olika funktionstillstånd ur ett biologiskt, individuellt och socialt perspektiv. ICF tillhandahåller därför ett biopsykosocialt synsätt ur flera perspektiv, som återspeglas i **den mångdimensionella modellen**. Definitionerna och kategorierna i ICF uttrycks, när det är möjligt, med **ett neutralt språk**, så att klassifikationen kan användas för att **registrera både positiva och negativa aspekter av olika funktionstillstånd**.

Vid klassificeringen av funktionstillstånd och funktionshinder finns det inte någon uttrycklig eller underförstådd skillnad mellan olika hälsotillstånd. Funktionshinder särskiljs inte genom etiologi. ICF klargör att vi till exempel inte kan dra slutsatser om möjligheterna till delaktighet i det dagliga livet enbart utifrån en medicinsk diagnos. I den här meningen är ICF **neutral gällande etiologi**: Om en person inte kan gå eller ta sig till arbetet kan det ha att göra med en rad olika hälsotillstånd. Genom att förflytta fokus från hälsotillstånd till funktionstillstånd, anger ICF att alla hälsotillstånd är lika viktiga. Detta gör att de kan jämföras, med hänsyn till sina tillhörande funktionstillstånd, genom ett gemensamt ramverk. Exempelvis har artrit visat sig vara mycket frekvent bland människor i Australien med ett funktionshinder, det vill säga artrit står för en stor del av funktionshindren i befolkningen. Däremot är hälsotillstånd som autism, demens, Downs syndrom och cerebral pares mycket högre rankade när det gäller sannolikheten för att ge svåra funktionshinder [3].

ICF omfattar **hela livstiden**. Just nu pågår en process inom WHO för att uppdatera ICF och för att förbättra ICF:s relevans för befolkningen i alla åldrar.

ICF tillhandahåller ett gemensamt språk för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

Hur används ICF för att beskriva hälsa?

Hälsa definieras i WHO:s konstitution som ”ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller funktionsnedsättning” [4].

ICF ger en vetenskaplig grund för att beskriva, förstå och studera **hälsa** och **hälsorelaterade tillstånd** samt resultat och bestämningsfaktorer. Hälsa och hälsorelaterade tillstånd som sammanhänger kan beskrivas med hjälp av ICF.

Hälsotillstånd (det vill säga sjukdomar, störningar, skador eller därtill relaterade tillstånd) klassificeras främst i den **internationella sjukdomsklassifikationen** (ICD), som tillhandahåller en etiologisk referensram. ICF och ICD är två komplementära referensklassifikationer från WHO, som båda ingår bland WHO:s internationella klassifikationer. ICF beskriver inte specifika hälsoproblem eller sjukdomar, utan beskriver de åtföljande funktionstillstånd ur olika perspektiv på kroppslig, personlig och social nivå.

ICF ger en begreppsmässig beskrivning av funktionstillstånd och funktionshinder i **hälsosammanhang** och omfattar därför inte omständigheter som uppstår enbart till följd av socioekonomiska eller kulturella faktorer. Om fattigdom ger upphov till ett hälsotillstånd, till exempel undernäring, kan emellertid tillhörande funktionsnedsättning beskrivas med ICF. Ett hälsotillstånd – oavsett om det har diagnostiserats eller inte – anses alltid förekomma när ICF tillämpas.

Hur är ICF organiserad?

ICF organiserar information i två delar. Del 1 avser funktionstillstånd och funktionshinder, medan del 2 avser kontextuella faktorer. Varje del har två komponenter:

- funktionstillstånd och funktionshinder:
 - kroppsfunktioner och kroppsstrukturer
 - aktiviteter och delaktighet
- kontextuella faktorer:
 - omgivningsfaktorer
 - personliga faktorer.

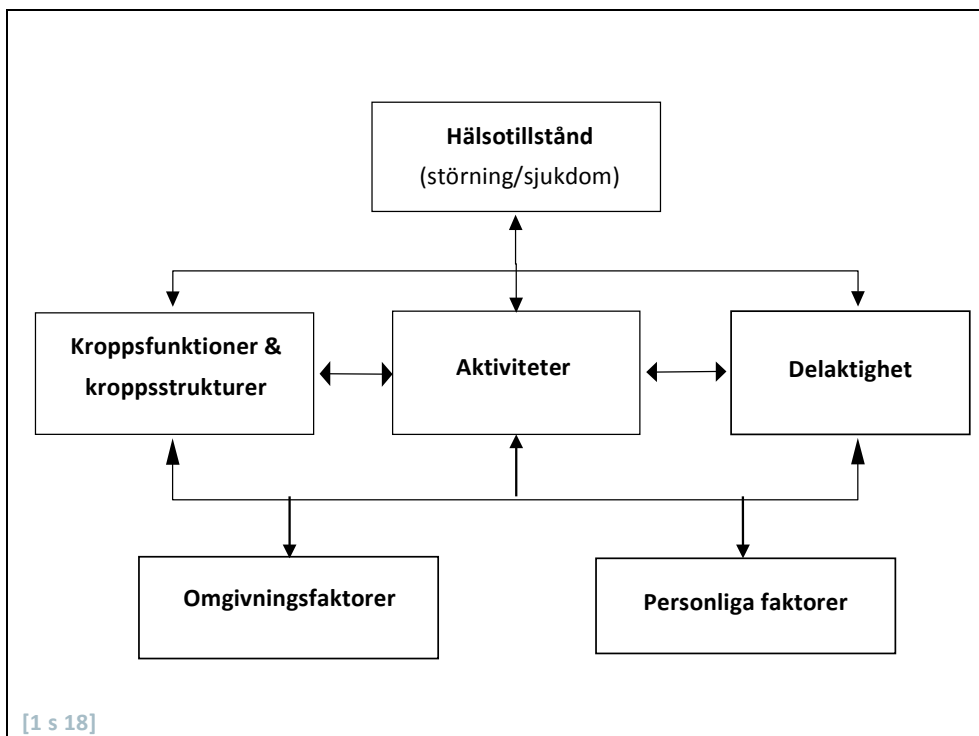
En persons funktionstillstånd inom en viss domän återspeglar en **interaktion mellan hälsotillstånd och de kontextuella faktorerna** som innefattar **omgivningsfaktorer och personliga faktorer** (Textruta 1). Det finns en komplicerad, dynamisk och ofta oförutsebar relation mellan dessa enheter. Interaktionen verkar i två riktningar, som figuren visar. Det är fel att dra

En persons hälsa kan definieras med hjälp av ICF.

ICF placerar varje person i ett **sammanhang**: Funktionstillstånd och funktionshinder är resultaten av interaktionen mellan personens hälsotillstånd och omgivning.

enkla, linjära slutsatser mellan olika enheter, till exempel dra slutsatser om övergripande funktionshinder baserat på en diagnos, aktivitetsbegränsningar baserat på en eller flera funktionsnedsättningar eller delaktighetsinskränkning baserat på en eller flera begränsningar. Det är viktigt att samla in data om dessa enheter på ett oberoende sätt och sedan empiriskt utforska sambanden mellan dem.

Textruta 1: ICF-modellen: Interaktioner mellan ICF-komponenter



Varje ICF-komponent består av flera domäner, och varje domän består av kategorier som motsvarar klassifikationsenheterna. ICF ger textuella definitioner samt vad som innefattas och utesluts för varje kategori.

Textruta 2 Definitioner

I hälsosammanhang:

Funktionstillstånd är en paraplyterm för kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet. Den betecknar de positiva aspekterna av interaktionen mellan en person (med ett hälsotillstånd) och personens kontextuella faktorer (omgivnings- och personfaktorer).

Funktionshinder är en paraplyterm för funktionsnedsättningar, strukturavvikelser, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar. Den betecknar de negativa aspekterna av interaktionen mellan en person (med ett hälsotillstånd) och personens kontextuella faktorer (omgivnings- och personfaktorer).

Kroppsfunktioner – kroppssystemens fysiologiska funktioner inklusive psykologiska funktioner.

Kroppsstrukturer – kroppens anatomiska delar såsom organ, lemmar och deras komponenter.

Funktionsnedsättningar respektive strukturavvikelser – problem såsom en betydande avvikelse eller förlust i kroppsfunktioner eller kroppsstruktur

Aktivitet – en persons genomförande av en uppgift eller handling.

Delaktighet – en persons engagemang i en livssituation.

Aktivitetsbegränsningar – svårigheter som en person kan ha vid genomförande av aktiviteter.

Delaktighetsinskränkningar – problem som en person kan ha i engagemang i livssituationer.

Omgivningsfaktorer – den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar. Dessa kan ha positivt eller negativt inflytande på personens funktionstillstånd.

[1 s 212–213]

Textruta 3 Exempel på definition samt vad kategorin innefattar och utesluter

Kapitel 2 i Aktiviteter och delaktighet ”Allmänna uppgifter och krav” handlar om allmänna aspekter på att genomföra enstaka eller mångfaldiga uppgifter, organisera arbetsgång och att hantera stress. Dessa kategorier kan användas tillsammans med mer specifika uppgifter eller handlingar för att identifiera de underliggande grunddragen vid genomförandet av uppgifter under olika omständigheter. I det här kapitlet finns följande kategori:

d220 Att företa mångfaldiga uppgifter

- Att genomföra enkla eller komplicerade och koordinerade handlingar som komponenter i mångfaldiga, integrerade och komplicerade uppgifter i följd eller samtidigt
- Innefattar: att företa mångfaldiga uppgifter; fullfölja mångfaldiga uppgifter; att företa mångfaldiga uppgifter självständigt eller i grupp
- Utesluter: att förvärva färdigheter (d155); att lösa problem (d175); att fatta beslut (d177); att företa en enstaka uppgift (d210)

[1, s 130]

En persons funktionstillstånd och funktionshinder kan registreras genom att välja lämplig kategori och **motsvarande kod** och sedan lägga till **bedömningsfaktorerna med värde**. Dessa anger omfattningen av funktionstillståndet eller funktionshindret inom den kategorin eller den grad som en omgivningsfaktor underlättar eller är ett hinder. ICF-modellen och -begreppsramen tillhandahåller en plattform för ett gemensamt språk. Den höga graden av struktur i klassifikationen möjliggör en specifik beskrivning och kvantifiering. På så sätt ger ICF användarna byggstenar för statistisk information.

1.2 Hur kan jag använda ICF?

Varför bör jag använda ICF?

ICF är internationell standard för begreppsbyggnad och klassificering av funktionstillstånd och funktionshinder, antagen av Världshälsoförsamlingen år 2001. Den tillhandahåller en fritt tillgänglig teknisk resurs, som är den internationella referensramen för information om hälsa och funktionshinder:

- ICF stödjer **rättighetsbaserade policyer** [5,6] och tillhandahåller ett ramverk och modell som kan användas vid planering och kommunikation inom och mellan offentlig sektor och andra sektorer.

ICF är **internationell standarden** för begreppsbyggnad och klassificering av **funktionstillstånd och funktionshinder**, antagen av Världshälsoförsamlingen år 2001

- ICF tillhandahåller ett **gemensamt språk, gemensamma termer och begrepp** för personer som upplever funktionshinder, tillhandahåller relevanta tjänster eller arbetar med data och information om funktionshinder. Det här är viktigt eftersom personer med funktionsnedsättningar kan interagera med många yrkesutövare och system, till exempel hälso- och sjukvård, utbildning och socialtjänst. Processerna blir mer effektiva om alla inblandade grundar sitt arbetssätt och sin kommunikation på det gemensamma språket. Det är särskilt viktigt nu när vissa typer av tjänster inom vården och omsorg ges under lång tid till det växande antal människor som lider av kroniska sjukdomstillstånd. Ett gemensamt språk är väsentligt för att stödja denna integrerade vård.
- ICF tillhandahåller en **organiserad datastruktur** som kan utgöra grunden för informationssystem tvärs över olika policy-, service- och tjänsteområden och för policyrelevanta befolkningsdata. Om journaler, forskning och statistik om funktionstillstånd och funktionshinder baseras på modellen och ramverket i ICF kommer detta att mer effektivt bidra till en samstämmig nationell och internationell tolkning av funktionstillstånd och funktionshinder samt bidra till data som kan jämföras mellan olika miljöer och tidpunkter.
- ICF är ett **verktyg med flera användningsområden** som möjliggör ett brett omfång av olika användningsfall, varav vissa beskrivs i denna manual. Den kan även betraktas som ett metaspråk som är avsett att klargöra relationen mellan data, information och kunskap och att bygga en gemensam uppfattning om och tolkningar av begrepp. Det här är särskilt relevant om ICF ska hjälpa till att säkerställa konsekvent tillämpning mellan olika sektorer och nivåer i hälso- och sjukvårdssystem, sociala system och utbildningssystem.

När kan jag tillämpa ICF?

ICF kan användas på olika sätt inom många olika områden. Kapitel 3–8 illustrerar sex av de viktigaste användningsområdena som kortfattat kan beskrivas enligt följande:

- **Klinisk praxis:** ICF är relevant för många aktiviteter inom klinisk praxis, till exempel överväganden om hälsa och funktionstillstånd, målformulering, utvärdering av behandlingsresultat, kommunikation med kolleger eller den berörda personen. ICF tillhandahåller ett gemensamt språk mellan kliniska verksamheter och med patienter eller klienter. ICF används som ett komplement till ICD – den internationella standarden för klassificering av sjukdomar – och när de används tillsammans ger de en heltäckande bild av en persons hälsostatus.
- **Stödinsatser och ekonomiskt stöd:** ICF-modellen och ICF-klassifikationen kan ge stöd vid bedömning av vilket personligt stöd en person behöver, vid planering av tjänster och till systembaserade data från administrativa processer. ICF:s fokus på omgivningsfaktorer gör det

ICF-manualen ger exempel på hur ICF kan användas på olika sätt inom många olika områden.

möjligt att tydligt formulera om en persons behov kräver förändringar i omgivningen eller tillhandahållande av personligt stöd.

- **Befolkningsstatistik:** Klassifikationssystem har beskrivits som byggstenarna i statistisk information [7]. När befolkningsdata – till exempel från befolkningsstudier och kartläggningar – samt administrations-, service- och tjänstedata baseras på samma begrepp och struktur kan en stark, integrerad, nationell samling av information tas fram. Den här informationsresursen kan sedan användas för att jämföra det antal personer som är i behov av olika former av service och tjänster med det antal som mottar dem, eller för att indikera vilka områden i den sociala omgivningen som utgör de största hindren för personer som upplever funktionsnedsättningar, för att bara ta två exempel.
- **Utbildning:** Samma allmänna fördelar som för andra policy- och programområden gäller även i utbildningsfältet. ICF kan användas som ett gemensamt språk för att hjälpa till att integrera barnets, familjens, skolans och servicesystemens perspektiv.
- **Policyer och program:** ICF stödjer ett tydligt, begreppsmässigt tänkande kring funktionshinder- och hälsorelaterade policyer på hög nivå. Klassifikationen kan även vara ett stöd vid bedömning av vilket personligt stöd en person behöver, vid planering av tjänster och till systembaserade data från administrativa processer. Om ICF används i dessa syften inom alla policy- och programområden samt inom befolkningsstatistik så kan samstämmiga, sammankopplade nationella och internationella data om funktionstillstånd och funktionshinder samlas inom populationen. Det här, i sin tur, underlättar planering, hantering, kostnadsberäkning, resursfördelning och övervakning inom och mellan olika program.
- **Påverkansarbete och egenmakt:** Termen påverkansarbete kan omfatta både påverkansarbete som bedrivs av en person, för egen räkning eller för någon annans räkning, och ett bredare påverkansarbete som har till syfte att åstadkomma förändringar i systemet och omgivningen. ICF fungerar som begreppsram för funktionstillstånd och funktionshinder och är relaterad till FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Därigenom stödjer ICF logiska argument som är baserade på internationella standarder och på därtill hörande information och data.

Personer som är intresserade av något av dessa användningsområden kan ha nytta av att referera till flera relevanta områden i manualen. Exempelvis kan personer med ett intresse inom enkätutformning som läser avsnitt 5 även ha nytta av de allmänna principerna i avsnitt 1 och avsnitt 2, information om bedömning och mätning från avsnitt 3 samt detaljer kring andra befintliga frågeformulär, till exempel i avsnitt 4.

Det finns många andra områden där ICF skulle kunna användas, som inom forskning och utbildning (till exempel för sjukvårdspersonal). Även om dessa tillämpningsområden inte behandlas specifikt i denna manual, kan informationen i manualen ändå vara användbar och kan generaliseras till att gälla även inom andra intresseområden.

Vilka data kan organiseras med ICF?

Både kvantitativa och kvalitativa data kan organiseras med ICF. ICF tillhandahåller en värdefull struktur för funktionstillstånd och funktionshinder vid **kvalitativa studier**, vid planering av en studie eller vid organisering av kvalitativa svar. Den höga graden av samband mellan komponenterna och kapitelrubrikerna kan ge en användbar struktur för dessa ändamål.

ICF-strukturen är även användbar vid planeringen av **kvantitativa studier** och undersökningar. Den hierarkiska strukturen lämpar sig för dataformat för olika ändamål med olika detaljnivå (till exempel en enkätfråga som omfattar hela domänen kontra statistiska data kopplade till ett enda ICF-item). ICF-bedömningsfaktorer kan användas för att dokumentera ett problems omfattning för den valda detaljnivån. Informationen är sedan klar för statistisk aggregering eller analys mellan olika tidpunkter och miljöer. Närmare information ges i de kapitel som följer.

Befintliga data kan även hänföras till ICF i efterhand. Det här kan göras genom en mappnings- eller länkningsprocess varigenom måttens begrepp eller komponenter (till exempel bedömnings- eller resultatmått) mappas eller länkas till ICF-komponenter [8]. I vissa lägen kan mappningen möjliggöra en automatisk omkodning av data.

Nya insamlingar av data kan enkelt grundas på ICF-begreppsram och klassifikationen med hjälp av **ICF baserade bedömningsinstrument**. De nödvändiga stegen, tillsammans med illustrationer av de huvudsakliga tillämpningarna, ges i de avsnitt som följer.

Hur kan ICF tillämpas etiskt?

Det är väsentligt att användningen av ICF respekterar var och ens rättigheter, inklusive personer med funktionsnedsättning. ICF tillhandahåller etiska riktlinjer för användning av ICF. Riktlinjerna är i linje med principerna i FN-konventionen och kräver att den berörda personen deltar i utformningen av forsknings- och datasystemen.

Bilaga 6 till ICF-boken anger de etiska riktlinjerna för användning av ICF (se textruta 4).

ICF-strukturen ger användarna möjlighet att utforma både:

- mätdata (kvantitativa studier) och
- beskrivande data (kvalitativa studier).

ICF respekterar varje persons rättigheter och undviker aktivt stämpling, stigmatisering och diskriminering.

Textruta 4: Etiska riktlinjer för användning av ICF

Respekt och förtroende

1. ICF ska alltid användas så att enskilda människors inneboende värde och självständighet respekteras.
2. ICF ska aldrig användas för att stämpla människor eller på annat sätt identifiera dem enbart i termer av en eller flera kategorier av funktionshinder.
3. I klinisk miljö ska ICF alltid användas med full kännedom, samarbete och samtycke av de personer vars nivå av funktionshinder klassificeras. Om begränsningar i en persons kognitiva kapacitet hindrar detta, ska personens talesman delta aktivt.
4. Den kodade informationen, enligt ICF, ska betraktas som personlig information och vara föremål för de regler för konfidentialitet som är lämpliga för det sätt som data ska användas på.

Klinisk användning av ICF

5. När det är möjligt ska kliniska yrkesutövare förklara för personen eller personens talesman syftet med användningen av ICF. De ska erbjuda möjlighet att fråga om det lämpliga med användningen av ICF för att klassificera personens nivåer av funktionstillstånd.
6. När det är möjligt ska personen vars nivå av funktionstillstånd klassificeras (eller personens talesman) ha möjlighet att delta och i synnerhet att ifrågasätta eller bekräfta lämpligheten av den kategori som används och den bedömning som görs.
7. ICF ska användas utifrån ett holistiskt synsätt, eftersom den brist som klassificeras är ett resultat såväl av personens hälsotillstånd som av det fysiska och sociala sammanhang som personen lever i.

Användning av ICF i socialpolitik

8. ICF-information ska i så stor utsträckning som möjligt användas med personernas samverkan för att stärka deras val och deras kontroll över sina liv.
9. ICF-information ska användas för utveckling av socialpolitik och politisk förändring som söker stärka och stödja personers delaktighet.
10. ICF och all information som erhålls genom dess användning ska inte användas för att neka etablerade rättigheter eller på annat sätt inskränka legitima rättigheter till förmåner för individer eller grupper.
11. Personer som klassificeras under samma ICF-kod kan ändå skilja sig åt i många avseenden. Lagar och förordningar som hänvisar till ICF-klassifikationer ska inte förutsätta större homogenitet än avsett och ska försäkra att de vars nivåer av funktionstillstånd som klassificeras, betraktas som individer.

Vad behöver man främst ta hänsyn till när man använder ICF?

Det finns många sätt att beskriva de huvudsakliga stegen i tillämpningen av ICF. Här beskriver vi processen i form av ett antal grundläggande frågor som måste besvaras [till exempel 9].

Varför? Definiera syftet med arbetet, till exempel att bedöma behovet av service och tjänster eller att utvärdera resultaten av insatser.

Vad? Fastställ vilken information du söker efter, som är relevant för frågan *Varför*. Specificera informationspunkter som hänger samman med funktionstillstånd och funktionshinder och hänför dem till ICF:s komponenter, domäner och kategorier, inklusive omgivningsfaktorer. Överväg att ta med alla komponenter och använd alla kapitel (domäner) i Aktiviteter och delaktighet för olika populationer.

Hur? Vilka metoder ska användas?

- Metoder kan omfatta standardundersökningar, utformning av datasystem, forskning eller mätmetoder, men det kan även finnas ytterligare, särskilda överväganden som är relevanta för vissa funktionstillstånd. Några exempel på sådana särskilda överväganden finns med i denna manual.
- Utforma analyser och kontrollera att analyserna kommer att besvara nyckelfrågorna och uppfylla de huvudsakliga målen.
- Kontrollera om all information finns tillgänglig eller om ny information måste hämtas in. Om den befintliga information används behöver en plan göras för att hänföra informationen till ICF eller för att omkoda den enligt ICF.
- Om ny information måste samlas in behöver potentiella källor och metoder för informationsinsamlingen identifieras. Det här kan omfatta överväganden som rör provurval, utformning av frågor eller andra standardfrågor.
- Kontrollera om den planerade insamlingen kan tjäna fler än bara dina egna syften, det vill säga om det finns möjligheter att slå samman resurser eller att samarbeta mellan olika projekt eller sektorer.
- Vilka mätinstrument ska användas? Hur är dessa relaterade till ICF? Mappning eller länkning kan krävas för att besvara frågan och göra det möjligt att använda redan befintliga data i ICF-kompatibla analyser.
- Är metoderna etiska? Både FN-konventionen och ICF i sig samt många aktuella forskningsförfaranden kräver att den berörda personen eller de berörda personerna deltar i utformningen av forskningen, datasystemen och processen för mätning eller bedömning (se bilaga 6 till ICF-boken eller textruta 4 i denna manual).

Var och när? I vilka sammanhang kommer informationen att inhämtas eller mätningarna att utföras? När bör de ske? Vid vilken tidpunkt kommer bedömningen att vara till störst nytta för den berörda personen? Vilka upprepade mätningar ger den bästa informationen för resultatmätningen?

Användning av ICF
fordrar systematisk
eftertanke och planering.

Vem? Vems perspektiv ska utgöra grunden för vad som registreras? Hur sammanhänger olika inblandade perspektiv med giltigheten hos de data som registreras och deras relation till syftet? Många yrkesutövare och familjemedlemmar kan ha åsikter om en viss persons funktionstillstånd och funktionshinder, men enligt ICF:s rekommendationer är det viktigt att personen i fråga själv är delaktig, både för giltighetens skull och av etiska skäl. Mer information om alla de här stegen ges i kapitel 2 om att ”Beskriva funktionstillstånd” och specifik vägledning för vissa tillämpningar ges i andra avsnitt i manualen.

1.3 Vad klassificerar ICF?

Definierar ICF funktionshinder?

ICF tillhandahåller definitioner för funktionstillstånd och funktionshinder (se **Fel! Hittar inte referensskälla.** Textruta 2, avsnitt 1.1). ICF dikterar emellertid inte vem som är ”normal” och vem som är ”funktionshindrad”. Med ICF kan en person eller en grupp identifieras som ”funktionshindrad” inom varje miljö eller användning. Något som är universellt och enligt standard är funktionstillståndens underliggande begrepp och dimensioner. Tröskelvärdena kan förändras beroende på ändamålet för användningsfallet. Exempelvis kan tröskelvärdena för en klinisk insats för synen skilja sig från de tröskelvärden som ligger inom ramen för ett socialt stödprogram.

Det finns ett antal riktlinjer i detta hänseende. Exempelvis kan ”funktionshinder” för policy- och forskningsändamål definieras med hjälp av ICF, antingen i förväg (till exempel definiera en målgrupp för en insats) eller i efterhand (till exempel välja en delgrupp genom att fastställa ett tröskelvärde i populationsbaserade datauppsättningar). ”Funktionshinder” definierat för specifika ändamål gäller följaktligen endast för personer som motsvarar den här definitionen. Ordet ”funktionshinder” kan därför avse olika egenskaper i olika policysektorer eller länder. Genom att använda ICF blir det möjligt att känna igen skillnader mellan definitionerna, och personer med funktionsnedsättning som har uteslutits eller varit underrepresenterade enligt en viss definition kan identifieras.

ICF tillhandahåller definitioner och begrepp för funktionstillstånd och funktionshinder som kan användas som grund för specifika definitioner i olika miljöer.

Klassificerar ICF personer?

ICF klassificerar funktionstillstånd och funktionshinder, INTE personerna själva.

Enheter i ICF-klassifikationen är kategorier inom hälsodomäner och hälsorelaterade domäner. ICF klassificerar fysiologiska (inklusive psykologiska) funktioner, kroppsstrukturer (anatomiska strukturer), handlingar, uppgifter, livsområden och yttre påverkan. ICF klassificerar inte personer och det är inte möjligt att

ICF klassificerar funktionstillstånd och funktionshinder, INTE personerna själva.

tilldela personer en kategori i ICF.

ICF tillhandahåller ett ramverk för att beskriva människors funktionstillstånd och funktionshinder och för dokumentation, organisation och analys av den här informationen.

För vem kan ICF tillämpas?

ICF är tillämplig på alla människor, för att beskriva deras funktionstillstånd och nivå av hälsa. Eftersom alla kan uppleva funktionshinder någon gång i livet, oavsett om det är permanent eller tillfälligt, intermittent eller kontinuerligt, kan ICF användas för att dokumentera nedgångarna i funktionsdomäner som ”funktionshinder”.

ICF är inte avsedd, och ska inte användas, för att stämpla personer med funktionsnedsättning som en avgränsad samhällsgrupp. ICF är tillämplig på alla människor, oavsett särskilda hälsotillstånd, i alla fysiska, sociala och kulturella sammanhang.

De **definitioner** som används i ICF har vad som **innefattas** med **specifikationer, synonymer** och **exempel** som tar hänsyn till kulturella variationer och skillnader genom livet. Därför är den lämplig för användning i **olika länder och kulturer**. ICF kan tillämpas under hela **livstiden** och passar för alla åldersgrupper.

ICF kan tillämpas för vem som helst.

Kan ICF användas för specifika grupper och delpopulationer?

ICF kan användas både för att definiera delgrupper och för att beskriva funktionstillstånd eller funktionshinder hos specifika grupper, som identifieras med ålder, kön, nationalitet eller någon annan variabel.

Bestämda grupper kan specificeras genom att välja vissa kategorier i ICF och definiera tröskelnivåerna för att innefattas i eller uteslutas ur gruppen. Det kan till exempel vara intressant att bedriva forskning i samverkan med **personer som upplever begränsningar när det gäller förflyttning över en bestämd svårighetsgrad**. Andra grupperingar kan användas av tjänstleverantörer för att definiera sina målgrupper, till exempel personer som behöver personligt stöd för att kunna vara delaktiga inom ett visst livsområde. Vid en sådan användning bör man vara medveten om att gruppering av personer med funktionsnedsättning **kan vara diskriminerande** om grupperingen görs som en logisk grund för att behandla människor olika. Alla människor, oavsett eventuella skillnader i utveckling, funktionstillstånd eller hälsotillstånd, har lika värde och rättigheter.

ICF kan användas för att identifiera populationer av intresse för att kontrollera om alla personer med funktionsnedsättning är fullständigt delaktiga i samhället, enligt vad som krävs i konventionen om rättigheter för personer

ICF skulle kunna användas för att specificera en grupp baserat på aspekter av funktionstillstånd och funktionshinder.

med funktionsnedsättning. Delgrupper, till exempel personer med vissa typer av funktionsnedsättningar, kan behöva identifieras för specifika kontrolländamål, till exempel om de döva får adekvat erkännande och stöd eller om barn som är blinda har tillgång till lämpliga kommunikationsmedel i skolorna. Kategorier eller kluster av kategorier från ICF kan väljas och användas för att aggregera information om funktionstillstånd och funktionshinder för en grupp eller population, till exempel för att åskådliggöra de högre frekvenserna av funktionshinder i äldre populationer [till exempel 10]. Undersökningar och befolkningsstudier kan innehålla frågor om funktionstillstånd och funktionshinder, och på så sätt tillhandahålla information för befolkningsstatistik.

1.4 Hur är en klassifikation som ICF relaterad till elektroniska journaler?

Journaler i olika format inom hälsoområdet kan baseras på klassifikationer av alla slag. Exempelvis har användning av ICD och dess föregångare, världen över och under hundratals år, gjort det möjligt att samla in data om förväntad livslängd, dödsorsaker och nyttjande av hälso- och sjukvård. Dessa data har sedan kunnat användas som grund för att fatta beslut som rör hälsa i många länder. Under senare år har insamlingen av data i **befolkningsundersökningar och i undersökningar om stödinsatser till funktionshindrade** baserats på ICF (se avsnitten 4 och 5).

Information om funktionsstatus blir allt mer vedertagen som en ingående del av arkitekturen för elektroniska patientjournaler. ICF i sin nuvarande form (med sin klasshierarki med textdefinitioner) hjälper till att standardisera information om funktionsstatus i elektroniska patientjournaler. För att underlätta införlivandet av ICF i elektroniska patientjournaler pågår arbete med att

- formalisera kunskapsrepresentationen i ICF (ontologiutveckling)
- skapa länkar till kliniska terminologier (till exempel Snomed CT).

Arbetet går även framåt med att skapa en ontologisk representation av ICF för att underlätta användningen av ICF i, eller i dess relationer till, e-hälsosystem.

ICF kan tillföra betydande värde till den kliniska informationen i elektroniska patientjournaler för att definiera hälsostatus.

Textruta 5: Ontologisk modell av ICF

- WHO-FIC-nätverket arbetar sedan 2008 för att kunna tillhandahålla en ontologisk representation av ICF för att uppnå semantisk interoperabilitet för informationssystemen inom e-hälsa. Genom att organisera kunskapsdomäner i ontologier blir det möjligt att skapa en gemensam struktur där alla data kan delas och återanvändas tvärs över olika tillämpningar, företag och samhällen. Dessutom kan informationen bearbetas inte bara manuellt, utan även med automatiska verktyg, däribland för att avslöja eventuella nya relationer mellan olika data [11].

Det finns indikationer som tyder på att ICF i sin nuvarande form inte visar en tydlig ontologisk struktur. Exempelvis finns det konstruktioner inom ”Aktiviteter och delaktighet” (till exempel ”d220 Att företa mångfaldiga uppgifter”) som kan betraktas som ett överordnat begrepp till andra konstruktioner inom samma komponent (till exempel ”d630 Att bereda måltider”), och ett antal konstruktioner med liknande innebörder (till exempel ”b16711 Uttryckande av skrivet språk” och ”d345 Att skriva meddelanden”), som är svåra att särskilja genom observation, är placerade i olika komponenter i klassifikationen, med icke ömsesidigt uteslutande attribut. Dessutom har det påvisats en brist på överensstämmelse i de försök som har gjorts när det gäller mappning av ICF till SUMO (Suggested Upper Merged Ontology) och när det gäller gap-analys med en klinisk terminologi (Snomed CT). En mer stringent och logisk omdefiniering av ICF-kategorierna skulle

- a) minska begreppens tvetydighet och öka ICF-användningens effektivitet
- b) främja semantisk utbytbarhet bland de större WHO-klassifikationerna
- c) underlätta processen för uppdatering och underhåll av ICF.

Framtida uppdateringar av ICF förväntas gå i denna riktning.
[Se: 12,13,14]

2 Beskriva funktionstillstånd

2.1 Hur kan jag använda ICF för att beskriva funktionstillstånd?

Kan jag använda ICF för att mäta funktionstillstånd?

ICF-ramverket och klassifikationen kan användas för att beskriva och mäta funktionstillstånd. ICF tillhandahåller byggstenarna för mätning och statistik i form av begrepp, definitioner, kategorier och koder för funktionstillstånd och funktionshinder samt tillhörande omgivningsfaktorer som påverkar dem.

ICF är en resurs med flera användningsområden. Denna praktiska manual är ett komplement till ICF och förutsätter att läsarna har en solid grundförståelse för ICF. De huvudsakliga stegen för att tillämpa ICF beskrivs i avsnitt 1.1. Det här kapitlet går närmare in på detaljerna kring användningen av dessa processer och genomförandet av dessa steg, genom att bygga vidare på den mer allmänna översikten i kapitel 1.

ICF-ramverket möjliggör flera olika strategier för mätning. ICF-kategorierna på olika nivåer kan mätas med hjälp av bedömningsfaktorer.

Ska jag använda koderna för att beskriva funktionstillstånd?

Det korta svaret är ja, även om man vid tillämpningen av ICF kan skilja mellan att (a) använda ICF-modellen och begreppen och termerna i ICF, och att (b) koda information om funktionstillstånd med hjälp av ICF.

Om ICF används enbart som en begreppsmodell kan dimensionerna och domänerna användas för att beskriva funktionstillstånd utan att använda de individuella ICF-kategorierna eller -koderna. Domäner kan beskrivas som meningsfulla uppsättningar av kroppsfunktioner, handlingar, uppgifter eller livsområden som fångar ett visst fenomen eller en persons upplevelser.

Funktionstillstånd beskrivs med en kombination av ICF-koder och ICF:s bedömningsfaktorer.

Vilka informationskällor ska jag använda?

ICF är ett ramverk för statistik över funktionshinder, för hälsoinformation [15] och ett informationssystem som gör det möjligt att integrera data från många olika källor. Den information som organiseras i ICF kan komma från primära källor (personen som upplever funktionshinder) eller sekundära datakällor

Den information som organiseras med hjälp av ICF kan komma från primära eller sekundära datakällor.

(till exempel befintlig dokumentation eller statistik). Personen som upplever ett eller flera funktionshinder kan tillhandahålla direkt information i en intervju, genom ett frågeformulär eller med andra former av självrapportering. Relevanta yrkesutövare eller ombud (till exempel en förälder eller partner) kan använda observation, frågeformulär eller mätinstrument och mätmetoder för att samla in information.

Valet av informationskälla beror på vilka specifika kategorier av funktionstillstånd och funktionshinder som ska fångas. En yrkesutövare, till exempel en utbildad intervjuledare, kan ha god sakkunskap inom registrering och klassificering för ett visst område men är kanske inte bäst lämpad för att förstå hela upplevelsen av funktionshinder och hur den påverkar andra livsdomäner. Därför är det viktigt att fundera på frågan om vem som är bäst kvalificerad och lämpad för att registrera och klassificera information om funktionstillstånd och funktionshinder.

Vissa aspekter av funktionstillstånd (till exempel intellektuella funktioner) kan inte observeras direkt, utan måste härledas genom standardiserad testning. För andra aspekter kan självrapporterade data vara de mest tillförlitliga och meningsfulla (till exempel rekreation och fritid). Under andra omständigheter kan det vara lämpligt att använda flera datakällor för korsvalidering. Valet av datakälla kan även bero på den aktuella personens ålder och på det specifika syftet med att använda informationen. För att fastställa om det är berättigat med stöd, kan man behöva bestämma svårighetsgrader som kan jämföras mellan olika miljöer, oberoende av en persons specifika upplevelse av funktionshinder. Om det gäller en studie av socialt välbefinnande kan det däremot vara mer intressant att få veta personens upplevelse i den aktuella livssituationen.

Vilka metoder ska jag använda för att samla in information relaterad till ICF?

Det finns många olika tillvägagångssätt som kan användas för att samla in den information som är relevant för kategorierna eller domänerna i ICF. För vissa kategorier i ICF finns det specifika professionella standarder och metoder, till exempel för att mäta synfunktioner. För andra kategorier kan det finnas bedömningsinstrument som direkt kan kopplas till innehållet i ICF.

ICF kan användas som grund för att samla in information med en rad olika metoder.

Information kan även samlas in genom observation utförd av en erfaren yrkesutövare. Observationerna organiseras sedan i ICF-ramverk. Ett kliniskt omdöme eller ett professionellt resonemang används för att identifiera en lämplig ICF-kategori och för att definiera svårighetsgraden. Observationer kan också göras av ombud och i så fall kan yrkesutövaren ställa ytterligare frågor för att kunna fastställa svårighetsgraden.

Information kan även samlas in genom intervjuer, antingen direkt med personen med ett funktionshinder eller med ett ombud. Den här metoden är särskilt användbar i situationer då funktionstillståndet inte kan mätas direkt, eller då upplevelsen av ett funktionshinder är av större intresse än en

klinisk mätning. En annan metod kan vara att använda standardiserade eller icke-standardiserade frågeformulär eller annat skriftligt material lämnat av personen med funktionshinder eller av ett ombud. Man måste alltid ta hänsyn till de deltagande personernas roller.

Är bedömningsfaktorer en ingående del av beskrivningen av funktionstillstånd?

För att en kod ska vara fullständig krävs att den åtföljs av minst en bedömningsfaktor. Bedömningsfaktorn placeras efter ICF-koden, avgränsad med en decimalpunkt eller +tecknet, vilket ”avslutar” koden. Bedömningsfaktorn eller bedömningsfaktorerna anger information om funktionstillstånd: det eventuella problemets grad, lokalisering och karaktär.

Den första, gemensamma bedömningsfaktorn anger ett problems omfattning, vare sig det är funktionsnedsättningen hos en kroppsfunction eller en kroppsstruktur, en aktivitetsbegränsning eller en delaktighetsinskränkning. Den första bedömningsfaktorn kan även användas för att förmedla information när det inte finns några funktionsproblem (bedömningsfaktorn ”0”), vilket motsvarar en neutral beskrivning av mänskligt funktionstillstånd enligt vad som förespråkas i ICF. För omgivningsfaktorer anger den första bedömningsfaktorn antingen omfattningen av en negativ effekt (hindrets ”storlek”) eller omfattningen av en positiv effekt (hur stark den underlättande faktorn är). I det senare fallet ersätts decimaltecknet efter koden med +tecknet. Viktig information om kodning finns i bilaga 2 i ICF-boken.

ICF-domäner anger funktionsområdet, medan bedömningsfaktorer anger funktionstillståndets eller funktionshindrets omfattning.

Textruta 6: Den generiska bedömningsfaktorn och ett exempel på en ICF-kod

ICF-koderna kräver att man använder en eller flera bedömningsfaktorer som till exempel anger graden av hälsa eller svårigheten i det aktuella problemet. Problemet kan avse en funktionsnedsättning, en begränsning, en inskränkning eller ett hinder när det används i kombination med koderna b, s, d respektive e. Bedömningsfaktorer kodas med en, två eller flera siffror efter en punkt.

| | | | |
|-------|-------------------------|---|----------|
| xxx.0 | <i>INGET problem</i> | <i>(ingen, avsaknad, obetydlig...)</i> | 0–4 % |
| xxx.1 | <i>LÄTT problem</i> | <i>(litet, lågt...)</i> | 5–24 % |
| xxx.2 | <i>MÅTTLIGT problem</i> | <i>(medel, ganska stort...)</i> | 25–49 % |
| xxx.3 | <i>STORT problem</i> | <i>(gravt, högt, extremt, svårt...)</i> | 50–94 % |
| xxx.4 | <i>TOTALT problem</i> | <i>(fullständigt...)</i> | 96–100 % |
| xxx.8 | <i>ej specificerat</i> | | |
| xxx.9 | <i>ej tillämbart</i> | | |

Bokstäverna b, s, d och e representerar de olika komponenterna och följs av en numerisk kod som börjar med kapitelnumret (en siffra), följt av nivå 2 (två siffror) samt nivåerna 3 och 4 (en ytterligare siffra vardera). Exempelvis anger följande kod xxx.1 ett ”lätt” problem i vart och ett av fallen.

| | | |
|----------|-----------------------------|---------------------------|
| b2.1 | Sinnesfunktioner och smärta | (begrepp på första nivån) |
| b210.1 | Synfunktioner | (begrepp på andra nivån) |
| b2102.1 | Synkvalitet | (begrepp på tredje nivån) |
| b21022.1 | Kontrastkänslighet | (begrepp på fjärde nivån) |

[1]

Vad betyder siffrorna 8 och 9 när de används som bedömningsfaktorer?

När siffrorna 8 och 9 används som bedömningsfaktorer har de inte samma innebörder som när de används i koder. Bedömningsfaktorn ”8” betyder ”ej specificerat” och används när den information som ges om kategorin är otillräcklig för att vägleda i valet av lämplig bedömningsfaktor, till exempel ”jag vet att det finns ett problem med synen, men jag vet inte om problemet är lindrigt eller svårt”. Bedömningsfaktorn ”9” betyder ”ej tillämbart” och används när

Siffrorna 8 och 9 som bedömningsfaktorer betyder ”ej specificerat” respektive ”ej tillämbart”.

ingen specifikation kan ges om kategorin. Bedömningsfaktorn 9 används vanligtvis när kategorin inte passar för personen i fråga, till exempel vid kodning med d850 Betald sysselsättning för en pensionär eller b650 Menstruationsfunktioner för en man.

Användningen av bedömningsfaktorer i kliniska sammanhang beskrivs närmare i avsnitt 3.3.

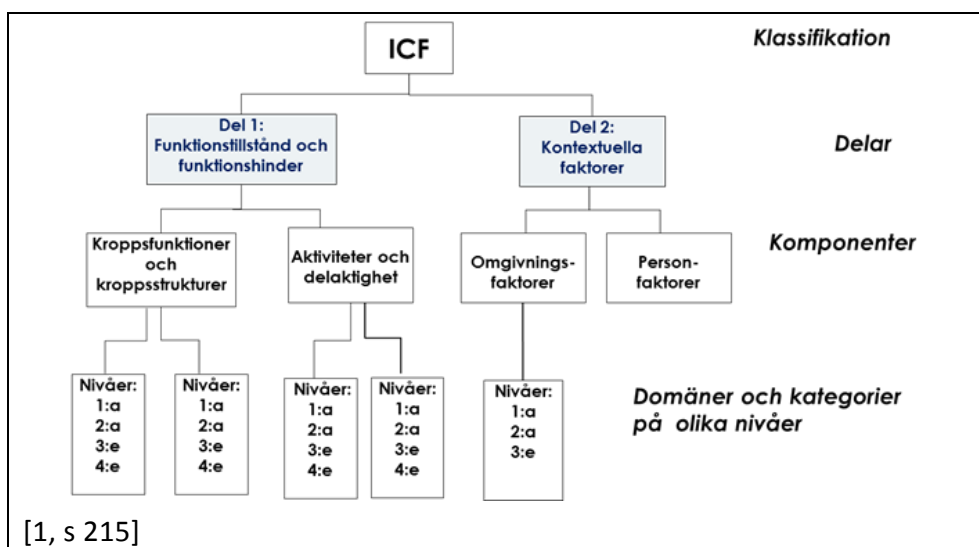
2.2 Hur ser ICF:s kodningsstruktur ut?

Hur är ICF organiserad?

ICF är en hierarkisk klassifikation. Det här innebär att information som kodas på en mer finkornig nivå bevaras även på den bredare nivån. I varje gren av klassifikationen är det möjligt att, från mycket generella kategorier som omfattar hela funktionsdomäner, nå mycket detaljerade beskrivningar av specifika funktionsområden. ICF:s struktur illustreras i textruta 7.

ICF är en hierarkisk klassifikation, som är organiserad efter en ökande detaljnivå.

Textruta 7: ICF:s struktur



Klassifikationen är organiserad i två delar, som var och en består av två komponenter. Del 1 – Funktionsstillstånd och funktionshinder – omfattar Kroppsfunktioner och kroppsstrukturer samt Aktiviteter och delaktighet, del 2 – Kontextuella faktorer – omfattar Omgivningsfaktorer och Personfaktorer, även om personfaktorer ännu inte klassificeras i ICF. Varje komponent indelas i domäner och kategorier på olika detaljnivåer (upp till fyra nivåer), som var och en representeras av en numerisk kod.

Prefixet i ICF-koden är en enskild bokstav (b, s, d eller e) som representerar den komponent i ICF där koden förekommer. Exempelvis betecknar prefixet ”d” komponenten Aktiviteter och delaktighet, även om användaren kan välja att använda det mer specifika, valfria a (Aktiviteter) eller p

(Delaktighet), beroende på användarens aktuella behov.

Efter den första bokstaven anger antalet siffror i koden dess kategori och nivå. Den första siffran används för första nivåns kategorier (kapitlen 1 till 8 för kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, 1 till 9 för aktiviteter och delaktighet och 1 till 5 för omgivningsfaktorer). Sammanlagt 3 siffror används för andra nivåns kategorier, 4 siffror för tredje nivåns och 5 siffror för fjärde nivåns kategorier. Genom att läsa siffrorna från höger till vänster, kan man enkelt gå tillbaka från en specifik kod och titta på den bredare kategori som den tillhör, hela vägen till domänen eller kapitlet. Omvänt gäller att när man försöker välja den kategori som passar bäst för att beskriva en aspekt av ett funktionstillstånd, ska man först tilldela en lämplig komponent, därefter domän och kapitel för den kategori som avses. Slutligen ska man, inom ett visst block i det kapitlet, välja den kategori som bäst beskriver den aspekten av funktionstillstånd med önskad detaljnivå.

På varje nivå i klassifikationen finns det kategorier som slutar med antingen ”8” eller ”9”. De här kategorierna kan användas för att signalera antingen att den aktuella aspekten av funktionstillstånd inte täcks av befintliga definitioner men är tillräckligt specificerad för att kunna beskrivas (8: Annat specificerat) eller att det föreligger en aspekt för vilken den tillgängliga informationen är otillräcklig för närmare specifikation (9: Ospecificerat). Användare rekommenderas att läsa bilaga 1 (Taxonomi) och bilaga 2 (Kodning) till ICF-boken för att få ytterligare grundläggande information i dessa ämnen.

Hur kan ICF-kategoriernas olika nivåer användas?

Det finns ingen bestämd regel om vilken detaljnivå som ska användas vid tillämpning av ICF, men tillämpningens syfte och omfattning bör diktera vilken detaljering som krävs. När informationen väl har samlats in och kodats med en viss detaljnivå (till exempel med en kod på tredje nivån) är det alltid möjligt att omvandla informationen till en bredare kategori, men inte att fånga en högre specificitet

(till exempel fjärde nivån) utan att hämta mer data från informationskällan. Detaljnivån måste vara lämplig för ändamålet. Vid osäkerhet är ett klokt tillvägagångssätt att samla och koda informationen med största möjliga specificitet som tillåts med hänsyn till kostnad och datahanteringskapacitet.

Den detaljnivå som används ska vara lämplig för syftet och motsvara den informationskvalitet som är möjlig att uppnå vid insamlingen.

2.3 Hur beskriver jag kroppsfunktioner och kroppsstrukturer med kodstrukturen i ICF?

Aspekter av fysiologi och anatomi beskrivs med kategorier från del 1 i ICF: Kroppsfunktioner och kroppsstrukturer. Kroppen är en ingående del av människans funktionstillstånd och den biopsykosociala modellen betraktar den i interaktion med andra komponenter.

Kapitlen om struktur och funktion – anatomi respektive fysiologi – är organiserade parallellt. Exempelvis anges genitala och reproduktiva funktioner i kapitel 6 i Kroppsfunktioner, medan de här systemens anatomi representeras i kapitel 6 i Kroppsstrukturer.

De molekylära och cellulära detaljerna kring funktion och struktur fångas inte av ICF. Exempelvis fångas inte förekomsten av en extra kromosom 21 vid Downs syndrom av ICF, medan konsekvenserna av den anomalin på organ- och funktionsnivå beskrivs.

ICF-kapitlen om kroppsstruktur och kroppsfunktion avser anatomi respektive fysiologi och är organiserade parallellt.

Vad är skillnaden mellan kroppsfunktioner och kroppsstrukturer?

Kroppsfunktioner är kroppssystemens fysiologiska (inklusive psykologiska) funktioner, medan strukturer är det anatomiska underlaget. Syn är till exempel en funktion, medan ögat är en struktur, och kraft är en funktion, medan muskler är strukturer. I vissa kapitel kan den här skillnaden vara mindre uppenbar, till exempel är skallighet ett problem som rör hudens funktion (b850 Hårfunktioner), inte dess struktur. Användarna ska alltid kontrollera definitionen samt vad som innefattas och utesluts inom varje kategori innan de bestämmer sig för att använda en kod.

En intakt kroppsfunktion eller kroppsstruktur bör inte användas som en indikator för att den stödjande strukturen eller funktionen också är intakt. Omvänt bör en funktionsnedsättning eller strukturavvikelse inte användas för att dra slutsatser om eller anta en funktionsnedsättning eller strukturavvikelse i en stödjande kroppsstruktur eller kroppsfunktion. Exempelvis kan en svår nedsättning av intellektuella funktioner (b117.3) vara förenad med en anatomiskt intakt hjärna (s110.0), och en förmaksdefekt i hjärtat (s41000.35) kan vara förenad med en normal hjärtfunktion (b410.0).

Eftersom alla kategorier av kroppsfunktioner och kroppsstrukturer kan tillämpas samtidigt på en och samma person blir det särskilt viktigt att definiera de områden som är intressanta att beskriva och att välja detaljnivån. Återigen bör omfattning och syfte vägleda användaren i att välja det bäst lämpade alternativet.

Kroppsfunktioner är kroppssystemens fysiologiska (inklusive psykologiska) funktioner, medan strukturer är det anatomiska underlaget.

Vilka är bedömningsfaktorerna för kroppsfunktioner och kroppsstrukturer?

Kroppsstrukturer kodas med en generisk bedömningsfaktor, en valfri andra bedömningsfaktor som anger strukturavvikelsens beskaffenhet och en valfri tredje bedömningsfaktor som anger lokaliseringen, till exempel vänster eller höger. Den andra bedömningsfaktorn speglar förändringens beskaffenhet, som man uppfattar den med blotta ögat. Det kan hända att ett hälsotillstånd är förenad med fler än en typ av strukturförändring. I så fall kan det vara möjligt att välja den bedömningsfaktor som beskriver den typ

av förändring som har störst relevans för personen (regeln för ett sådant val skulle behöva definieras lokalt) eller att registrera alla funktionshinder som har samband med hälsotillståndet. Den tredje bedömningsfaktorn (lokalisering) ska vara relaterad till den kategori som används (exempelvis skulle en dislokation av en nedre halskota beskrivas med den tredje bedömningsfaktorn ”6 i mitten (proximal)” vid användning av koden s7600 – Rygggrad, men med bedömningsfaktorn ”7 distal” vid användning av koden s76000 – Halskotpelare.

Funktionsnedsättningar och strukturavvikelser är inte alltid permanenta eller kroniska. Exempelvis kan smärta förekomma endast vissa dagar eller under en del av dagen. I sådana fall ska funktionsnedsättningens frekvens, intensitet och varaktighet betraktas som uttryck för svårighetsgrad vid kodningen av funktionsnedsättningens omfattning. I barndomen och tonåren kan funktionsnedsättningar även ta sig uttryck i försenad utveckling av kroppsfunktioner.

Vid beskrivningen av kroppsfunktioner och kroppsstrukturer ska referenspunkten vara förväntade fysiologiska funktioner (inklusive psykologiska) och förväntad anatomi för en genomsnittlig person med samma ålder och kön. Vid beskrivning av barn kan det här innebära jämförelse med milstolpar i den allmänna befolkningens utveckling vid en viss ålder.

Hur ser sambandet ut mellan en ICF-kropps-komponent och en ICD-kod?

Vissa av kategorierna av kroppsfunktioner eller kroppsstrukturer kan återspegla ett sjukdomstillstånd, som den beskrivs och kodas i ICD. Exempelvis motsvarar ”b4200: Ökat blodtryck” helt och hållet ICD-koden för hypertoni. Dessa relationer behandlas i den aktuella ICD-versionen.

Man bör emellertid komma ihåg att ICF beskriver människors funktionstillstånd som en ”ögonblicksbild”, utan de följder för prognosen som en

Kroppsstruktur kan ha upp till tre bedömningsfaktorer, avseende strukturavvikelsens grad, beskaffenhet och lokalisering. Kroppsfunktion har en bedömningsfaktor, som anger graden av funktionsnedsättning.

Vissa ICF-kropps-kategorier speglar sjukdomstillstånd.

klinisk diagnos kan innebära. Beskrivningen av en viss funktionsnedsättning eller strukturavvikelse betyder inte att funktionsnedsättningen eller strukturavvikelsen är permanent och kan därför inte likställas med en diagnostisk slutsats.

2.4 Hur kan jag beskriva aktiviteter och delaktighet med ICF?

Handlingar och uppgifter som utförs av personer definieras som aktiviteter och engagemang i livssituationer definieras som delaktighet. Kapitlen och kategorierna i ICF täcker alla aspekter av livet, från enkla handlingar som att gå eller röra på sig till komplicerade och sociala situationer som att interagera med andra eller delta i skolan eller samhällsgemenskapen.

Kapitlen (domänerna) är organiserade i block där kategorierna är grupperade på ett ordnat sätt, antingen från enklare till mer komplicerade, som i domän 4 (Förflyttning) eller från allmänna till mer specifika, som i domän 7 (Mellanmänskliga interaktioner och relationer).

Kategorierna eller blocken av aktiviteter och delaktighet kan bestå av flera element som hänger samman med varandra. Exempelvis innebär ”delaktighet i skolutbildning” organisation av dagliga rutiner, genomförande av enkla och sammansatta uppgifter, hantering av stress och krav och så vidare. Vid valet av den uppsättning kategorier som passar bäst för att beskriva en aktivitet eller ett delaktighetsområde bör man lägga fokus på den uppsättning som bäst representerar dess kritiska aspekter och hänger samman med syftet med registreringen av informationen.

Vilka är alternativen för att beskriva aktiviteter och delaktighet?

ICF presenterar de 9 domänerna för aktivitet och delaktighet som en enda lista. Varje handling, särskilt när den utförs i en social omgivning, kan betraktas som delaktighet, och delaktighet innebär alltid utförande av en handling eller uppgift. Trots den här relationen, skiljer sig definitionerna av aktiviteter och delaktighet tydligt åt, och noggrant övervägande krävs för att särskilja aktiviteter och delaktighet.

Vid utvärderingen av aktiviteter och delaktighet använder det officiella WHO-kodningsformatet en enda lista över kategorier med fullständig överlappning. Användaren kan emellertid fritt välja bland de fyra alternativ som återges i ICF-bokens bilaga 3:

- Helt åtskilda uppsättningar av aktivitetsdomäner (till exempel domänerna 1–4) och delaktighetsdomäner (till exempel domänerna 5–9) (utan överlappning).
- Delvis överlappning mellan uppsättningarna av aktivitetsdomäner (till

Kapitlen *Aktiviteter* och *Delaktighet* i ICF gör det möjligt att beskriva alla livsområden för alla personer.

Det finns fyra alternativ i bilaga 3 till ICF-boken, där det fjärde alternativet – en enda lista med total överlappning – i dag rekommenderas av WHO.

exempel domänerna 1–6) och delaktighetsdomäner (till exempel domänerna 3–9).

- Alla första och andra nivåernas kategorier som delaktighet och alla högre nivåers kategorier (till exempel tredje och fjärde nivån) som aktiviteter.
- En enda lista över kategorier med total överlappning (officiellt WHO-kodningsformat – som vi nämnde ovan).

Det är av allmänt intresse för andra användare att orsakerna till valet och erfarenheten registreras varje gång ICF används. En sådan registrering rekommenderas uttryckligen i bilaga 3 (i ICF-boken), där det påpekas att ” Med den fortsatta användningen av ICF och med tillägget av empiriska data kommer evidens att bli tillgänglig när det gäller vilket av ovanstående alternativ som föredras av olika användare av klassifikationen. Empirisk forskning kommer också att leda till en tydligare operationalisering av begreppen aktiviteter och delaktighet. Data som rör hur dessa begrepp används i olika situationer, i olika länder och för olika ändamål kan genereras och kommer då att ge information för vidare revisioner av förslaget.”

Vilka är bedömningsfaktorer för aktiviteter och delaktighet?

Två bedömningsfaktorer kan användas för att beskriva aktiviteter och delaktighet, baserat på den generiska bedömningsfaktorn och konstruktionerna genomförande och kapacitet. Den första beskriver vad en person gör i sin aktuella omgivning. Den andra beskriver vad en person gör i en situation där kontextens effekt är frånvarande eller görs irrelevant (till exempel i en standardiserad utvärderingsmiljö). Genomförandet av aktiviteten eller graden av delaktighet bör alltid kunna observeras eftersom de återspeglar det aktuella funktionstillståndet i verkliga livet. Eftersom bedömningsfaktorn för genomförande beskriver interaktionen mellan personen och sammanhanget kan den emellertid förändras i andra omgivningar (exempelvis kan en persons funktionstillstånd förändras avsevärt i hemmet jämfört med på jobbet). Det finns olika alternativ för att ta hänsyn till den här variationen såsom att koda separata genomförandeprofiler för olika omgivningar eller göra en bedömning av genomförandet i den omgivning som har störst relevans för den aktuella ICF-användningen.

Två bedömningsfaktorer beskrivs i ICF – genomförande och kapacitet. Skillnaden mellan dem indikerar effekten av personens omgivning.

I vissa fall kan kapaciteten enkelt observeras genom att bara ta bort en särskilt relevant omgivningsfaktor (exempelvis skulle kapaciteten att gå hos en person som använder käpp kunna observeras genom att ta bort käppen, i en standardomgivning). I andra lägen kan det vara omöjligt att göra en objektiv bedömning av kapaciteten. Detta kan bero på att det inte går att ta bort den kontextuella faktorn under säkra förhållanden (till exempel ett läkemedel eller en implanterad medicinteknisk produkt). En annan orsak kan vara att sammanhanget faktiskt utgör en del av den beskrivna åtgärden (till exempel i mellanmänniska relationer eller hushållsgöromål). I sådana

lägen kan man härleda kapacitet genom uppskattning av tidigare insamlade data eller av upprepade utvärderingar i olika miljöer för att uppskatta vilken effekt en viss omgivning har på funktionsnivån (till exempel observera vilka svårigheter en person har i relationer med olika vänner i olika omgivningar).

Den kombinerade kodningen av genomförande och kapacitet är en kraftfull teknik för att förstå omgivningens slutliga effekt på en person. Den kan även ge användaren möjlighet att utföra ändringar i omgivningen för att förbättra funktionstillståndet. ”Skillnaden mellan kapacitet och genomförande återspeglar skillnaden mellan påverkan från de aktuella och enhetliga omgivningarna och ger därmed en användbar vägledning för vad som kan göras i personens omgivning för att förbättra genomförandet” [1, s15].

Vilka är de ytterligare bedömningsfaktorerna för aktiviteter och delaktighet?

Det finns en rad valfria eller ytterligare bedömningsfaktorer som kan vara användbara, däribland bedömningsfaktorer för ”genomförande utan assistans” och ”kapacitet med assistans”, vilka båda kan vara användbara i institutionella sammanhang. Användning av dessa ytterligare bedömningsfaktorer kan möjliggöra en differentiell utvärdering av förändringar i omgivningen, till exempel tekniska hjälpmedel, personligt stöd eller policyer som avser jämlik tillgång.

Det finns ytterligare, valfria bedömningsfaktorer, som är i olika utvecklingsstadier och används i olika utsträckning.

Det är möjligt att WHO i framtiden tar fram en ”bedömningsfaktor för engagemang eller subjektiv tillfredsställelse” för komponenten Aktiviteter och delaktighet [1, s 230–231]. En sådan bedömningsfaktor (”tillfredsställelse med delaktighet”) har tagits fram för användning i Australien, för att göra det lättare att beskriva aktiviteter och delaktighet [16,17]. I Japan har ICF-baserade befolkningsundersökningar resulterat i att det görs en åtskillnad mellan två indikatorer för genomförande av aktiviteter: ”universell självständighet” och ”begränsad självständighet” [18].

Vad är skillnaden mellan aktiviteter och kroppsfunktioner?

Aktiviteter kan avse samspelet mellan flera kroppsfunktioner och kroppsstrukturer. Exempelvis är att tala (d330) beroende av psykiska språkfunktioner (b167), röstfunktioner (b310) och artikuleringsfunktioner (b320), som alla stöds av tillhörande strukturer (s3). Att gå (d450) är beroende av orienteringsfunktioner (b114), balans (b235), funktioner för kontroll av viljemässiga rörelser (b760), muskelkraftsfunktioner (b730), muskeltonusfunktioner (b735), funktioner för rörlighet i leder (b710), ben (s7700), leder (s7701) – samt möjliggörande omgivningsfaktorer, som välbyggda vägar och gångstigar. Det är ofta möjligt att observera de specifika kroppsfunktionerna och de mer komplicerade tillhörande

Aktiviteter avser personen som helhet och kan avse flera kroppsfunktioner och kroppsstrukturer.

handlingarna separat.

I andra fall, till exempel för många psykiska funktioner, är aktiviteten det enda sättet att bedöma en kroppsfunktion. Det gäller till exempel utvärderingen av uppmärksamhetsfunktioner (b140), som bara kan utföras genom att observera aktiviteten att fokusera uppmärksamhet (d160).

2.5 Hur kan jag beskriva omgivningens påverkan med ICF?

Vad är underlättande och hindrande faktorer och hur kodar jag dem?

Den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning som människor lever i har ett betydande inflytande på deras funktionsstillstånd. Om omgivningens inflytande är positivt kommer det att resultera i att genomförandet ligger över den förväntade kapaciteten. Om däremot inflytandet är negativt kommer personernas genomförande att ligga under deras kapacitet. Om en omgivningsfaktor förbättrar genomförandet kodas den som en underlättande faktor, men om den försämrar genomförandet kodas den som ett hinder.

Vid kodning av frånvaron av en viss omgivningsfaktor, som till exempel ett hinder, bör man ta hänsyn till det sociokulturella sammanhang som en person lever i. Det kan kräva en bedömning av vad som är rimligt att förvänta sig. Är frånvaron av en elektrisk rullstol eller kollektivtrafik ett hinder på grund av att de inte är tillgängliga i ett visst sammanhang på landsbygden? I så fall, bör koderna i kapitel 1 (Produkter och teknik) och kapitel 5 (Service, tjänster, system och policyer) registreras som hinder? Hur kan förbättringar av service och tjänster identifieras om dessa faktorer inte registreras som hinder?

Vilka är de olika kodningsalternativen för omgivningsfaktorer?

Omgivningsfaktorer kan kodas som en separat lista, och i det fallet ska viktningen av deras inflytande göras mot den effekt som de har på hela personens funktionsstillstånd. Omgivningsfaktorer kan även kodas parallellt med den kategori som de påverkar. I så fall ska bedömningsfaktorn ta hänsyn till den effekt som faktorn har på den aktuella ICF-kategorin. Exempelvis kan kamraternas attityder påverka ett barns skolgång eller teknik

Omgivningen kan ha en betydande effekt på en persons funktionsstillstånd och det är viktigt att registrera i vilken grad den hjälper eller hindrar personen.

Det finns tre olika alternativ för att koda omgivningsfaktorer (i bilaga 2 i ICF-boken): med hänsyn till personen i sin helhet, till varje ICF-komponent eller till genomförande och kapacitet.

kan påverka sysselsättningen.

Omgivningsfaktorer ska kodas så som de hänger samman med den individ vars situation beskrivs. Underlättande faktorer och hinder ska kodas med hänsyn till den inverkan de har på personens funktionstillstånd. Bedömningsfaktorn ska användas för att beskriva i vilken utsträckning en omgivningsfaktor påverkar personens funktionstillstånd. Individens perspektiv bör tas med i utvärderingen av omgivningsfaktorer, när det är möjligt, vid beskrivning eller utvärdering av personens funktionstillstånd. Externa observatörer kan ge ett värdefullt bidrag till förståelsen för omgivningsfaktorerers effekter och vilka förbättringar som kan göras.

Det är inte sällsynt att en omgivningsfaktor fungerar både som en underlättande faktor och som ett hinder (till exempel ett läkemedel som förbättrar vissa symtom men orsakar biverkningar, en mor som stödjer sitt barn inom ett område men samtidigt hindrar barnets självständighet inom mellanmänskliga relationer eller specialiserade transporttjänster som underlättar användningen av transport men utgör ett hinder eftersom de har begränsad tillgänglighet och hindrar kollektivtrafiken från att bli fullt tillgänglig). Om motsatt effekt utövas på andra aspekter av ett funktionstillstånd är det möjligt att särskilja den motsatta påverkan genom att bifoga omgivningsfaktorns kod till den berörda kategorin med lämplig bedömningsfaktor som anger dess positiva eller negativa effekter (till exempel modern underlättar barnets personliga vård, men utgör ett hinder för barnets personliga interaktioner). Om påverkan observeras inom samma kategori skulle man antingen kunna uppskatta den slutliga totala effekt som den omgivningsfaktorn har på den aktuella aspekten av funktionstillstånd eller upprepa kategorin med ett annat bedömningsfaktormått.

2.6 Hur kan jag använda personliga faktorer?

Vilka är de personliga faktorerna?

Personliga faktorer omfattar till exempel kön, ålder, livsstil, vanor, utbildning och yrke. De representerar former av påverkan på funktionstillstånd som är specifika för individen och inte representeras någon annanstans i ICF. Ett exempel på det här är när en person misslyckas med att skaffa ett arbete, på grund av avsaknad av kvalifikationer, snarare än svårigheter gällande funktionstillstånd eller problem i omgivningen. Ett sätt att inkludera personliga faktorer i funktionsprofilen är med kommentarer och beskrivningar. Befolkningsundersökningar samlar rutinmässigt in sådan information som en del av enkäten.

Personliga faktorer representerar individspecifik påverkan på funktionstillstånd.

Varför har personliga faktorer ännu inte klassificerats?

Personliga faktorer är i nuläget inte klassificerade i ICF. Orsaken till detta är den stora samhällsmässiga och kulturella variationen samt bristen på tydlighet i sådana faktorer omfattning.

ICF utarbetades som ett universellt verktyg för att beskriva människors funktionstillstånd, hälsa och funktionshinder. De personliga faktorernas extrema variation och kontextberoende har hittills förhindrat ett gemensamt tillvägagångssätt för att klassificera dem. Många inslag i personliga faktorer (som ekonomisk status, utbildningsstatus och sysselsättningsstatus) har beskrivits och klassificerats av andra system. Exempelvis kan internationella och nationella statistikorganisationer utarbetade personliga faktorer, användas på lämpligt sätt när personliga faktorer behöver inkluderas. Dessutom kan vissa faktorer som kunde ha betraktats som ”personliga” redan ha klassificerats i ICF i sig. Exempel på detta är b126 Temperament och personlighetsfunktioner eller b1301 Motivation.

Framtagningen av en klassifikation för personliga faktorer har beskrivits som både en utmaning och en möjlighet. Genom att ta med sådan information vid datainsamlingen kan en undersökare tillhandahålla en empirisk bakgrund till den framtida utvecklingen av personliga faktorer i ICF.

Det finns fortfarande en brist på tydlighet när det gäller personliga faktorer omfattning.

2.7 Hur kan jag använda ICF med befintliga beskrivningar av funktionstillstånd?

Hur kan jag koppla ICF till informationssystem med en annan struktur?

ICF:s organisation som en klassifikation bygger på ICF-modellen och följer bestämda taxonomiska principer. Funktionshinderrelaterad information som har genererats oberoende av ICF-modellen och ICF-klassifikationen kan ibland enkelt länkas eller mappas till enskilda kategorier eller koder på en ett-till-ett-basis, ibland inte. Exempelvis kan kategorier av funktionshinder som används av utbildningssystemen och analyseras enligt ICF-modellen representera följande:

- ett hälsotillstånd som representeras i ICD (till exempel hyperaktivitetsyndrom med uppmärksamhetsstörning eller autism)
- en funktionsnedsättning eller strukturavvikelse (till exempel av uppmärksamhetsfunktioner eller innerörats struktur)
- ett kluster av funktionsproblem med identifiering av ett underliggande hälsotillstånd (till exempel intellektuella funktionshinder eller fysiska funktionshinder)

- ett kluster av funktionsproblem utan identifiering av ett underliggande hälsotillstånd (till exempel utvecklingsförsening eller inlärningssvårigheter).

Huvudsyftet med en mappning bör vara att förtydliga och identifiera begrepp och innehåll med hjälp av ICF. Mappningen kan upprättas till befintliga databaser, andra klassifikationer eller nomenklaturer samt bedömningsinstrument som är relaterade till funktionshinder. Mappingsregler [8] kan användas närhelst de är tillämpliga.

Textruta 8: Informationssystemen lär sig tala ICF: FABER-lösningen

En webbapplikation benämnd FABER har utvecklats av WHO-FIC:s samarbetscentrum i Italien för att samla in information med hjälp av ett bedömningsstruktur bestående av flera axlar, som överensstämmer med ICF. ICF och andra medicinska terminologisystem används för att registrera information. Webbprogrammet omfattar en informationsmodell och en beskrivningsmodell. Informationsmodellen innehåller konkreta registerposter. Beskrivningsmodellen tillhandahåller mallar för det biopsykosocialt uppbyggda registret. Mallarna beskriver information som kan anges, alla med hänvisning till ICF-begreppsmodellen. Särskild tonvikt lades på att samla in information om omgivningsfaktorer, för att beskriva interaktionen mellan en person och personens omgivning.

FABER:s begreppskonstruktion utvecklades och en minsta datauppsättning för enskilda poster infördes. Detta, enligt ett ad hoc-protokoll för biopsykosocial bedömning som testats för över 1 300 italienska öppenvårdspatienter i ett nationellt projekt under perioden 2008–2010. FABER fylldes i genom olika steg och av olika yrkesutövare som arbetade tillsammans. Webbapplikationen tillhandahåller specifika utdata som är användbara för att skilja mellan funktionstillstånd och funktionshinder i samma funktionsprofil. Detta för att belysa inblandade omgivningsfaktorer (OF) och för att planera rimliga anpassningar för att övervinna funktionshinder. En särskild algoritm utformades för att skilja mellan positiva och negativa aspekter av interaktionen mellan en person och personens omgivningsfaktorer. Två fältprövningar utfördes år 2011 respektive 2012 på 400 personer med en rad olika hälsotillstånd och från olika åldersgrupper. Alfaversjonen, på italienska, var anpassad till Italiens välfärdssystem, service, tjänster och policyer. En internationell version som fungerar på andra språk och i olika system planeras. <http://www.reteclassificazioni.it>

Kan ICF hjälpa till att klargöra hur människor tänker kring funktionshinder?

Det är möjligt att vinna insikter i hur människor tänker kring funktionshinder genom att jämföra uttalanden och underliggande förutsättningar och genom att ställa frågor och analysera textinformation utifrån ICF-modellen, begreppsramen och klassifikationen. I vissa situationer kan termen ”funktionshinder” användas utan strikt tolkning eller medvetenhet om de möjliga underliggande begreppen, övertygelserna eller teorierna. ICF bygger emellertid på en integration av medicinska och sociala modeller för att uppnå en samstämmig bild av olika sätt att se på hälsa och funktionshinder ur ett biologiskt, individuellt och socialt perspektiv.

I alla sammanhang bör man överväga komplexiteten i att kombinera information som har skapats i olika filosofiska, vetenskapliga, institutionella och kulturella miljöer av personer med olika grader av personlig inblandning eller professionellt intresse. Exempelvis kan kliniska data baserade på information som har samlats in av en viss grupp yrkesutövare ge helt andra resultat än information från en befolkningsundersökning baserad på självrapporterade data. Tillförlitliga kunskaper som används som grund för långtgående beslut bör baseras på en meningsfull integration av all tillgänglig information.

3 Använda ICF inom klinisk praxis och utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal

3.1 Kan ICF användas för att förbättra hälso- och sjukvårdspersonalens utbildning?

Vilken är den aktuella statusen för hälso- och sjukvårdspersonalens utbildning?

En global oberoende kommission om utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal på 2000-talet bedömde att studenterna på grundnivån i dag inte är tillräckligt väl rustade för att stärka hälso- och sjukvårdssystemen och tillgodose populationernas hälsobehov [19]. De framsteg som har gjorts inom hälso- och sjukvården under det senaste årtiondet kommer relativt få till del, vilket leder till ökade ojämlikheter i hälso- och sjukvården. Den här rapporten från Lancetkommissionen, la fram rekommendationer om en utbildningsmässig och institutionell reform av utbildningsanstalter, däribland strategier som betonade personcentrerad och samhällsbaserad utbildning för att minska denna klyfta. Det här skulle kunna åstadkommas genom att införa en kompetensbaserad läroplan som främjar transformativt lärande, för att ge studenterna det de behöver som nydanare. En harmonisering mellan utbildningssystemet och hälso- och sjukvårdssystemet är en annan avgörande komponent som identifierades. Detta ömsesidiga beroende skulle kunna stärkas genom inter- och transprofessionell(t) utbildning och lärande [19].

Användningen av ICF-ramverket som ett tillvägagångssätt för patientvård kan spela en strategisk roll i att förvandla utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal [20] och förbättra samarbetet mellan olika yrkeskategorier [21]. Den här processen kan bidra till att stärka hälso- och sjukvårdssystemet och individers hälsostatus.

Införlivandet av ICF-ramverket i utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal kan förbättra förhållningssättet till patientvård och samarbetet mellan olika yrkeskategorier.

Vilken hälso- och sjukvårdspersonal bör få utbildning i att använda ICF och varför?

ICF kan användas i utbildningen på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå för all hälso- och sjukvårdspersonal samt i primärvårdssammanhang och av personal som arbetar med vård i hemmet [22,23,24]. Fördelarna med att integrera ICF i utbildningen på det här sättet är följande:

ICF kan tillämpas av all hälso- och sjukvårdspersonal, och kan därför fungera som en grund för yrkesöverskridande utbildning, samarbete och praxis.

- Ramverket fungerar som en katalysator för förändringshantering allteftersom pedagogerna börjar modellera ett holistiskt tillvägagångssätt för patientvård.
- Teamets traditionella hierarkiska struktur förändras. Teammedlemmarna blir jämbördiga samarbetspartner i teamet, så att deras bidrag värderas lika. Därigenom skapas en omgivning där vem som helst av teammedlemmarna kan samordna hanteringen av en patient.

ICF kan användas för att strukturera en helhetssyn vid behandlingen av vilken patient som helst med vilket hälsotillstånd som helst, och säkerställa personcentrerad vård. ICF tillhör ingen särskild disciplin, utan är neutral. Det gör den till ett idealiskt verktyg för att koppla samman och integrera information i undervisningen till olika grupper av sjukvårdspersonal. Användningen av ICF-ramverket i undervisningen som en gemensam strategi för att bedöma och behandla patienter kan leda till

- en förbättrad patientupplevelse
- ett biopsykosocialt-själsligt förhållningssätt till patientvård
- förbättrade hälsoreultat
- en stärkning av hälsosystemen
- bättre yrkesöverskridande utbildning, samarbete och praxis
- delning och omfördelning av uppgifter.

ICF-ramverket kan tillhandahålla en vägledning för att undervisa i folkhälsa och för att utveckla kompetenser inom folkhälsa. Domänen Omgivningsfaktorer kan tillhandahålla ett ramverk där studenterna kan samla in, analysera, tolka och delge information som rör

- resultat inom folkhälsa
- sociala bestämningsfaktorer för hälsa
- hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter i samarbete med samhällets partner
- kartläggning av samhällets tillgångar.

Leder användning av ICF till bättre kliniskt verksamma studenter?

Det finns forskningsrön som tyder på att användning av ICF kan leda till en mer heltäckande bedömning och behandling av patienter. Det här visade sig vara fallet när en funktionsmodell, snarare än en traditionell, enbart diagnosbaserad modell, användes för att bedöma patienter med multipel skleros. Bedömningen var mer omfattande och fler kategorier som krävde insatser identifierades [25].

När modellen infördes i fysioterapeuternas utbildning för att de skulle lära sig hantera barn med utvecklingsstörningar gav det upphov till att insatsplanerna påvisade en större medvetenhet om kontextuella faktorer påverkan och en bättre förståelse för delaktighet och social interaktion [26].

När läkarstudenter använde ICF-ramverket i primärvårdssammanhang ledde det till ett förbättrat transformativt lärande samtidigt som det underlättade ömsesidigt beroende och bidrog till att stärka hälso- och sjukvårdssystemet [22].

Användningen av ICF kan leda till ett mer heltäckande förhållnings-sätt till funktionshinder.

3.2 Hur kan ICF användas inom utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal?

Hur kan ICF bidra med information till läroplansutveckling?

Om ICF-ramverket används i samband med utarbetandet av en läroplan, bidrar det till att säkerställa att det starka fokus som traditionellt sett läggs på sjukdom, kroppsfunktioner och kroppsstrukturer balanseras genom att aktivitetsbegränsningar, delaktighetsinskränkningar och kontextuella faktorer kommer med i läroplanen. ICF kan användas för att vägleda analysen av behoven i ett samhälle och i hälso- och sjukvårdssystemet och ta fram ytterligare information för planering och utveckling av en samstämmig läroplan. Läroplanens utformning kan förbättras genom följande åtgärder:

ICF kan förbättra utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal genom att förbättra och balansera läroplanens utformning.

- Planera och utforma det övergripande syftet med läroplanen, de specifika målen, de mätbara resultaten, utbildningsstrategierna och innehållet efter ICF-ramverket. Processen bör omfatta samhällsaktörer, studenter och alla relevanta yrken inom hälso- och sjukvården.
- Inför gradvis ICF i allt större omfattning i läroplanen. Det breda ICF-ramverket kan införas i ett tidigt skede och mer detaljerad information om koder och bedömningsfaktorer kan, när så är lämpligt, gradvis läggas till under utbildningen.
- Använd detta ramverk för att mappa innehåll i undervisningen inom

olika yrken, discipliner och ämnesområden. Det kan hjälpa till att undanröja ”stuprör” (vertikal, isolerad verksamhet) som råder i traditionella utbildningar [27].

- Utarbeta fall för problemorienterat lärande med information relaterad till komponenterna och domänerna i klassifikationen.

Vikten av att ha en yrkesöverskridande utbildning, delning och omfördelning av uppgifter utgjorde Lancetkommissionens nyckelresultat [19]. Detta kan främjas genom att använda ICF. ICF-ramverket kan användas inom yrkesöverskridande utbildning, samarbete och praxis, bland annat för att strukturera gemensamma patientjournaler i (omfattande) öppenvårdskliniker (till exempel rehabilitering, psykiatri, kroniska livsstilssjukdomar).

I gemensamma, samhällsbaserade aktiviteter och forskningsprojekt inom service, tjänster och lärande kan problemen, forskningsfrågorna och resultatmåttan innefattas i ICF-ramverket.

Varför ska man använda ICF i utvecklingen av klinisk kompetens?

En av de svåraste färdigheter som en sjukvårdsstuderande ska lära sig är kliniskt resonemang. ICF kan tillhandahålla ett användbart ramverk där alla de som deltar i patientvården kan strukturera bedömningen och behandlingen av personer. Värdet hos ICF som ett undervisnings- och lärandeverktyg för utveckling av klinisk kompetens omfattar följande:

- Den tillhandahåller en systematisk, enhetlig metod för att samla in data för alla tillstånd, åldrar och miljöer.
- Pedagoger inom varje yrke och disciplin kan använda samma tillvägagångssätt och ramverk, vilket gör att studenterna får lära sig en enhetlig modell för att planera bedömning och behandling.
- Studenterna kommer inte att dela upp behandling av olika hälsotillstånd i fack. I stället kommer de att lära sig att integrera information från olika discipliner (till exempel anatomi, fysiologi, patologi, sociologi), system (till exempel hjärt-kärlsystemet, muskler och skelett) och yrken eller specialiteter (till exempel kirurgi, folkhälsa och medicin) [27].

Det har påvisats att ju mer förtrogna studenterna är med ICF, desto mer heltäckande blir deras bedömning och behandling av sina patienter. Det kliniska resonemanget förbättras, så att studenterna kan ta fram en komplett klinisk och kontextuell profil för patienten [28].

ICF:s begreppsmässiga ramverk är ett idealiskt verktyg för att uppmuntra studenterna att undersöka och integrera relationen mellan de olika komponenterna, eftersom den betonar att det inte finns något linjärt orsakssamband mellan ett visst hälsotillstånd och faktiska funktionstillstånd.

Vilka delar av ICF bör tas med och på vilken nivå?

Studenterna bör få en introduktion av ICF:s begreppsram tidigt i utbildningen, så att de blir förtroga med den breda strukturen med komponenter, interaktioner och domäner. Studenterna bör också få lära sig hur de ska göra för att samla in alla relevanta data, men även hur de undviker att spilla tid på att samla in information som är utan betydelse för behandlingen av patienten [29]. Det kan vara så att all hälso- och sjukvårdspersonal bör ha möjlighet att bedöma funktionstillstånd och hälsa på en väldigt hög nivå, medan olika hälso- och sjukvårdspersonal kan ha olika krav beträffande användningen av mer detaljerade koder, det vill säga på tredje eller fjärde nivån. Vilken mängd information som krävs kan även bero på patientens funktionsstatus och hälso- eller sjukdomstillstånd.

ICF bör införas i studenternas läroplan och starta tidigt med det generella ramverket och sedan gå vidare till den detaljerade kodningen.

Kan ICF hjälpa studenterna att utöva evidensbaserad hälso- och sjukvård?

ICF har visat sig användbar för att ta fram resultatbaserade bedömningar [30]. Införlivandet av ICF:s resultatmått i bedömningen av en patient kan vara ett värdefullt undervisningsverktyg eftersom det möjliggör en konsekvent utvärdering av effekterna av olika insatser och bygger färdigheter i "bästa praxis" som är baserade på förstahandserfarenheter.

ICF möjliggör en konsekvent utvärdering av insatser, vilket bygger evidens för effektivitet.

Kan ICF hjälpa till att utveckla etisk klinisk praxis hos studenter?

Studenter inom hälso- och sjukvård bör utveckla respekt för sina patienters självständighet och värdighet. ICF innehåller elva etiska bestämmelser, om respekt och förtroende, klinisk användning av ICF och social användning av ICF-information [1 s 244–245] (textruta 4 i denna manual).

Det personcentrerade förhållningssättet i bedömningen och behandlingen kan säkerställa att varje persons kontextuella bakgrund beaktas i samband med interaktioner eller när studenterna hjälper till med behandling av hälsa och funktionstillstånd. Det här gäller särskilt i mångkulturella samhällen [31]. I en studie, där studenterna tillämpade ICF-ramverket, visade det sig att de kunde identifiera etiska utmaningar och ta större ansvar i arbetet med dessa i samband med fallet [22].

Genom att följa de etiska riktlinjerna för ICF vägleds studenten mot ett patientorienterat förhållningssätt med respekt för kulturell mångfald.

3.3 Hur kan jag använda ICF för att beskriva funktionstillstånd i klinisk praxis?

Hur kan jag använda en ICF-baserad patientprofil?

En ICF-baserad funktionsprofil kan användas för att komplettera den diagnostiska informationen om en patient eller en patientkohort med information om funktionstillstånd. Denna ytterligare information ger en mer robust bild av personens övergripande hälsostatus. En sådan bild är betydelsefull och användbar för alla tillstånd, men ofta särskilt intressant vid kroniska sjukdomstillstånd och icke-smittsamma sjukdomar. Exempel på möjliga användningsområden för en ICF-baserad patientprofil är följande:

- ögonblicksbild av en enskild persons profil för att upptäcka behov, problem och styrkor
- dynamisk profil för en persons eller grupps funktionsstatus för att spåra förändringar, till exempel till följd av naturligt förlopp, insatser eller förändringar i omgivningen
- funktionsprofil för en kohort som grupperas efter vissa kriterier (till exempel diagnos, ålder eller kön)
- planering av en behandling.

En ICF-baserad patientprofil lägger fokus på hur personen fungerar vid en viss tidpunkt.

Vilket fokus har en ICF-baserad patientprofil?

Den ICF-baserade patientprofilen lägger alltid fokus på hur personen fungerar vid en viss tidpunkt, med hänsyn till omfattning och syfte. Den har även ett tidsintervall och en omgivning som ger en stabil representation av en persons funktionstillstånd, av praktiska skäl. Tidsperioden skulle till exempel kunna vara en vecka eller en månad. En lämplig omgivning skulle till exempel kunna vara den där personen tillbringar större delen av tiden, till exempel arbetet eller hemmet. Fastställandet av de här parametrarna är ännu viktigare vid registrering av intermittenta, cykliska eller periodvisa aspekter av funktionstillstånd, som sömn, menstruationsfunktioner, bilkörning, rekreation eller delaktighet i sociala tillställningar. Det kan då även påvisa förändringar inom intervallet eller mellan olika omgivningar.

Särskilt fokus kan ägnas åt specifika aspekter av funktionstillstånd, som har betydelse för profilens omfattning. Därför kan profilens detaljnivå vara icke-homogen om ett visst område är av särskilt intresse och motiverar profileringen. Under alla omständigheter, även i en asymmetrisk profil som fokuserar på vissa kapitler eller domäner, är det alltid möjligt att gå tillbaka från en mer detaljerad uppsättning koder till en högre nivå i klassifikationen, till exempel den andra nivån eller kapitelnivån, för att representera profilen som en homogen datauppsättning.

Hur kan ICF användas för att bedöma funktionstillstånd?

Det är möjligt att skapa en fullständig representation av människors funktionstillstånd genom att använda en lämplig samling av ICF-kategorier och ICF-bedömningsfaktorer. ICF tillhandahåller ett systematiskt och meningsfullt system för all information som rör funktionstillstånd. Processen för att producera en ICF-baserad funktionsprofil innebär alltid omvandling av insamlade informationselement till ICF-kategorier. Det finns två sätt att göra detta:

1. genom att omvandla den information som har samlats in med befintliga bedömningsinstrument till lämpliga kategorier eller bedömningsfaktorer
2. genom att direkt koda den kliniska observationen till ICF-kategorier och ICF-bedömningsfaktorer.

ICF-funktionsprofilen kan vara resultatet av någon av dessa två metoder eller en kombination av dem. Omfattning och lönsamhet bör övervägas vid valet av metod och detaljnivå (till exempel hur många kategorier och vilken nivå på kategorier som ska användas).

Hur mycket tid och resurser behövs för att samla in denna information?

Hur lång tid som krävs för att samla in informationen för att koda profilen beror inte på ICF, utan på bedömarens professionella expertis, vilka kunskaper som finns enkelt tillgängliga och komplexiteten hos de bedömningsverktyg som används.

Faktorerna omfattar detaljnivå (det vill säga vilket antal koder som krävs för profilen), kodarnas expertis och bedömningsinstrumentets direkta överensstämmelse med ICF. Exempelvis är det enklare att omvandla informationen till ICF-koder om man använder ICF-baserade bedömningsinstrument, som WHODAS 2.0 [32], än om man använder icke-ICF-baserade instrument.

Mänskliga resurser beror på den kliniska kontext där profilen utförs. I tvärvetenskapliga team leder fördelningen av kodningen mellan de olika yrkesutövarna till avsevärt förkortad arbetstid och minskad arbetsbelastning. I andra sammanhang kan det vara nödvändigt att låta en person sköta all kodning. De materiella resurserna kan vara begränsade till ICF:s röda bok och en loggbok, men ett flertal erfarenheter med datorstödd profilering har rapporterats och testats.

Den information som samlas in genom klinisk observation eller med bedömningsinstrument kan omvandlas till ICF-kategorier för att beskriva funktionstillstånd.

Hur lång tid som krävs för att samla in ICF-information beror på den professionella expertisen, vilka kunskaper som finns tillgängliga samt komplexiteten hos de bedömningsinstrument som används.

Hur väljer jag komponenter och intresseområden?

För att färdigställa en funktionsprofil som är representativ för alla hälsodomäner (se avsnitt 2) måste man överväga alla ICF-komponenter. En blivande ICF-användare måste först välja mellan en homogen profil som täcker in alla komponenter med samma detaljnivå och en profil som särskilt betonar vissa områden. Därefter måste man besluta om det antal kategorier som används ska begränsas eller inte – ett beslut som ofta baseras på omfattningen och de tillgängliga resurserna. Slutligen måste användaren välja vilka koder som ska användas. Alla alternativ har olika styrkor och svagheter och det finns ingen enskild strategi som passar i alla lägen. Varje användare bör identifiera den lösning som passar bäst för omfattningen och miljön. Exempel på tillvägagångssätt som har testats:

Varje användare bör välja den lösning som passar bäst för ändamålet, omfattningen och miljön. Det finns ingen enkel strategi för att välja komponenter eller domäner.

- **Använda WHODAS 2.0 eller andra ICF-baserade bedömningsinstrument.** Den enklaste metoden är att använda de bedömningsinstrument som har tagits fram för att bedöma funktionstillstånd enligt ICF, till exempel WHODAS 2.0.
- **Använda hela klassifikationen:** Kodarna väljer de koder i hela ICF som är mest relevanta och lämpligast för personen och omfattningen. Den här metoden ger största möjliga specificitet, men kan vara otymplig eller svår att hantera, samtidigt som den kräver större kännedom om kodningen i ICF.
- **Använda en begränsad fördefinierad nivå:** Liknar användningen av hela klassifikationen, men med en begränsad tillåten detaljnivå, till exempel att endast andra eller tredje gradens kategorier får användas.
- **Använda en fördefinierad kort lista:** Det här innebär förhandsurval av ett antal kategorier som ska utvärderas hos alla patienter under varje förhållande. Det finns flera typer av korta listor:
 - **Kort lista 1 – ICF-checklista:** När WHO utförde fälttester av ICF sammanställdes en checklista med 169 kategorier som var avsedd att vara representativ för hela klassifikationen för alla åldrar, i olika miljöer och samband med olika hälsotillstånd. ICF-checklistans tillämpningsområde var att validera klassifikationen i olika fälttestförsök, inte specifikt att användas i klinisk miljö. Den här korta listan är fritt tillgänglig, har testats i hög utsträckning och tar i genomsnitt 30–60 minuter att fylla i samtidigt som den ger en balanserad bild av alla aspekter av funktionstillstånd. Många av de ingående koderna kan sakna relevans i en viss situation, medan vissa koder som har betydelse för en viss situation kan saknas.
 - **Kort lista 2 – Koduppsättningar för specifika miljöer eller användningsområden:** Sådana checklistor tas fram systematiskt av användare i den aktuella miljön eller tillämpningen och förfinas för det specifika användningsområdet. De kan vara gemensamma för

- flera miljöer eller yrken, men även vara platsspecifika. De här listorna kan lägga fokus på relevanta frågor och minska skillnaderna mellan olika användare i den identifierade miljön, men framtagningen av sådana koduppsättningar kan kräva kunskaper och konsensus i hela fältet före genomförandet.
- **Kort lista 3 – ICF-standardurval för specifika förhållanden:** Det här är checklistor som tas fram genom en vetenskaplig process som innebär att man utför en systematisk litteraturgenomgång, en tvärsnittsstudie vid flera centra, en expertundersökning, en kvalitativ studie och en internationell konsensuskonferens [33,34,35] för att uppnå bästa möjliga representation av den typiska funktionsprofilen hos personer med ett visst hälso- eller sjukdomstillstånd eller i ett visst sammanhang (till exempel program för yrkesinriktad rehabilitering). Exempelen omfattar ryggradsskada, artrit, diabetes, stroke, depression och fetma. Den här formen har förfinats ytterligare för att representera funktionstillståndet hos personer med en viss medicinsk diagnos, i bestämda etapper av den kliniska processen, till exempel postakut kontra kronisk. Standardurvalen tar emellertid inte särskild hänsyn till samsjuklighet, vilket gör att de kan minska funktionsprofilens specificitet.

Hur bedömer jag en persons omgivning?

Omgivningsfaktorer kan påverka såväl aktiviteter och delaktighet som kroppsfunktioner och kroppsstrukturer (exempelvis påverkar urindrivande medel ”b610 Urinutsöndringsfunktioner” och en intravaskulär sten förändrar ett kärls lumen). Hjälpmedel och utrustning är visserligen de allra vanligaste omgivningsfaktorerna som man bör ta hänsyn till vid användningen av ICF, men det finns andra faktorer som förtjänar samma uppmärksamhet, även om de är mindre uppenbara. Till exemplen hör luftkvalitet för personer med astma eller stigman associerade med en diagnos inom psykisk hälsa. Ett annat exempel skulle kunna vara en kliniker i en ”standardiserad” omgivning, till exempel ett sjukhus, som förbiser omgivningen som en källa till variation med betydande inverkan på funktionstillstånd. Närvaron av personligt stöd syftar specifikt till att optimera genomförandet, trots ett problem med funktionstillstånd eller omgivning. Detta kan faktiskt ge upphov till en jämn genomförandeprofil för personer som annars skulle uppvisa betydande skillnader i kapacitet eller i genomförande utan assistans. Här följer några av de punkter som ska övervägas vid bedömningen av omgivningens påverkan på funktionstillstånd:

Ett flertal punkter bör övervägas vid beskrivningen av alla omgivningsfaktorer: normal miljö, tid, förekomst kontra frånvaro av en förväntad faktor, informationskälla.

Hur är personens genomförande i sin vanliga omgivning? Beakta den omgivning, till exempel arbetet eller hemmet, där personen tillbringar mest tid för att bedöma omgivningens påverkan på funktionstillståndet. Ett kliniskt sammanhang eller en särskild vårdcentral är kanske inte representativt för den omgivningen. För att samla in information om relevanta omgivi-

ningar kan det vara nödvändigt att göra ett hembesök och utföra målinriktade intervjuer med personen eller vårdgivarna.

Över vilken tidsperiod ska genomförandet bedömas? Omgivningsfaktorerna eller deras påverkan är kanske inte ständigt närvarande och relevanta. Exempelvis kan ett personligt stöd vara närvarande under en del av dagen eller ett läkemedel kan verka i några timmar. Därför är det viktigt att använda ett tidsintervall som är tillräckligt långt för att ta hänsyn till dessa variationer.

Vilken utrustning behöver eller använder personen? Beakta genomförandet med den utrustning och de hjälpmedel som finns till hands. Utrustning som förväntas finnas i sammanhanget, men saknas (till exempel en säng, en stol eller insulin för en person med diabetes) kan kodas som ett hinder. Hjälpmedels påverkan på funktionstillstånd kan noteras med hjälp av den ytterligare bedömningsfaktorn för aktivitet och genomförande (det vill säga "genomförande utan assistans").

Vilket personligt stöd behöver eller får personen? På samma sätt som för behovet av utrustning kan den ytterligare bedömningsfaktorn för genomförande i det här fallet användas för att skilja mellan förändring av kapacitet till följd av personligt stöd och den som förklaras av utrustning och hjälpmedel.

Vem deltar i att tillhandahålla information? De omgivningsfaktorer som har störst betydelse kan till exempel vara de personer (till exempel modern för ett barn, vårdgivaren för en person med funktionshinder) som lämnar information till den person som gör bedömningen. När så är möjligt får information från den person som ger stöd övervägas tillsammans med den information som lämnas direkt av personen samt information som man får genom klinisk observation. Funktionsprofilen ska alltid utgå från den beskrivna personens perspektiv, och den här personen ska utgöra den primära informationskällan. Funktionsprofilen bör emellertid även vara så objektiv som möjligt, som en profil över funktionstillstånd och hälsa och inte bara upplevelsen av hälsa. Därför bör den slutgiltiga kodningen blanda de olika informationskällorna för att uppnå den bästa möjliga uppskattningen av en opartisk, objektiv representation som ändå införlivar faktorer som har betydelse för den berörda personen.

Hur används bedömningsfaktorer i det kliniska sammanhanget?

I det kliniska sammanhanget måste koden innehålla minst en bedömningsfaktor för att ha någon mening. (Se avsnitt 2.1, ovan, för allmän information om användningen av bedömningsfaktorer.)

Ta hänsyn till frekvens och varaktighet: Ett problem med varierande frekvens eller varaktighet kan beskrivas med den första generiska bedömningsfaktorn. Den generiska bedömningsfaktorns procenttal kan indikera den grad av svårighet som

ICF:s bedömningsfaktorer kan användas för att beskriva frekvens, varaktighet eller lokalisering samt relevanta omgivningsfaktorer och annan information.

påträffats eller effektens tidslängd [1 s 22]:

- _xxx.0: **inget problem:** Personen har aldrig något problem eller har bara problem väldigt sällan.
- _xxx.1: **lätt problem:** Problemet förekommer mindre än 25 procent av tiden, med uthärdlig intensitet, och har bara uppträtt vid sällsynta tillfällen under de senaste trettio dagarna.
- _xxx.2: **måttligt problem:** Problemet förekommer mellan 25 och 50 procent av tiden, med en intensitet som gör att det ibland stör det dagliga livet.
- _xxx.3: **stort problem:** Problemet förekommer mellan 50 och 95 procent av tiden, med en intensitet som uppträder frekvent och delvis förändrar det dagliga livet.
- _xxx.4: **totalt problem:** Problemet förekommer över 95 procent av tiden, med en intensitet som totalt förändrar det dagliga livet.

Använda den tredje bedömningsfaktorn i Kroppsstruktur: Den tredje bedömningsfaktorn för kroppsstruktur anger problemets lokalisering. När det inte finns någon möjlig tvetydighet beträffande problemets lokalisering (till exempel leversteatos (fettinfiltration) i hela levern: s560.x7, eller en kranie storlek som överskrider normala mått: s7100.x4) kan den här bedömningsfaktorn utelämnas.

Använda bedömningsfaktorerna 8 och 9: Innebörden hos bedömningsfaktorerna 8 och 9 förklaras i avsnitt 2.1.

- Bedömningsfaktorn 8 (ej specificerat) kan väljas när ett problem är känt, men inte kan kvantifieras eller preciseras när det gäller karaktär eller lokalisering. Informationen om att det finns ett problem kan vara relevant och tillräcklig i sig, oavsett problemets grad. Det här kan även signalera ett behov av ytterligare bedömning för att uppnå en mer precis kvantifiering.
- Bedömningsfaktorn 9 (ej tillämpligt) kan användas när det inte är möjligt att ens ange om det finns ett problem eller inte. Det här kan inträffa på grund av brist på information eller för att informationen inte kan hämtas. Det kan finnas kategorier i checklistor eller andra fasta listor över koder som inte är tillämpliga på en viss person (till exempel b6601.9, b6602.9, b6603.9: funktioner som hänger samman med havandeskap, funktioner som hänger samman med förlossning och mjölkproduktion för en man). Bedömningsfaktorn 9 kan ange en aktivitet som inte utförs rutinmässigt av personen när det inte finns något sätt att ta reda på om personen har kapacitet att utföra den (till exempel d630.99 för en person som aldrig har försökt bereda en måltid).

Olika alternativ för aktiviteter och delaktighet i det kliniska sammanhanget: Bedömningsfaktorerna för aktiviteter och delaktighet behandlas i "Beskriva funktionstillstånd" (avsnitt 2). I det kliniska sammanhanget kan användning av de tredje eller fjärde bedömningsfaktorerna (kapacitet med assistans och genomförande utan assistans) möjliggöra en precis beskrivning av den grad av självständighet som en person har när det gäller att

utföra en uppgift med hjälp av utrustning. Detta kan vara ett specifikt behandlingsmål eller ett relevant resultat (till exempel åstadkomma självkaterisering utan handledning eller personlig hjälp för en person med neurologisk urinblåsa).

Alternativ för omgivningsfaktorer vid användning i det kliniska sammanhanget: Alternativen för kodning av omgivningsfaktorer behandlas i ”Beskriva funktionstillstånd” (avsnitt 2). Lönsamheten hos de olika alternativen bör utvärderas vid användning av ICF i det kliniska sammanhanget. Exempelvis förbättras specificiteten av omgivningens påverkan på en viss kategori, till exempel kroppsfunktioner och läkemedelseffekter på målfunktionen (b420 blodtrycksfunktioner moduleras till exempel av blodtryckssänkande läkemedel). Det kan emellertid förekomma upprepningar i koderna för omgivningsfaktorer som påverkar flera aspekter av funktionstillstånd (stödet från den närmaste familjen är till exempel mycket genomgripande för ett barn och omfattar de flesta aspekterna av aktiviteter och delaktighet (A&D)).

Omvänt kan användningen av en separat ”omgivningsfaktorlista” över kategorier vara mer konstlad och kräva att bedömaren balanserar den faktorns effekt på hela funktionsprofilen, vilket fordrar en viss generalisering.

Kvantifiera omgivningsfaktorerens påverkan: Det finns två olika alternativ som kan följas:

- Betrakta påverkan som den grad av förändring som omgivningsfaktorn åstadkommer av personens funktionstillstånd. En omgivningsfaktor kan inte betraktas som en modulerande faktor om den inte förändrar personens funktionstillstånd.
- Hänvisa till den skillnad mellan genomförande och kapacitet som iakttas för de kategorier som den specifika omgivningsfaktorn påverkar.

Hur är ICF-bedömningsfaktorerna relaterade till befintliga instrument?

Bedömningsinstrument kan användas i klinisk praxis för att mäta många aspekter av funktionstillstånd och förbättra funktionsprofilens objektivitet. Följande punkter måste emellertid övervägas vid omvandlingen av frågor och eventuella svar i bedömningsinstrument till ICF-kategorier och bedömningsfaktorer:

- Det är inte alltid möjligt att uppnå motsvarighet på en ett-till-ett-basis till enskilda ICF-kategorier. Exempelvis beskriver skalor eller index, som Barthel Index eller NIH-strokeskalan, aspekter som avser och ofta överlappar flera domäner av kroppsfunktioner, aktiviteter och delaktighet. Därför bör varje sådan omvandling alltid föregås av en analys av innehållets motsvarighet.
- Bedömningsinstrumentets skala kanske inte motsvarar ICF-skalan för

Det finns ingen automatisk omvandling av poäng från befintliga instrument till ICF-kategorier och -bedömningsfaktorer: En mappningsanalys och poängutvärdering måste alltid utföras.

bedömningsfaktorer. Hela skalintervallet hos det verktyg som används ska jämföras med den första bedömningsfaktorns 0–5-intervall.

- Den omgivning där bedömningen har genomförts kan överlappa flera omgivningsfaktorer, särskilt vid sammanställning av bedömningar från olika källor, miljöer eller bedömare.

Se även avsnitt 2.7.

Hur och varför bör personliga faktorer övervägas?

Personliga faktorer kodas inte i ICF, men förmedlar information som är viktig för att ge en fullständig beskrivning av funktionsprofilen. Kön, etnicitet, ålder, social bakgrund och utbildningsbakgrund, tidigare och aktuella erfarenheter och livshändelser, karaktär, beteendemönster och psykologiska tillgångar är alla personliga faktorer som kan påverka funktionstillståndet. Personliga faktorer som har betydelse för personens funktionstillstånd kan antecknas som fritext när den faktorn är relevant för profilen eller med andra standardklassifikationer, i förekommande fall (se även avsnitt 2).

Det är viktigt att registrera personliga faktorer som har betydelse för personens funktionstillstånd, antingen som fritext eller med standardklassifikationer, i förekommande fall.

Det finns tillfällen då det förekommer en skillnad mellan genomförande och kapacitet, som inte förklaras av kodade omgivningsfaktorer. Exempelvis kan det hända att en person inte arbetar trots att han eller hon har kapacitet att göra det, på grund av en brist på expertis som motsvarar arbetsmarknadens krav. I sådana fall kan personliga faktorer vara inblandade, och det blir då viktigt och relevant att beskriva dem.

3.4 Hur är ICF relaterad till medicinsk diagnos?

Varför används ICF tillsammans med ICD?

När det gäller olika hälsotillstånd och skador kan det hända att enbart den medicinska diagnosen inte ger en fullständig begreppsmässig beskrivning av hälsostatusen och inte till fullo förutser behoven av service och tjänster, varken när det gäller planeringen av den individuella behandlingen eller på samhällsnivå för nivån enligt folkhälsopolicy.

Genom att använda ICF tillsammans med ICD blir det möjligt att ge en fullständig bild av hälsa och funktionstillstånd.

Den internationella sjukdomsklassifikationen (ICD) tillhandahåller en etiologisk referensram för hälsotillstånd, som sjukdomar, störningar eller skador. Funktionstillstånd och funktionshinder som är associerade med dessa hälsotillstånd klassificeras emellertid i ICF. ICD och ICF är komplementära och användarna uppmuntras att använda de två klassifikationerna tillsammans.

Om vi bara använder ICD kan det hända att vi inte får den information vi behöver för hälsoplanering och behandlingssyfte. Men genom att använda

ICF tillsammans med ICD blir det alltså möjligt att samla in data som ger en fullständig bild av hälsa och funktionstillstånd på ett konsekvent och internationellt jämförbart sätt.

Kan jag använda ICF när det saknas en specifik diagnos på hälsotillståndet?

Generellt är det inte vanligt att ICF används i klinisk miljö vid frånvaro av ett hälsotillstånd. ICF kan emellertid användas som en begreppsram för att få information om funktionstillstånd som gäller för personlig hälso- och sjukvård, inklusive förebyggande och hälsofrämjande verksamhet och förbättring av

delaktighet, genom att undanröja eller mildra samhällshinder och uppmuntra tillhandahållandet av sociala stödinsatser. På samma sätt kan ICF användas (även innan en diagnos har ställts) för att beskriva funktionstillståndet hos ett barn, som ett sätt att beskriva förseningar i utvecklingen.

ICF kan användas som en begreppsram för information som är tillämplig på personlig hälsa.

Kan ICF användas i case mix-grupperingar och funktionsrelaterade grupper (FRG)?

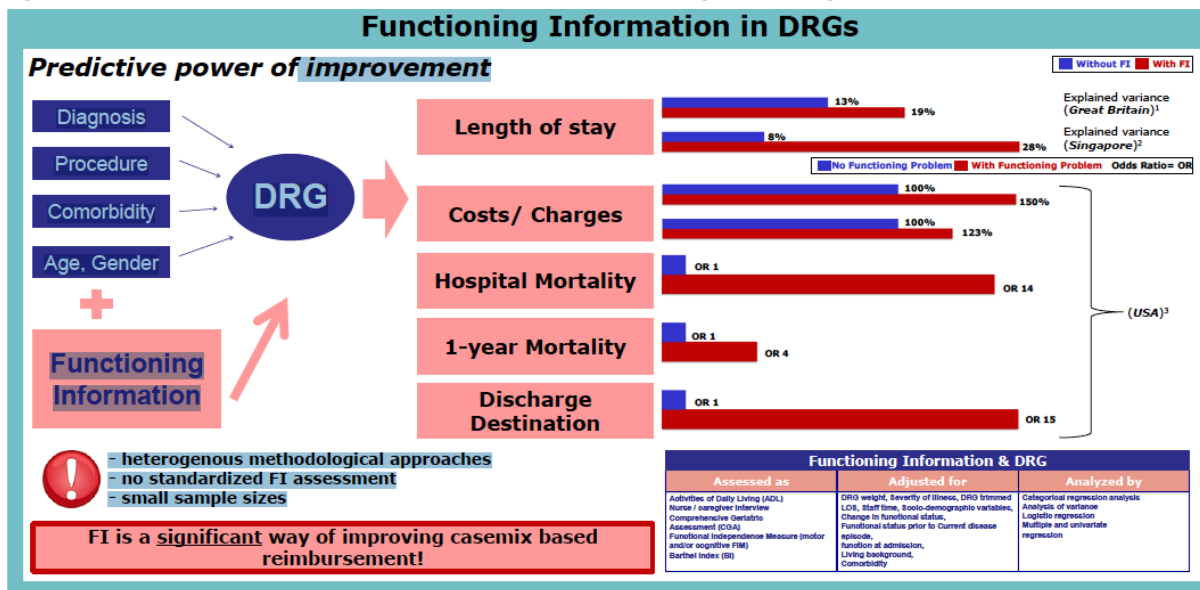
Case mix är en beskrivning av patientsammansättningen. Vid en case mix-gruppering delas personer in i medicinskt och resurshomogena grupper baserat på insamlingen av kliniska och administrativa data. Sjukligheten i patientsammansättningen utgör grunden för jämförelser mellan olika hälso- och sjukvårdsorganisationer och case mix-justerad resursanvändning. Genom åren har dessa grupperingsmetoder och tillhörande indikatorer använts av sjukvårdsinrättningar för att planera, finansiera, övervaka och hantera den service och de tjänster som de tillhandahåller på ett effektivt sätt.

ICF kan tillföra ett förklaringsvärde i de befintliga systemen för case mix-grupperingar. Exempelvis kan personer lida av ett funktionshinder, snarare än samsjuklighet, vilket kan öka kostnaden för behandling av ett visst hälsotillstånd. I rehabiliteringsmiljön inriktas insatserna ibland på funktionsproblem, snarare än på medicinsk diagnos, och då är det särskilt användbart att införliva relevanta kategorier av funktionstillstånd.

Det finns sammanställningar av det arbete som har gjorts hittills för att använda ICF i case mix-syfte [36]. Det pågår försök att ta fram förbättrade case mix-system för rehabiliteringsinsatser i ett antal länder [37].

ICF tillhandahåller ytterligare förklaringar, utöver diagnos och intervention i case mix-grupper.

Figur 1: Information om funktionstillstånd vid case mix-gruppering [36]



3.5 Vilka är fördelarna med att använda ICF som ett gemensamt språk i kliniska miljöer?

Användningen av ICF ger viktig information, utöver själva diagnostiseringen av hälsotillståndet, om hur en diagnos kan påverka en persons liv. Den här informationen, som delas av yrkesutövare och patienter, kan användas som grund för kommunikation, programplanering eller intervention samt för att minska överlappningen mellan olika yrkesutövare. Det gemensamma syftet är vanligtvis att förbättra personens funktionstillstånd.

Exempelvis ger ICF möjlighet att koda underlättande faktorer eller hinder i de omgivningar där en person bor eller arbetar, som kan påverka den föreslagna insatsens framgång. Med hjälp av den information som har kodats i ICF kan insatserna ändras så att de passar för specifika behov i samtliga miljöer där en person vistas.

ICF kan användas som ett ramverk för att dela information i syfte att förbättra funktionstillståndet, till exempel genom att identifiera hinder i omgivningen.

Hur kan ICF användas som ett verktyg för kommunikation mellan yrkesutövare?

Ett mål för ICF är att tillhandahålla ett enhetligt standardspråk och ett ramverk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Den omfattar interagerande omgivningsfaktorer som bidrar till en persons profil när det gäller funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa i olika miljöer. Genom att ta hänsyn till aktiviteter och delaktighet och yttre påverkan på

ICF tillhandahåller ett standardspråk och ett ramverk som underlättar kommunikation mellan olika tjänster, organisationer och myndigheter.

dessa (det vill säga omgivningsfaktorer), tar den biopsykosociala modellen i ICF ett holistiskt grepp om personens funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

I kliniska miljöer kan ICF användas för att dela bedömningen av funktionstillstånd, mål, behandlingsplaner och insatser samt för att övervaka data tillsammans med nyckelaktörer. ICF är ett verktyg som använder vardagliga termer för att underlätta kommunikation mellan olika tjänster, organisationer och myndigheter. Det gör att den utökar möjligheterna till samarbete bland de som tillhandahåller service och tjänster och kan stödja identifieringen av överlappande insatser eller överflödigt arbete.

Följande frågor bör övervägas vid användning av ICF som ett verktyg för kommunikation mellan yrkesutövare:

- Vilka är yrkesutövarna och den relevanta vårdpersonalen?
- Kommer andra yrkesgrupper att delta (till exempel inom utbildning)?
- Vilket tekniskt språk används vanligtvis inom yrkesgruppen?
- Vilken information ska delas?
- Vilken nivå i ICF har den delade informationen?

En adekvat utbildning, för alla yrkesutövare, i att använda ICF i praktiska sammanhang stödjer en gemensam tolkning av urvalet av bedömningsfaktorer, även om yrkesutövarnas expertis omfattar olika innehåll. För att säkerställa en lyckad implementering av ICF i praktiken är det därför mycket viktigt att alla inblandade yrkesgrupper får tillräcklig utbildning i användningen, språket och terminologins innebörd. När man använder ICF som kliniskt verktyg är det viktigt att fastställa vilket innehåll i ICF som är relevant för de professionella bedömningarna och för den enskildes behov. Innehållet i ICF kan även användas för att främja samarbetet mellan olika nyckelaktörer, samtidigt som insatserna anpassas till behovet eller syfte. Se avsnitt 2.7 för en förklaring av hur de närmare villkoren för professionella bedömningsinstrument är kopplade till ICF.

ICF är det enda universellt erkända, heltäckande systemet för att klassificera funktionstillstånd och funktionshinder associerad med hälsotillstånd. Som sådant kan ICF användas för att förse yrkesutövare och hälso- och sjukvårdssystem med den information de behöver om funktionstillstånd och funktionshinder för att kunna planera och rikta in behandlingen på lämpligt sätt. ICF:s breda perspektiv kan även leda till att förbättra behandlingen genom att man utökar informationen om funktionstillstånd och funktionshinder i behandlings- och rehabiliteringsplaner.

Hur kan ICF användas i målformulering och bidra till planeringen av insatser?

ICF kan hjälpa till att identifiera och beskriva problem gällande funktionstillstånd som kan stödja identifieringen av "behandlingsbehov" och önskade resultat. Ett genomtänkt genomförande av ICF-datainsamling i kliniska eller andra tillämpade miljöer maximerar de vinster som kan erhållas ur sådana data. Användningen av ICF har potential inte bara att hjälpa yrkesutövaren att bättre förstå personens behov, utan även att tillhandahålla information om arbetsinsatsen för en yrkesutövare, en klinik eller ett större

system.

Precis som vid all insamling av data avsedda att bidra med information till klinisk praxis, måste man överväga valet av tidpunkt, sekvenseringen och frekvensen för sådan datainsamling samt förmågan att samla in data konsekvent. Det är även viktigt att överväga:

- datainsamlingens mål, relevant population och programmets mål eller önskade resultat,
- uppsättningen ICF-koder för datainsamlingen, och
- de typer av omgivningsfaktorer som kan ha störst betydelse i populationen i fråga eller som kan påverka de resultat som anses relevanta.

Genom att använda ICF kan man identifiera och beskriva problem gällande funktionstillstånd, och därigenom stödja identifieringen av nödvändiga insatser och önskade resultat.

3.6. Hur kan ICF användas för att utvärdera insatsers resultat?

ICF:s förmåga att beskriva en persons funktionsprofil, vid en viss tidpunkt och med valfri detaljnivå, gör det möjligt att använda profilen som ett verktyg för att följa förändringar i hälsostatusens utveckling. Vid utvärderingen av sådana förändringar kan man betrakta förändring som naturligt förlopp, som förändringar orsakade av insatser eller som en jämförelse mellan det förväntade naturliga förloppet och den observerade utvecklingen.

Genom att följa funktionstillståndet som en funktion av tiden med hjälp av ICF blir det möjligt att bedöma resultatet av en intervention.

Kommer ICF att göra det möjligt att utarbeta en prognos över tid?

Studier av sekventiella ögonblicksbilder av en persons funktionstillstånd och jämförelse med data för det naturliga förloppet kan hjälpa till att utarbeta en funktionsprognos [38]. Utvecklingen hos de kategorier som används för att beskriva en persons funktionstillstånd och förändringen av den tillämpade uppsättningen kategorier kan fungera som vägledning för att se vilka milstolpar som har nåtts, och hjälpa till att förutse resultaten.

Att följa förändringar i funktionstillstånd som en funktion av tiden med hjälp av ICF kan vara användbart för att förutse resultaten.

Gör ICF det möjligt att jämföra mellan olika insatser?

ICF ger en systematisk beskrivning av alla aspekter av funktionstillstånd, och erbjuder därigenom en komplett, fullständigt jämförbar bild av personens funktionsprofil. Det systematiska tillvägagångssättet gör att funktionsprofiler med olika insatser (till exempel behandlingsåtgärder eller förändringar i omgivningen) kan jämföras för att kontrollera insatsernas

effekter.

Om man vill jämföra olika insatser är det bra att använda ett utökat spektrum av bedömningsfaktorer för aktivitet och delaktighet och omgivningsfaktorer för att säkerställa en heltäckande bild av situationen. (Se avsnitten 2.4, 2.5 och ICF.)

ICF ger en systematisk beskrivning av alla aspekter av funktionstillstånd, vilket gör det möjligt att jämföra effektiviteten hos de genomförda insatserna.

Textruta 9: Använda ICF för att förbättra resultaten av rehabilitering, Västra Kapprovinsen, Sydafrika

Begreppsbildning enligt ICF användes vid framtagningen av Client Enablement & Community Re-Integration Programme. Ett bedömningsformulär användes vid tvärvetenskaplig bedömningen av patienter, för tvärvetenskaplig rehabiliteringsplanering och för målformulering. Bedömningsparametrarna definierades av utskrivningsmiljön och av kraven på funktionella färdigheter för återintegration i samhället. Utskrivningsplaneringen påbörjades i ett tidigt skede och la fokus på de ICF-livsområden där personen önskade vara delaktig efter utskrivningen, och även på de ICF-omgivningsfaktorer som sannolikt skulle påverka personens delaktighet.

Den här förändringen från ett leverantörsdrivet system till ett patientdrivet system ledde till sammantaget kortare vistelser – med ekonomiska fördelar för institutionen och patienten [39].

4 Använda ICF för samhällets stödinsatser och ekonomiskt stöd

4.1 Varför ska man använda ICF för stödinsatser och ekonomiskt stöd?

Även om program, service och tjänster generellt bör vara tillgängliga för alla, kvarstår ett behov av särskilda bedömningar och mätningar för att ge stöd till personer som upplever svårigheter funktionstillstånd i vardagen. ICF-ramverket och klassifikationen är väl lämpade för informationsbehoven hos de system som tillhandahåller den typen av service, tjänster och ekonomiskt stöd. Användningen av ICF i informationssystem inom detta område kan hjälpa till att förbättra kvaliteten och den sektors-överskridande relevansen av statistik.

Användning av ICF för samhällets stödinsatser och ekonomiskt stöd inom detta område innebär ett flertal fördelar jämfört med diagnos- eller funktionshinderbaserade system. Samhällets stödinsatser ger stöd till personer som upplever svårigheter i det dagliga livet. Stödet kan tillhandahållas tvärs över alla livsområden – i alla domäner av aktiviteter och delaktighet. System för ekonomiskt stöd och utbetalning från socialförsäkringen ger en viss typ av stöd – ekonomiskt – för att kompensera för svårigheter i områden som sysselsättning eller ekonomiskt liv. De sistnämnda systemen ger alltså ekonomisk ersättning för att man inte kan vara delaktig i motsats samhällets stödinsatser, som tillhandahåller ytterligare resurser (ej ekonomiska) för att främja delaktighet.

Det blir allt mer vedertaget att enbart en diagnos på ett visst hälsotillstånd kanske inte är den mest tillförlitliga indikatorn för vilka stödinsatser eller vilket ekonomiskt stöd som en person behöver. Det behövs också begrepp för olika funktionstillstånd för att definiera och fastställa urvalskriterierna för sådana insatser. Samhällsbaserade omfattande insatser ska helst utformas utifrån behoven hos personer med funktionsnedsättning, inte utifrån tjänsteleverantörernas perspektiv. ICF-ramverket och klassifikationen tillhandahåller ett gemensamt språk som gör det möjligt att samordna service och tjänster – både mellan olika sektorer och mellan olika vetenskaper – för att därigenom främja ett personcentrerat tillvägagångssätt.

Service, tjänster och system som är avsedda att stödja personer med problem gällande funktionstillstånd kan baseras på bättre information och tillämpas mer konsekvent och effektivt genom att integrera ICF-mått i informationssystemen.

4.2 Hur kan ICF bistå med planeringen av service och tjänster?

ICF kan stödja följande viktiga planeringsprocesser:

- Befolkningsstatistik baserad på ICF identifierar behovet av service, tjänster och stöd på samhällsnivå. Policyer kan sedan utformas som anger vilka funktionsområden som ska stödjas. Exempelvis skulle ett begränsat program för service och tjänster för stödinsatser kunna lägga fokus på ICF-domäner som förflyttning och personlig vård, medan andra skulle kunna stödja alla områden av aktiviteter och delaktighet.
- System för ekonomiskt stöd och samhällets stödinsatser fordrar ett tydligt och öppet beslutsfattande som härrör från välformulerade policyer. Nyckelparametrarna i dessa processer kan ange ett programs huvudsakliga egenskaper, till exempel vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att en person ska få tillgång till programmet, kvantiteten av förmåner, assistans eller medel för en person eller vilka former av stöd som personen ska erbjudas. Användningen av ICF genom hela utvecklingen av dessa policyer och förfaranden kan bidra till tydlighet och samstämmighet.
- För att fastställa tröskelvärden för tillgång till samhällets stödinsatser och ekonomiska stödsystem krävs det ofta att man balanserar övergripande populationsbehov mot samhällsresurserna för programmet. Befolkningsstatistik baserad på ICF gör det möjligt att uppskatta hur många personer som behöver assistans och hur många som ska inkluderas i ett möjligt program, med hjälp av olika brytpunkter.

Befolkningsstatistik baserad på ICF kan användas för att identifiera behovet av tjänster och stöd.

På det hela taget är det mycket viktigt att information och administrativa data från olika system hänger samman, inte bara med systemens specifika parametrar, utan även med bredare befolkningsdata, via ICF. Det här underlättar fortlöpande planering och jämförelse av utbud och efterfrågan. Det gör det även möjligt att övervaka systemresultat i förhållande till målen och planeringsparametrarna.

Textruta 10: Nationella data över service och tjänster för stödinsatser baserade på ICF

ICF används i Australiens nationella datainsamlingssystem kring service och tjänster för stödinsatser till funktionshindrade, för att strukturera en ”matris för datainsamling” kring människors stödbehov. I den här matrisen registrerar över 10 000 organisationer som tillhandahåller service och tjänster till funktionshindrade information inhämtad genom många olika bedömningsmetoder. ”Stödbehov” inom nio livsområden, baserade på alla aktivitetsdomäner och delaktighetsdomäner i ICF, bildar raderna i matrisen och registreras i en av tre kategorier (anges i kolumnerna):

- behöver ingen hjälp eller tillsyn inom det här livsområdet
- behöver hjälp eller tillsyn ibland
- behöver alltid hjälp eller tillsyn eller oförmögen att utföra aktiviteten.

Värdet hos frågorna om ”stödbehov” har påvisats. De tre kategorierna av behov av stöd är distinkta, precis som ICF-domänerna. Analyser i olika populationer har dock visat att ett ”stödbehov” i en deluppsättning av aktivitets- och delaktighetsdomäner enligt ICF inte kunde användas för att förutsäga värden i en annan deluppsättning. Nyttan av att ha befolkningsdata, som gäller behoven av eller efterfrågan på service och tjänster, och service- och tjänstedata, om utbudet baserat på samma begrepp, har belysts i australiensiska studier av efterfrågan på service och tjänster för stödinsatser till personer med funktionsnedsättning [40].

4.3 Hur kan ICF användas för att fastställa rätten till stöd?

Relationerna mellan biologisk skillnad och nackdel, mellan förmåga och produktivitet eller mellan funktionsnedsättning och behov är mycket komplicerade. Genom att tillämpa ICF för att fastställa rätten till stöd kan service- och tjänstesystemen inte bara bygga lämpligare modeller för att fastställa rätten till stöd, utan även generera data som kan vägleda framtida beslutsfattande inom det här fältet. När man ska fastställa rätten till stöd, enligt konventionen om rättigheter för personer med funktionshinder och rättighetsbaserade politiska ramverk, tar man hänsyn till att funktionshinder är resultatet av en interaktion mellan personer med funktionsnedsättning och omgivningshinder och att tillgången till service och tjänster i första hand bör främja lika möjligheter och delaktighet.

Enkla Ja/Nej-modeller, som granskar ett snävt urval av kriterier baserade

Användningen av ICF-begrepp kan ge upphov till tydligare och mer precisa kriterier för rätten till stöd, som kan tillämpas mer konsekvent och korrekt.

på funktionsnedsättning för att fastställa funktionshinder, är inte tillräckliga eller evidensbaserade när målet för en insats är att främja delaktighet. Om förfaranden för att fastställa rätten till stöd ska stödja ett rättighetsbaserat tillvägagångssätt måste de ta hänsyn inte bara till ”vad?” – vilka behov ska uppfyllas och med vilken hjälp – utan även till ”i vilket syfte?” – policyns syfte. Domänerna i ICF kan användas för att utvärdera interaktionen mellan funktionsnedsättningar, strukturavvikelse, aktivitetsbegränsningar och omgivningsfaktorer när man ska definiera berättiganden och förmåner som svar på delaktighetsinskränkningar.

Specifikationen av kriterier för rätten till stöd kräver att en ”tröskel” fastställs i funktionspektrumet. De vars funktionshinder överskrider den angivna ”nivån” på tröskeln befinner sig ”i” service- och tjänstesystemet. Därefter kallas de här personerna ofta för ”personer med funktionsnedsättning” i samband med programmet, även om de kanske inte betecknas som sådana i andra sammanhang. De här kriterierna måste specificeras tydligt, för att uppnå en logisk koppling mellan den assistans som ges och personens behov. Genom att uttrycka dessa komponenter och kopplingar med ICF:s begrepp och terminologi främjar man konsekvens och tydlighet kring rätten till stöd och följaktligen kring rättigheter.

Personer med olika yrken deltar ofta i bedömningen av rätten till stöd och den måste därför vara möjlig att förstå för alla inblandade. ICF tillhandahåller ett gemensamt språk och strukturför att integrera information från en mängd olika aktörer. ICF erbjuder en fullständig representation av funktionshinder och omgivning och kan därför utgöra grunden för bedömningar av funktionsnivåer och påträffade svårigheter samt av vilka förändringar eller anpassningar i omgivningen som skulle kunna stödja personen, till exempel assistans i hemmet eller på arbetsplatsen, hjälp med transport eller förändringar i omgivningen.

Textruta 11: Användning av ICF för att fastställa tröskelvärden och rätten till stöd

I Brasilien används ett ICF-baserat utvärderingsinstrument för att driva BCP (Benefit of Continuous Providing, kontinuerlig försörjningsförmån), som är avsedd för personer med funktionsnedsättning i familjer med mycket låg inkomst. Användningen av ICF-begreppen i det här instrumentet ledde till att fler parametrar användes än tidigare, vilket hjälpte till att bedöma rätten till stöd på ett mer konsekvent och korrekt sätt. I dag fattas det slutgiltiga beslutet om att bevilja förmåner baserat på en kombination av sociala och medicinska utvärderingar.

Utvärderingsinstrumentet i Brasilien kallas Evaluation of deficiency and degree of disability – person with disability (Utvärdering av brist och grad av funktionshinder – person med funktionshinder). Instrumentet innehåller ett avsnitt för sociala och demografiska data och ett avsnitt med 3 ICF-komponenter (kroppsfunktioner, aktiviteter och delaktighet samt omgivningsfaktorer). En utvärdering görs av en socialassistent och en annan av en läkare.

Avsnittet ”Omgivningsfaktorer”, som innehåller 5 domäner och 19 klassifikationsenheter, utvärderas av en socialassistent. Komponenten ”Aktivitet och delaktighet” har 9 domäner med 30 klassifikationsenheter och utvärderas av en socialassistent och en läkare, medan komponenten ”Kroppsfunktion” är indelad i 13 underdomäner och 22 klassifikationsenheter och utvärderas endast av läkaren.

Alla delar som utvärderas tilldelas en bedömningsfaktor (inget problem, lätt, måttligt, stort eller totalt). En algoritm kombinerar resultaten enligt block av domäner för att fastställa rätten till stöd. Yrkesutövare som deltar i institutionella studier av instrumentet har betraktat det som tekniskt mer konsekvent och bedömt att kriterierna är tydligare nu när utvärderingen baseras på ICF. Det hävdas att det här är en ny typ av tekniskt arbete som även kan anpassas till och tillämpas på bedömningen av andra typer av förmåner.

Brasilien. Dekret 6214 av den 26 september 2007: Reglerar rätten till socialbidrag inom ramen för Benefit of Continuous Providing (BPC, kontinuerlig försörjningsförmån) för personer med funktionsnedsättning och äldre enligt lag 8742 av den 7 december 1993 och lag 10741 av den 1 oktober 2003, med införande av en punkt i art. 162 i dekret 1048 av den 6 maj 1999, och andra frågor.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/Decreto/D6214.htm

4.4 Kan ICF stödja förbättrad integration och hantering av service och tjänster?

Kapitel 5 (Service, tjänster, system och policyer) i komponenten Omgivningsfaktorer i ICF ger en detaljerad beskrivning av service, tjänster, system och policyer som kan förbättra eller hindra en persons delaktighet. En policy för ekonomiskt stöd och stödinsatser varierar, men är ofta relaterad till ökad delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Det här omfattar delaktighet i avlönat arbete och mer generellt i livet och samhället. Genom att hänföra de områden som nämns i respektive policy till ICF får man insyn i hur service och tjänster kan hänga samman med personers funktionstillstånd. Det här gör det möjligt att identifiera andra relaterade typer av service och tjänster, att upptäcka överlappande ansvarsområden och service och tjänster samt att undanröja brister på effektivitet eller ojämlikhet i tillhandahållandet av service och tjänster.

ICF gör det möjligt att koppla eller hänföra följande:

- policy- och programbeskrivningar och målgruppspecifikation
- fastställande av programmets behov
- bedömningar av rätt till stöd
- målformulering och planering för ett ärende, inklusive bedömning av omgivningen
- övervakning och utvärdering av program.

Den här informationen är väsentlig för att säkerställa och hantera ett integrerat, personcentrerat tillhandahållande av service och tjänster som tar itu med behoven inom alla policyområden och livssituationer. Om man använder ICF som ett gemensamt ramverk för att förstå vad service och tjänster åstadkommer, hjälper ramverket till att förhindra upprepning eller motstridiga mekanismer i tillhandahållandet av service och tjänster. Det är viktigt att ha jämförbar registrering av funktionshinder tvärs över olika policyområden för att få ett jämlikt tillhandahållande av service och tjänster samt ansvarighet. Exempelvis är det möjligt att se om personer med liknande grader av svårigheter får liknande grader av stöd, oavsett ålder, i lägen då det finns separata system för äldre och yngre personer med funktionsnedsättning. Detta innebär att det även är möjligt att jämföra ett visst populationsurval med den allmänna befolkningen och eventuellt uppskatta icke-uppfyllda behov.

Genom att koppla olika system till ICF-begrepp blir det möjligt att identifiera relaterade tjänster, överlappande ansvarsområden eller effektivitetsbrister och otillräckligheter i tillhandahållandet av service och tjänster.

4.5 Varför är ICF ett användbart ramverk för att bedöma kvaliteten hos service och tjänster?

För att uppfylla kraven i WHO:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning förväntas medlemsländerna vidta åtgärder inom alla service- och tjänsteområden för att säkerställa tillgång för alla och att tjänsterna främjar rättigheterna och målen enligt konventionen. Enligt konventionen är länderna ansvariga för att service och tjänster har tillräcklig kvalitet och nivå. De förväntas också övervaka genomförandet av konventionen och samla in relevanta data (artiklarna 33 och 31).

Viktiga villkor för kvalitet är tillgång och tillgänglighet, valmöjlighet, användarnas delaktighet i organisation och hantering av service och tjänster samt förekomst av en grundläggande mekanism för kvalitetssäkring. Nyckelinslagen och motsvarande kriterier för sociala insatser av god kvalitet omfattar respekt för rättigheter, ett personcentrerat och heltäckande tillvägagångssätt samt självbestämmande. ICF gör det möjligt att integrera information från olika datakällor av betydelse för att utvärdera effektiviteten och ändamålsenligheten i service och tjänster, kontinuiteten, delaktigheten och partnerskapet. Användningen av ICF tillhandahåller ett gemensamt språk som är relevant för människor i olika yrken i fältet och för personer med funktionsnedsättning och deras familjer, så att de kan bidra i lika stor utsträckning till kvalitetsbedömningen.

Med en tillräcklig kombination av information om typer av program, populationsdata och administrativa data samt information om tillfredsställelse och grader av delaktighet, blir det möjligt att utvärdera icke-diskriminering och lika tillgång till möjligheter för alla. Den här utvärderingen kan åstadkommas genom att jämföra nyckelresultaten och tillgången för personerna i programmen med den bredare befolkningen och med hur väl man uppnår önskade resultat. ICF har visat sig vara relevant i övervakningen och utvärderingen av samhällsbaserade insatser (textruta 12) och metoder för samhällsutveckling, såsom samhällsbaserad rehabilitering [41].

ICF gör det möjligt att integrera information från olika datakällor av betydelse för utvärderingen av effektivitet och ändamålsenlighet i tillhandahållandet av service och tjänster, kontinuitet, delaktighet och partnerskap.

Textruta 12: ICF:s nytta för övervakning av samhällsbaserade insatser

ICF kan användas som ett instrument för att övervaka samhällsbaserade insatser och identifiera hinder som kan förhindra människor från att få tillgång till befintliga tjänster. ICF-checklistan användes i en studie i Östra och Västra Kapprovinserna i Sydafrika för att intervjua personer med funktionsnedsättning. De specifika målen var att identifiera relevanta omgivningsfaktorer, fånga i vilken utsträckning de fungerade som hinder och se om hindren skilde sig åt mellan de två regionerna.

Provrvalet bestod av 475 svarande, varav 377 (79,4 procent) levde i Östra Kapprovinsen och 98 (20,6 procent) levde i Västra Kapprovinsen. Av dessa uppgav 66,9 procent fysiska problem, medan 17,9 procent uppgav en intellektuell funktionsnedsättning och 12,2 procent hade problem med syn, hörsel eller tal. De olika typerna av funktionshinder hade liknande fördelning i dessa båda områden. Mönstret för identifierade hinder skilde sig åt mellan regionerna. På kapitelnivå, till exempel, uppgav människor med funktionshinder i Östra Kapprovinsen hinder för ”Service och tjänster” (25 procent) och för ”Produkter och teknik” (23,8 procent), medan de i Västra Kapprovinsen uppgav ”Naturmiljö och mänskligt skapade miljöförändringar” (39 procent) och ”Produkter och teknik” (37 procent) som de mest frekventa hindren.

Resultaten från den här studien indikerade att personer med funktionsnedsättning som bor i landsbygdsområden kan uppleva färre hinder i sin omgivning än de som är bosatta i bostadsområden i städer, utom när det gäller attityder. Service och tjänster upplevdes generellt som ett större hinder i den urbana Västra Kapprovinsen. Det faktum att över 50 procent av provurvalet uppgav tillgänglighet till offentliga byggnader som ett hinder är ett bekymmer eftersom studien genomfördes sju år efter offentliggörandet av Sydafrikas Integrated National Disability Strategy (INDS, integrerad nationell funktionshindersstrategi) [42].

5 Använda ICF för populationsbaserade befolkningsstudier eller undersökningsdata

5.1 Kan ICF bidra med information till populationsbaserade datainsamlingar?

Information om hälsa och funktionshinder kan komma från en mängd olika källor, som fordrar olika metoder för datainsamling. ICF kan bidra med information till processen för datainsamling från dessa olika källor och med olika metoder, och hur denna information används varierar därefter. I kliniska miljöer kan ICF:s relevans vara mer uppenbar, med tanke på den långa traditionen med omfattande kodningssystem (till exempel ICD). ICF kan emellertid även bidra med information till populationsbaserade datainsamlingar.

Fram till nyligen ställdes de som var intresserade av att förstå funktionstillstånd och funktionshinder i populationssammanhang inför två huvudsakliga utmaningar: (1) att besluta om en acceptabel begreppsbildning och definition av funktionshinder, och (2) att välja ett instrument avsett att mäta funktionshinder som effektivt kunde använda den definitionen i populationen som var av intresse. Historiskt sett gav de tillgängliga instrumenten upphov till data med bristande tillförlitlighet eller giltighet. Tidigare rapporterade många låginkomstländer prevalenstal för funktionshinder en bra bit under 5 procent, långt under de tal som observeras i vissa höginkomstländer, som vanligtvis är över 10 procent och ibland över 20 procent. Det som har saknats är en standardiserad metod för att mäta funktionstillstånd och funktionshinder, som skulle göra det möjligt att samla in giltiga data för användning inom varje land samt för internationella jämförelser av statistik över funktionshinder.

ICF tillhandahåller ett ramverk för att definiera och operationalisera funktionshinder i undersökningar och befolkningsstudier. World Report on Disability [10] ger särskilda rekommendationer för att förbättra tillgången till och kvaliteten på data när det gäller funktionshinder. Rekommendationerna omfattar införande av ICF som ett ramverk för att ta fram frågor kring funktionshinder, förbättrad jämförbarhet hos data och utveckling av lämpliga verktyg (både kvantitativa och kvalitativa metoder) samt för att förbättra och utöka insamlingen av data kring funktionshinder och insamling av nationella befolkningsdata enligt rekommendationerna från FN:s statistikkommision [43].

ICF tillhandahåller ett ramverk för konsekvent insamling av data avsedda att utgöra grunden för populationsbaserad statistik, som kommer att kunna jämföras internationellt.

Textruta 13: Definiera svårighetsgrad och tröskelvärden i befolkningsdata – en undersöknings ”länkning” till ICF:s bedömningsfaktorer

De uppskattade prevalenstalen varierar kraftigt mellan och inom olika länder. WHO:s World Health Survey, en hushållsundersökning genomförd ”ansikte mot ansikte” under perioden 2002–2004, är den största multinationella undersökning av hälsa och funktionshinder som någonsin gjorts. Den använde sig av en enda uppsättning av frågor och konsekventa metoder för att samla in jämförbara hälsodata i olika länder.

Begreppsramen och funktionsdomänerna för World Health Survey kom från ICF. Frågeformuläret omfattade personers hälsa inom olika domäner, hälso- och sjukvårdssystemets responsförmåga, hushållens utgifter och levnadsvillkor. Sammanlagt 70 länder ingick i undersökningen, av vilka 59 var länder som representerade 64 procent av världens befolkning, vilket gav upphov till viktade datauppsättningar som användes för att uppskatta prevalenstalet för funktionshinder hos den globala vuxna befolkningen i åldrarna 18 år och uppåt. De möjliga självrapporterade svaren på frågorna om svårigheter gällande funktionstillstånd var: ingen svårighet, lätt svårighet, måttlig svårighet, stor svårighet och extrem svårighet. Frågorna poängsattes och en sammansatt funktionshindrspoäng beräknades, inom intervallet 0 till 100, där 0 representerade ”inget funktionshinder” och 100 ”totalt funktionshinder”. Den här processen gav upphov till ett kontinuerligt poängintervall. För att indela befolkningen i grupperna ”funktionshindrade” och ”icke-funktionshindrade” var det nödvändigt att skapa ett tröskelvärde. Ett tröskelvärde på 40 på skalan från 0 till 100 fastställdes för att inkludera personer som upplevde betydande svårigheter i sina dagliga liv inom ramen för uppskattningarna av funktionshinder [10 kapitel 2].

”Training manual on disability statistics” [44] ger värdefull vägledning för hur man kan använda begreppen för funktionstillstånd och funktionshinder enligt representationen i ICF vid insamling, överföring och analys av data.

5.2 Vad är skillnaden mellan att samla in enkätdata och kliniska data?

Data som samlats in i en klinisk miljö kan skilja sig på flera sätt från data som samlats in i populationsbaserade undersökningar, däribland insamlingens källa, syfte och metod. Dessa skillnader påverkar hur ICF bidrar med information till datainsamlingen.

Kliniska data samlas ofta in av yrkesutövare för att utvärdera en persons nivå av funktionstillstånd, särskilda aspekter av funktionstillstånd och behovet av eller effekterna av service och tjänster. För dessa ändamål kan klassifikationen och kodningssystemets komponenter enligt ICF tillämpas direkt.

Undersökningar kan användas för att samla in data i en mängd olika sammanhang. Populationsbaserade undersökningar, som befolkningsstudier eller undersökningar utförda av hälsoministeriet, nationella statistikbyråer och andra dataproducenter på nationell och internationell nivå, samlar in data från hela befolkningen eller enligt ett fördefinierat urval av befolkningen. Även om data samlas in från eller om individer, är syftet med datainsamlingen att identifiera populationsegenskaper eller förändringar i dessa egenskaper över tid eller mellan olika delgrupper av befolkningen. Sådana undersökningar kan lägga fokus specifikt på funktionshinder eller också kan funktionshinder bara ingå som en komponent i en större, allmän undersökning. Forskare kan även använda sig av undersökningar för att samla in information till bestämda projekt. Forskningsbaserade datainsamlingar kan vara mer geografiskt begränsade än nationella eller regionala befolkningsundersökningar.

Den insamlade informationens typ och omfattning beror på målsättningarna med studien. Man kan samla in information som gäller olika aspekter av behovet av service och tjänster och tillhandahållande av service och tjänster, kontroll av nivå av funktionstillstånd, specifika aspekter av funktionstillstånd hos befolkningen eller bedömning av ojämlikheter när det gäller tillgång eller möjligheter inom en befolkning. Insamlingar av undersöknings- och befolkningsdata är båda ofta avsedda att tjäna flera syften och aggregeras till olika geografiska nivåer (lokal, regional, nationell). Data samlas ofta inte in av kliniska yrkesutövare, utan av utbildade räknare eller intervjuledare med hjälp av ett strukturerat frågeformulär eller av forskare som kanske använder mindre strukturerade verktyg för datainsamling.

ICF kan användas som ett universellt ramverk för att samla in data om funktionshinder relaterade till politiska mål för delaktighet eller integration. Användningen av ICF kan förbättra sättet att samla in data och öka sannolikheten för att olika datakällor uppvisar ett bra samband till varandra. ICF bör emellertid användas som referenstext eller ramverk, snarare än som en direkt källa till frågor. Med tanke på undersökningsformatets inneboende begränsningar, är det inte möjligt att utarbeta ett frågeformulär som helt skulle täcka ICF:s omfattning och grad av specificitet. Målsättningen med

Kliniska data har en tendens att lägga fokus på en person, medan populationsbaserade undersökningsdata identifierar populationsegenskaper eller förändringar av dessa egenskaper som en funktion av tiden.

en populationsbaserad undersökning bör vara att ta fram en *samstämmig, relevant, giltig och genomförbar* uppsättning av frågor som motsvarar undersökningens syften.

Textruta 14: Definiera svårighetsgrad och välja ett tröskelvärde

Den brasilianska befolkningsstudien år 2000 använde sig av följande svarsalternativ för frågor om funktionshinder: ingen svårighet, viss svårighet, stor svårighet och oförmögen. När slutresultaten offentliggjordes visade det sig att synnedsättning representerade nästan 50 procent av alla funktionshinder, och det här ansågs utgöra en förvrängning. Den närmare utvärderingen av svaren visade emellertid att 14 060 946 svarande uppgav ett lindrigt problem ("lätt svårighet"), 2 435 873 uppgav ett svårt problem ("stor svårighet") och 148 023 uppgav ett totalt problem ("oförmögen"). De tillgängliga svarsalternativen möjliggjorde identifiering av olika målpopulationer, vilket inte skulle ha varit möjligt med svar av typen "Ja-Nej".

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2000.

Tillgänglig på:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtml>

5.3 Vilken är utgångspunkten vid användning av ICF i befolkningsstudier och undersökningar?

Populationsbaserad enkätforskning bygger på utformningen av en forskningsfråga som definierar det specifika syftet med att samla in data. När det gäller datainsamling täcker ICF-modellen alla dimensioner av funktionshinder, inklusive kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet samt tillhörande funktionsnedsättningar, begränsningar och inskränkningar. ICF omfattar även omgivningsfaktorer och andra faktorer som kan påverka ovanstående komponenter. Utmaningen ligger i att hänföra syftet med datainsamlingen till ICF-modellen, utforma och testa frågor som uppfyller det här syftet, analysera data och slutligen, genom resultat-tolkning, hänföra resultaten till ICF-ramverket.

ICF är heltäckande, med komponenter som omfattar alla dimensioner av funktionshinder, inklusive tillhörande omgivningsfaktorer, som kan användas vid utformningen av frågor för befolkningsstudier eller undersökningar.

5.4 Hur kan undersökningars syften hänga samman med ICF?

Genom att hänföra eller positionera de specifika målen för datainsamling i ICF-ramverket blir det lättare att identifiera domäner och utforma frågor.

Tre breda kategorier av syften har identifierats vid insamling av undersökningsdata om funktionstillstånd och funktionshinder se till exempel [10,45]:

- att övervaka nivån av funktionstillstånd hos befolkningen
- att tillhandahålla information om behovet och nyttjandet av service och tjänster
- att bedöma utvecklingen mot lika möjligheter.

Att hänföra specifika undersökningsmål till ICF-ramverket kan hjälpa till att identifiera domäner som man bör rikta in sig på när man tar fram undersökningsfrågor.

Övervakningen av nivåer av funktionstillstånd inbegriper att uppskatta prevalenstalen för funktionshinder och analysera trender i olika aspekter av funktionstillstånd. Nivån av funktionstillstånd hos befolkningen betraktas ofta som en primär hälsoindikator och som en social indikator. Den service- och tjänsterelaterade informationen på befolkningsnivå omfattar, men är inte begränsad till, behov och mottagande av boende, transport, tekniska hjälpmedel, service och tjänster för yrkesinriktad eller utbildningsinriktad rehabilitering och långtidsvård. Här ingår även frågor om medvetenhet om tillgängliga tjänster och huruvida dessa faktiskt nyttjas. Bedömningen av utvecklingen mot lika möjligheter för alla kan omfatta övervakning och utvärdering av resultaten av lagar och policyer för antidiskriminering samt program för service, tjänster och rehabilitering som är avsedda att förbättra och uppnå jämlikhet för alla personers delaktighet i alla aspekter av livet. Syftet med dessa bedömningar är detsamma som för Förenta nationernas världsaktionsprogram för personer med funktionsnedsättning [46] och Förenta nationernas konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning [5]. Även om det är användbart att använda dessa tre breda kategorier som en allmän vägledning för att klargöra syftet med specifik datainsamling, är det nödvändigt att tydligt beskriva målen för datainsamlingen innan man tar fram specifika frågor. När de specifika målen har beskrivits kan ICF användas som vägledning för att ta fram frågorna.

5.5 Kan standarduppsättningar av frågor användas?

Processen för att ta fram nya uppsättningar av frågor är både komplicerad och kostsam. Det här gäller både för de uppsättningar av frågor som stämmer överens med ICF och för alla andra nya uppsättningar av frågor. Medan det kan bli nödvändigt att ta fram nya frågor för att uppfylla specifika behov inom vissa projekt, kan det vara möjligt att använda standarduppsättningar inom andra projekt.

En fördel med att använda en standarduppsättning av frågor är att det ökar möjligheten att jämföra data mellan olika insamlingar. Betydande resurser ägnas ofta åt att ta fram dessa standarduppsättningar, och många har utvecklats genom samarbeten för tvärkulturell användning. Det finns generellt en stor mängd information att tillgå om de här uppsättningarna av frågor, som beskriver den begreppsmodell de bygger på samt vad som är känt om deras kvalitetsegenskaper och hur de presterar i olika sammanhang. Det är fortfarande kritiskt att rätt uppsättning av frågor väljs för det uttalade målet och för den population som ska studeras samt för insamlingens sammanhang. Den uppsättning av frågor som väljs ut ska även stämma överens med ICF-ramverket. Användarna bör utvärdera all tillgänglig information om uppsättningarna och avgöra om de motsvarar målen för studien och om de har utvärderats i tillräcklig utsträckning. Det här är möjligt endast om de som har tagit fram uppsättningarna av frågor har gjort information om frågorna tillgänglig och lättåtkomlig. Förbättrade metoder för utvärdering av frågor håller på att utvecklas och det finns växande förväntningar på att information om egenskaperna i de framtagna uppsättningarna av frågor kommer att tillhandahållas.

Det är möjligt att använda befintliga, ICF-baserade standarduppsättningar av frågor för vissa projekt, men ibland är det nödvändigt att utforma nya uppsättningar för att uppfylla de specifika krav som ställs i andra projekt.

Något som också har betydelse för att avgöra om en standarduppsättning av frågor motsvarar målen är karaktären på datainsamling. Information om funktionshinder och funktionstillstånd kan samlas in i en rad olika undersökningsformat, från nationella befolkningsstudier till djupgående undersökningar av funktionshinder. Frågor om funktionshinder ingår ofta i befolkningsstudier. Egenskaperna hos metoderna för datainsamling påverkar om en viss frågeuppsättning tillhandahåller den nödvändiga informationen eller inte. Det sätt på vilket befolkningsstudier genomförs kan också påverka hur effektivt de samlar information om funktionshinder och funktionstillstånd, till exempel om befolkningsstudien är begränsad till ett litet antal frågor eller om data samlas in av ett stort antal intervjuare med begränsad utbildning vars primära målsättning är att räkna hela befolkningen. Det kan även vara svårt att få information om begränsningar i funktionstillstånd som är kopplade till psykisk hälsa i befolkningsstudier. För vissa länder är befolkningsstudier som innehåller frågor om funktionshinder emellertid det bästa sättet att säkerställa att funktionshinder blir en del av den pågående datainsamlingsprocessen. I sådana befolkningsstudier samlar man dessutom ofta även in information om andra viktiga aspekter av livet, vilket gör dem attraktiva för att ge information om social delaktighet.

Undersökningar med en litet antal frågor kan läggas till andra undersökningar som har flera ändamål eller till undersökningar vars primära syfte är att samla in data beträffande andra ämnen, till exempel levnadsstandarder, sysselsättning, utbildning eller boende. Genom att lägga till samma antal frågor i alla undersökningar som genomförs i ett land blir det möjligt att analysera information om egenskaperna hos populationen med funktionshinder tvärs över olika datainsamlingssystem, och på så sätt uppnå en större mängd information om social delaktighet.

Undersökningar med ett större antal frågor om funktionshinder kan införas i undersökningar om hälsa och hälso- och sjukvård. Funktionshinder kan även utgöra enda fokus för en undersökning. Undersökningar med fokus på funktionshinder har fördelen att de kan ge mer detaljerad information som täcker fler aspekter av ICF-modellen. Det här gör att analytikerna sedan kan undersöka de komplicerade relationerna mellan olika ICF-komponenter och undersöka möjliga orsaksmekanismer, med resultat som kan utgöra grunden till insatser för att förbättra funktionstillstånd.

Textruta 15: Nationell undersökning av funktionshinder (NDS, National Disability Survey) på Irland

På Irland genomfördes 2006 års nationella undersökning av funktionshinder (NDS) av den centrala statistikbyrån (Central Statistics Office, CSO) efter 2006 års befolkningsstudie. Ett nationellt representativt urval på över 17 000 personer (vuxna och barn) valdes ut, baserat på svaren i 2006 års befolkningsstudie. Urvalet bestod av 15 000 personer med funktionsnedsättning av alla typer i privata hushåll, 2 000 personer utan funktionshinder i privata hushåll och 700 personer med funktionsnedsättning av alla typer på sjukhus, vårdboenden och hem för barn. Undersökningen genomfördes i form av personliga intervjuer. Den första rapporten om resultaten från undersökningen offentliggjordes år 2008, med en andra rapport år 2010 (www.cso.ie).

NDS föregicks av en pilottest som genomfördes under perioden 2002–2004 av underleverantörer till National Disability Authority (NDA) (se www.nda.ie för rapporten från pilotprojektet). Pilotprojektet utforskade och rekommenderade sedan WHO att använda ICF som ramverk för undersökningen, tog fram riktlinjer för intervjun till undersökningspersonalen och arbetade med angelägna områden, däribland etiska frågor, som hade lyfts vid en omfattande samrådsprocess. Pilotteamets rapport (Browne et al., 2004) tillhandahöll grunden för NDA:s rekommendationer till regeringen. Beslut togs att använda ICF-ramverket, enligt rekommendationen i pilotprojektet. Närmare information om pilotprojektet, de riktlinjer som togs fram, NDS-metoden, de fyra frågeformulärens (vuxna eller barn i privata hushåll, vuxna eller barn i icke-privata bostadsmiljöer) och NDS-resultaten kan hämtas från CSO:s och NDA:s webbplatser. Fördelarna med ICF-ramverket påvisas, särskilt i resultaten om prevalens och om omgivningsfaktorer [47,48,49,50,51].

5.6 Vad innebär utformningen och testningen av relevanta undersökningsfrågor?

Vid framtagningen av nya undersökningsfrågor för att mäta funktionstillstånd och funktionshinder är det en betydande utmaning att ta hänsyn till att olika svaranden med olika kulturer, språk och socioekonomiska situationer kan tolka och kognitivt bearbeta de här frågorna på många olika sätt. Utmaningen blir desto större eftersom begrepp kring funktionshinder är komplicerade och omfattar

Undersökningsfrågor framtagna med hjälp av ICF-ramverket bör prövas i omfattande kognitiva tester och fälttester för att säkerställa giltigheten tvärs över olika populationer.

många och skiftande innebörder, attityder och typer av erfarenheter hos olika individer och sociokulturella delpopulationer. ICF-ramverket bör därför användas för att fastställa vilka aspekter av funktionstillstånd och funktionshinder frågorna ska undersöka.

Att ta fram frågor som ska användas i befolkningsstudier och undersökningar, kräver en process med tester och revideringar för att säkerställa lämplig konstruktion och giltighet, att frågorna faktiskt mäter det som de är tänkta att mäta. Dessutom ger kognitiv testning evidens för de svarandes förståelse (hur de uppfattar och tolkar frågan), deras erinringsprocess (förmåga att leta i sitt minne efter relevant information), deras bedömning (deras utvärdering av den erinrade informationen i förhållande till den fråga som ställts) och deras svar (huruvida de kan tillhandahålla den erinrade informationen i det format som efterfrågas). Kognitiv testning identifierar både de avsiktliga och oavsiktliga tolkningarna av frågor samt fel i frågekonstruktionen och ger indikationer på i vilka fall en revidering av frågan kan förbättra svaren. Alla de här stegen hjälper till att särskilja orsakerna till skillnader i uppskattningar utifrån undersökningsdata och att tolka skevhet i svaren kopplade till sociala och kulturella omständigheter.

Fälttestning av frågeformuläret kan ge ytterligare evidens för hur utbredda sådana särskilda tolkningsmönster är i ett större, slumpmässigt urval av svarande. Resultaten från de kognitiva testerna kan även användas som grund för fälttesternas utformning.

Utvärdering av frågor genom kognitiv testning och fälttestning gör det möjligt att revidera dåligt fungerande frågor innan de införlivas i stora och kostsamma undersökningar, för att säkerställa att frågorna fångar det avsedda begreppet. Det här bör stödja den internationella jämförbarheten hos data samt jämförbarheten mellan olika sektorer av befolkningen i ett land.

Vid utformning och testning av undersökningsfrågor är det också viktigt att tänka på vem som kommer att svara på frågorna. I regel är det bäst att ställa frågor direkt till personen, men det här är inte alltid möjligt. I vissa fall, till exempel vid befolkningsstudier, är datainsamlingen utformad så att en svarande från ett hushåll svarar för samtliga av hushållets medlemmar. I andra fall kan personerna inte svara själva på grund av dålig hälsa eller en begränsning i funktionstillstånd. Det är viktigt att inhämta information om alla personer i målpopulationen, och man bör använda ombud för den svarande i de fall då personen inte kan svara. Ombudet bör vara någon som har god kännedom om personen, och man ska också dokumentera det faktum att ett ombud används för den svarande samt orsakerna till det. Eftersom det är sannolikt att ombud kommer att användas i åtminstone vissa fall bör frågorna även testas med ombud för den svarande, för att säkerställa korrekt giltighet.

5.7 Bör analysen av data och tolkningen av resultat också utföras enligt ICF?

Det är av värde att analysera befolknings- eller undersökningsdata inom ramen för det större sammanhang som ICF utgör. En viss datainsamling kan till exempel lägga fokus på kroppsfunktioner inom området syn. Vid diskussioner kring dessa resultat kan det emellertid vara användbart att placera resultaten i ICF-ramverket. Detta kan bidra med information kring problem med möjliga åtföljande begränsningar av aktiviteter eller delaktighet, till exempel av att utnyttja transport eller av förvärvsarbete. Avsikten är inte att dra slutsatser om eventuella relationer, utan att klargöra om de specifika resultaten skulle kunna passa in i det övergripande ramverket. Med andra ord: Vilka aspekter av funktionshinder tar resultaten itu med och vilka aspekter tar de inte itu med?

Hänvisning av specifika undersökningsresultat till ICF-ramverket hjälper till att sätta dem i sitt sammanhang inom den bredare upplevelsen av funktionshinder.

5.8 Vilka relevanta uppsättningar av frågor finns det i dag?

Många uppsättningar av frågor har tagits fram för att användas i befolkningsundersökningar och det pågår ett aktivt arbete för att ta fram nya uppsättningar av frågor. Modulen om ”Beskrivningar av hälsotillstånd” i WHO:s World Health Survey består av en uppsättning frågor som bygger på ICF och omfattar övergripande hälsa, förflyttning, personlig vård, smärta och obehag, kognition, mellanmänskliga aktiviteter, syn, sömn och energi och affekt. Den fullständiga versionen av frågeformuläret i World Health Survey finns på <http://www.who.int/healthinfo/survey/instruments/en/index.html>.

Världshälsoorganisationens formulär för bedömning av funktionshinder *WHO Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0)¹ omfattar domäner som avser aktivitet och delaktighet och har genomgått valideringsstudier i ett antal länder. WHODAS 2.0 är ett exempel på en befintlig uppsättning av frågor som erbjuder en standardiserad metod för att mäta hälsa och funktionshinder över kulturgränser. För mer information om WHODAS 2.0, se textruta 16 och

Det finns ett antal befintliga uppsättningar av frågor, till exempel WHODAS 2.0, som har utvecklats och använts internationellt, och som man kan överväga att använda om de är relevanta för ändamålet.

¹ Mätning av hälsa och funktionshinder – Manual till WHO:s formulär för bedömning av funktionshinder, WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0. Svensk version finns publicerad på Socialstyrelsens webbsida <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-5-1>

<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index.html>.

FN:s ekonomiska och sociala kommission för Asien och Stillahavsområdet (UNESCAP) tog fram ett frågeformulär baserat på WHODAS 2.0 och ICF och använde det i en undersökning av fem länder i Asien och Stillahavsområdet. För mer information om denna aktivitet, se:

<http://www.unescap.org/stat/meet/widism4/index.asp>.

Textruta 16: Använda WHODAS 2.0

Världshälsoorganisationens formulär för bedömning av funktionshinder är ett generiskt bedömningsinstrument som har tagits fram av WHO för att ge en standardiserad metod för att mäta hälsa och funktionshinder över kulturgränser. Det är baserat på en omfattande uppsättning av frågor i ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa), som är avsedda att mäta förändring efter en specifik intervention. Detta görs genom att samma individ bedöms före och efter interventionen. En serie systematiska fältstudier utfördes för att fastställa instrumentets tvärkulturella användbarhet, reliabilitet och validitet samt dess användbarhet inom hälso- och sjukvårdsforskning. WHODAS 2.0 visade sig vara användbart för att mäta nivåer av hälsa och funktionshinder hos den allmänna populationen och för att mäta klinisk effekt och produktivitetsvinst till följd av interventioner.

WHODAS 2.0 delar in funktionstillstånd i sex livsdomäner:

Domän 1: Kognition – att förstå och kommunicera

Domän 2: Förflyttning – att röra och förflytta sig

Domän 3: Personlig vård – att sköta sin hygien, klä sig, äta och vara ensam

Domän 4: Relationer – att vara tillsammans med andra människor

Domän 5: Dagliga aktiviteter – att delta i aktiviteter relaterade till hushållet, på fritiden, arbetet eller i skolan

Domän 6: Delaktighet – att delta i aktiviteter tillsammans med andra och att vara delaktig i samhället.

Eftersom det är viktigt med samlade hälsomått har en viktig tillämpning av WHODAS 2.0 varit att ta fram information om omfattningen av funktionshinder i olika populationer, däribland i sammanhang med mindre resurser [52].

Washington Group on Disability Statistics (Washington-gruppen om funktionsnedsättningsstatistik), en stadsgrupp inom FN:s statistikkommision, har också tagit fram en uppsättning frågor som är avsedda att användas i befolkningsstudier och undersökningar. Frågorna använder ett ICF-baserat tillvägagångssätt för att definiera och mäta funktionshinder och följer nationella statistikbyråers principer och praxis. Den här uppsättningen av frågor kan läggas till i enkäter. Den korta frågeuppsättningen täcker sex funktionsdomäner (aktiviteter), nämligen syn, hörsel, förflyttning, kognition, personlig vård och kommunikation. De frågor som avser svårigheter att utföra vissa aktiviteter på grund av hälsoproblem är följande:

- Har du svårigheter med att se, även om du bär glasögon?
- Har du svårigheter med att höra, även om du använder hörapparat?
- Har du svårigheter med att gå eller ta dig uppför trappsteg?
- Har du svårigheter med att komma ihåg eller koncentrera dig?
- Har du svårigheter med den personliga vården, som att tvätta hela kroppen eller klä dig?
- Har du svårigheter med att kommunicera (till exempel förstå eller bli förstådd av andra) på ditt vanliga (sedvanliga) språk?

Varje fråga har fyra typer av svar, avsedda att fånga hela spektrumet av funktionstillstånd, från lindrig till svår: ingen svårighet, viss svårighet, stor svårighet och oförmögen att göra det.

De sex frågorna i punktlistan här ovanför täcker ett antal viktiga områden för aktiviteter och delaktighet, men inte alla, medan svarskategorierna fångar den upplevda svårighetsgraden. Flera scenarier kring funktionshinder kan beskrivas, beroende på intressedomän och valet av tröskelvärde för svårighetsgrad. Det finns fler än ett sätt att fånga funktionshinder med den här uppsättningen centrala frågor. Det ger i sin tur upphov till flera möjliga uppskattningar av förekomst av funktionshinder i befolkningen, som varierar både när det gäller storlek och sammansättning.

För att uppnå internationell jämförbarhet rekommenderar Washington-gruppen att följande tröskelvärde används för att definiera populationer med och utan funktionshinder i syfte att beräkna och rapportera prevalens-tal för funktionshinder vid användning av deras korta frågelista.

”Delpopulationen funktionshindrade omfattar alla med minst en domän kodad som *stora svårigheter* eller *oförmögen att göra det*.”

Andra tröskelvärden kan användas för andra ändamål, men det är alltid viktigt att dataanvändaren definierar hur funktionshinder härleds. Den här metoden användes i 2006 års undersökning av levnadsförhållandena i Zambia [53]. Då kom man fram till att: 14,5 procent av befolkningen uppgav ”vissa svårigheter” inom åtminstone en domän, 8,5 procent uppgav ”stora svårigheter” inom åtminstone en domän och 2,4 procent uppgav ”oförmögen att göra det” inom åtminstone en domän.

Washington-gruppen har nyligen färdigställt en omfattande uppsättning frågor om funktionstillstånd (ES-F). Uppsättningen är avsedd att användas i undersökningar, som bygger vidare på de sex domänerna i den korta uppsättningen (syn, hörsel, förflyttning, kognition, personlig vård och kommunikation) samt för att omfatta ytterligare funktionsdomäner (funktion i överkropp, affekt, smärta och trötthet) och mer information per domän, till exempel användning av hjälpmedel och funktionstillstånd med och utan assistans. Den här uppsättningen av frågor är avsedd att användas som en komponent vid befolkningsundersökningar, som ett komplement till enkäter eller som kärnan i en undersökning av funktionshinder.

Gruppen arbetar för närvarande med andra utökade uppsättningar, däribland en uppsättning som vänder sig särskilt till barn och en med fokus på miljön. Information om Washington-gruppen och vad den har åstadkommit finns tillgänglig online på adressen:

http://www.cdc.gov/nchs/washington_group.htm

Frågor om funktionstillstånd kan läggas till i befolkningsstudier eller undersökningar, även sådana vars huvudsakliga fokus ligger utanför området hälsa och funktionshinder. Om sådana frågor läggs till fortlöpande är det möjligt att övervaka trender över tiden och utvärdera effekten av policyer som syftar till att påverka de faktorer som inverkar på aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning.

5.9 Hur kan populationsdata hjälpa till att undersöka resultat om jämlikhet?

Populationsbaserade undersökningsdata kan användas för att undersöka och övervaka resultat om jämlikhet och social delaktighet och för att arbeta med kraven i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. För att kunna avgöra om personer med funktionsnedsättning har uppnått fullständig social delaktighet måste man emellertid först identifiera vilka de är.

Hur det går med utvecklingen mot lika möjligheter i samband med mätning av funktionshinder kan bedömas genom en befolkningsstudie. Med tiden kan en befolkningsstudie möjliggöra en sådan bedömning genom att övervaka och utvärdera resultaten för personer med funktionsnedsättning, så att slutsatser kan dras om framgången hos sociala åtgärder, som lagar och policyer om antidiskriminering eller service- och rehabiliteringsprogram som är avsedda att förbättra och uppnå jämlikhet för funktionshindrade personers delaktighet i alla aspekter av livet.

För att fastställa tillståndet funktionshinder med hjälp av befolkningsdata kan personer med funktionsnedsättning definieras som de som har större risk än den allmänna befolkningen att uppleva begränsningar i utförandet av vissa uppgifter (aktiviteter) eller inskränkningar av delaktigheten i samhället. I exemplet med de frågor från Washington-gruppen som beskrivs i avsnitt 5.8 skulle den här gruppen kunna omfatta personer som upplever svårigheter inom en eller flera av de sex centrala domänerna, till exempel gång eller hörsel, även om de svårigheter som de upplever skulle lindras av omgivningsfaktorer, till exempel användning av hjälpmedel, boende i en stödjande omgivning eller gott om resurser. Vissa av dessa personer upplever inga delaktighetsinskränkningar när det görs nödvändiga anpassningar på person- eller omgivningsnivå. De skulle emellertid ändå anses ha större risk än den allmänna befolkningen för delaktighetsinskränkningar på grund av förekomsten av svårigheter inom de sex centrala domänerna. Därför skulle den här populationens delaktighetsnivåer kunna försämrans vid avsaknad av anpassningar.

Eftersom befolkningsstudier generellt även innehåller ett brett urval frågor om livsaspekter som boende, sysselsättning, transport, inkomst och familj kan resultaten för personer med funktionsnedsättning (enligt definit-

Populationsbaserade undersökningsdata kan användas för att undersöka resultat om jämlikhet och social delaktighet när det gäller kraven i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

ionen i denna samling) jämföras med resultaten för den allmänna befolkningen om relevanta frågor tas med. Det här kan ge möjlighet att undersöka resultat om jämlikhet.

6 Använda ICF i utbildningssystem

6.1 Är ICF användbar i utbildningssammanhang?

ICF är användbar i utbildningssammanhang eftersom den hjälper till att övervinna tidigare beskrivningar eller stämplingar av funktionshindrade som kan ha lett till segregering eller diskriminering inom utbildning. ICF:s underliggande biopsykosociala modell förnekar inte den effekt som funktionsnedsättningar har på funktionstillstånd, utan identifierar snarare funktionstillstånd som man vet är viktiga för delaktigheten i en viss ålder. Genom sin komponent Aktiviteter och delaktighet kan ICF förbättra beskrivningen av hälsotillstånd och funktionsnedsättningar med information som lägger fokus på lärande och utveckling.

ICF kan användas i alla utbildningsmiljöer för att stödja kontinuitet vid inskrivningen i utbildning, i övergångarna mellan olika utbildningsnivåer eller från utbildning till efterföljande arbete och anställning. Användning av ICF i klassrumsmiljöer samt skolrelaterade kliniska miljöer ger ett gemensamt språk för att samordna de tjänster som tillhandahålls av utbildningssystem, sociala system och hälso- och sjukvårdssystem.

ICF kan förbättra beskrivningen av hälsotillstånd och funktionsnedsättningar med information som lägger fokus på lärande och utveckling.

6.2 Kan ICF hjälpa till att överbrygga mellan diagnostisk information och utbildningsinformation?

Information om problem, brister eller funktionsnedsättningar måste tolkas i sammanhanget för den aktuella undervisningen för att den ska vara relevant. Det är viktigt att observera att de relationer som förekommer mellan funktionshinder och akademiska resultat eller mellan kapacitet och genomförande i en viss utbildningsmiljö aldrig är enkla, utan behöver utforskas och förstås. I utbildningssammanhang bör information om funktionstillståndet relaterat till funktionshinder även kombineras med information om de aspekter av funktionstillstånd som har betydelse för lärandet och tolkas i förhållande till de specifika kraven för en lyckad delaktighet, som kan variera avsevärt mellan olika utbildningsmiljöer.

ICF tillhandahåller ett ramverk för att överbrygga mellan funktionshin-

ICF tillhandahåller ett ramverk för att överbrygga mellan funktionshindersbaserad och läroplansbaserad information samt mellan klinisk information och utbildningsinformation.

derbaserad och läroplansbaserad information samt mellan klinisk information och utbildningsinformation. Det finns olika instrument för att bedöma funktionstillstånd, till exempel Wee-FIM (Functional Independence Measure for Children) eller PEDI (Paediatric Evaluation of Disability Inventory) Dessa instrument tillhandahåller information om begränsningar i funktionstillståndet, och ICF kan hjälpa till att koppla den här informationen till domäner som är viktiga för utbildning, däribland ”Lärande och att tillämpa kunskap”.

6.3 Kan ICF användas för bedömning inom utbildning?

Begreppet delaktighet, som enligt ICF definieras som ”*engagemang i livssituationer*”, är en användbar startpunkt för att utforska möjliga orsaker och dynamiska processer mellan miljö och lärande. ICF kan fungera som en bro mellan bedömningar som lägger fokus på hälsa, utveckling, läroplan och social dynamik. Den tillhandahåller ett neutralt ramverk som kan kopplas till normerade eller kriterierelaterade mätningar. Inom sammanhanget för ett hälsotillstånd kan den fullständiga versionen av ICF användas för att förstå vilka effekter funktionsnedsättningar, strukturavvikelser, aktivitetsbegränsningar och omgivningsfaktorer har på delaktigheten inom utbildning som ett större livsområde.

ICF är ett ramverk för att beskriva en situation med hänsyn till människors funktionstillstånd. ICF ger en begreppsmässig beskrivning i sammanhanget hälsa, inte i sammanhanget kompetens, men kan därför hjälpa till att slå en bro mellan bedömningsresultat ur båda perspektiven för att ge en heltäckande bild av ett barns funktionstillstånd i en viss utbildningsmiljö. Det här kan stödja nationella läroplaner eller standarder, som annars generellt är kopplade till bedömning eller tester med fokus på ämnesrelaterade kunskaper.

En viktig orsak till bedömningar i utbildningssystemet är att få information om resultat eller framsteg inom lärande. Om ett barn har problem med lärande eller utveckling, i förhållande till sin ålder, skulle det kunna motivera till att göra en bedömning för att identifiera funktionshinder. Det är dock inte alltid tydligt i vilken utsträckning inlärningssvårigheter kan bero på hälsotillstånd, sociala svårigheter eller bristfällig undervisning.

ICF tillhandahåller ett neutralt ramverk som kan fungera som en bro mellan bedömningar som lägger fokus på hälsa, utveckling, läroplan och social dynamik.

6.4 Kan ICF användas för att förstå delaktighet i utbildning?

Som nämnades i föregående avsnitt så definieras delaktighet inom ICF som ”*engagemang i livssituationer*”. I utbildningssammanhang betyder det här att vara aktivt engagerad i uppgifter, aktiviteter och rutiner som är normala för barn i en viss ålder, i ett visst utbildningssystem. Utbildning är ett större livsområde inom ICF och alla elever bör ha rätt att delta i utbildning och att få möjlighet att utveckla sina talanger och sin potential, oavsett om de har funktionshinder eller inte. ICF kan användas som ett ramverk för att ta fram indikatorer för att mäta barns övergripande delaktighet i undervisningen, och kan hjälpa till att identifiera barn med funktionshinder.

Delaktighet i utbildningssammanhang handlar även om att ge röst åt föräldrar och barn med hänsyn till deras utbildning. Artikel 12 i konventionen om barnets rättigheter anger att ”barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad”.

Utbildning är ett livsområde som består av många livssituationer, som att sitta i ett klassrum, interagera med lärare och kamrater, leka på skolgården eller åka på skolresa. Dessa livssituationer innebär att utföra rutiner, bestämda sekvenser av uppgifter, eller aktiviteter som är kännetecknande för situationen. Det finns flera ICF-kompatibla bedömningsinstrument som mäter delaktighet, till exempel CASP (Child and Adolescent Scale of Participation) eller PEM-CY (Participation and Environment Measure for Children’ and Youth). För att uppnå en fullständig förståelse för delaktighet i utbildning behöver man uppmärksamma hur uppgifter eller rutiner skulle kunna förändras för att säkerställa total delaktighet i en viss omgivning. Det räcker inte att bara mäta elevens genomförande av fördefinierade uppgifter i en fördefinierad omgivning.

ICF kan användas som ett ramverk för att ta fram indikatorer för att mäta barns övergripande delaktighet i undervisningen.

6.5 Kan ICF användas för att analysera utbildningsmiljöer?

I ICF beskrivs utbildning begreppsmässigt även som en omgivning där olika miljöer eller livssituationer skapas. ICF som klassifikation och ramverk kan hjälpa till att förstå interaktionen mellan utbildningsmiljöer och delaktighet för elever med funktionshinder. Delaktighet kan även betraktas som en indikator som visar graden av integration hos service, tjänster, system och policyer inom utbildning.

Service, tjänster, system och policyer inom utbildning ingår i Omgivningsfaktorer, kapitel 5. Artikel 24 i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning avser rätten till utbild-

ICF kan stödja bedömningen av interaktionen mellan elevernas funktionstillstånd och deras omgivning.

ning och kravet på att länderna ska säkerställa ett sammanhållet utbildningssystem.

ICF är ett ramverk som representerar information om utbildningsmiljöers kvalitet, eftersom kvaliteten kan hänga samman med elevernas funktions-svårigheter. Innehåll från ICF:s kapitel om omgivningsfaktorer kan även organiseras så att det representerar utbildningsmiljöer. ICF kan användas för att föra samman information om utbildningsmöjligheters kvalitet, stödsystems tillgänglighet eller lärarens eller andra yrkesgruppers uppfattningar och attityder i utbildningssystemet. Befintliga verktyg och standarder för att bedöma alla aspekter av skolmiljöer, inklusive ”möjligheter att lära sig” kan hänföras till ICF och matchas mot elevernas funktionsprofiler. ICF kan därför stödja bedömningen av interaktionen mellan elevernas funktionstillstånd och deras omgivning.

6.6 Kan ICF användas för att fastställa rätt till stöd i utbildningsmiljöer?

Rätt till stöd innebär att man får tillgång till service, tjänster, förmåner, anpassningar eller ersättningar som generellt sett inte ges till alla personer. Snarare än att bestämma rätt till stöd, enbart baserat på diagnosen av ett hälsotillstånd eller funktionsnedsättnings svårighetsgrad, kan man använda ICF för att fastställa om det finns en så kallad delaktighetsklyfta och sätta mål för funktionstillstånd. Därefter kan medlen för att nå de här målen fastställas.

ICF kan användas för att fastställa eventuella delaktighetsklyftor och sätta mål för funktionstillstånd.

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning kräver att ett land tillhandahåller sammanhållna utbildningssystem som ger tillräckligt stöd för att säkerställa tillgång och delaktighet för alla elever, även de med funktionshinder. För vissa kan det här kräva ytterligare stöd, assistans eller anpassningar för att underlätta eller främja lärande och utveckling. ICF tillhandahåller ett ramverk och ett gemensamt språk för att koppla funktionshinder i och till den aktuella utbildningsmiljön.

För att säkerställa en rättvis och effektiv användning av tillgängliga resurser är det nödvändigt att fastställa tröskelvärden. ICF underlättar kombinationen av olika tröskelvärden för att lägga fokus inte bara på funktionsnedsättningens svårighetsgrad, utan även på lägsta tröskelvärden för delaktighet. Ett funktionellt tillvägagångssätt för att fastställa rätt till stöd gör det möjligt att använda olika tröskelvärden och brytpunkter för olika ändamål. Exempel skulle kunna vara kriterier för att få godkänt resultat i prov, antas till skolor eller få ytterligare stöd. Det här kommer att innebära att långtgående beslut blir mer öppna, till exempel en överföring till en särskola eller tillfällig utestängning från det vanliga klassrummet på grund av psykiska hälsoproblem.

Textruta 17: ICF-baserad standardiserad bedömning av rätt till stöd

Sedan januari 2011 har det schweiziska kantonala utbildningssystemet börjat införa ett flerdimensionellt, kontextkänsligt förfarande för att bestämma rätt till stöd inom olika utbildningssystem. Förfarandet bygger på Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i enlighet med principerna i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Förfarandet består av två delar, (1) organisera information om barnets nuvarande situation, och (2) organisera information om barnets framtida situation, så som de berörda personerna föreställer sig den. Vid användning av ICF som modell och klassifikation kan de olika faktorer som påverkar beslut om rätt till stöd (till exempel funktionsnedsättningar, strukturavvikelse, aktiviteter och delaktighet, omgivningsfaktorer och personliga faktorer) utgöra grunden för en öppen beslutsprocess där föräldrarna och barnet kan bidra aktivt.

Förfarande tillgängligt på: <http://www.edk.ch/dyn/23728.php> (tyska, franska, italienska)

Se [54]

6.7 Kan ICF användas för att sätta mål?

ICF kan tillhandahålla en grund för målformulering, genom att den stödjer integrering av bedömningsinformation från olika källor, miljöer och perspektiv. För att främja funktionshindrade elevers aktiva lärande och utveckling bör alla aktörers synpunkter tas med i beräkningen. Exempelvis kan en elevs självbedömning skilja sig avsevärt från den bedömning som görs av en lärare, terapeut eller skolpsykolog, men alla är viktiga att överväga. I sammanhang där lärare och elever deltar i direkta interaktioner bör bedömningen vara en fortlöpande process. Den här processen för samman olika observationer, testresultat, rapporter och annan bedömningsinformation som grund för målformulering (formativ bedömning eller bedömning för lärande).

Målformulering är något som görs av alla yrkesutövare som arbetar med barn, vare sig det sker uttryckligen eller inte. I vissa fall kan målformulering leda till motsättningar och dilemman, oavsett om målen rör utveckling, är specifika för funktionsnedsättning eller till och med är generella utbildningsmål. ICF-ramverket hjälper användaren att skilja mellan och balansera olika måldimensioner, till exempel mål avsedda att påverka en funktionsnedsättning (till exempel att förbättra röstfunktionerna), mål för att kompensera (till exempel att arbeta på kommunikationsfärdigheterna för att begränsa effekterna av ett talhinder), utvecklingsmål (till exempel att kunna kommunicera tillräckligt bra i olika sociala miljöer) eller läroplansmål (till

ICF kan tillhandahålla en grund för målformulering, genom att stödja integrering av bedömningsinformation från olika källor, miljöer och perspektiv.

exempel att ha läs- och skrivfärdigheter enligt den definition som ges av Programme of International Student Assessment, PISA).

ICF hjälper användaren att bedöma överensstämmelsen mellan omgivningsfaktorer och personens funktionstillstånd, för att därefter besluta om det ska formuleras mål för att arbeta med funktionsproblem, anpassa omgivningen eller både och. Olika professionella yrkesutövare, föräldrarna och barnet kan ha olika åsikter om vad som är den bästa vägen framåt. ICF är ett användbart ramverk för att klargöra och integrera de mål som har formulerats av olika professionella yrkesutövare och andra medverkande personer. Vid individuell utbildningsplanering är det särskilt viktigt att integrera barnets och föräldrarnas åsikter eftersom barnet måste kunna delta aktivt i att nå målen.

6.8 Hur kan ICF användas för att utvärdera elevers resultat?

ICF kan användas för att strukturera utvärderingen av effektivitet eller ändamålsenlighet hos insatser som genomförs i utbildningsmiljö, precis som i kliniska miljöer eller andra insatsmiljöer. I utbildningsmiljöer är målen generellt bredare än i kliniska miljöer, och insatserna tenderar därför att vara mindre specifika och mer långvariga och inriktade på lärande och utveckling snarare än specifika funktionstillstånd. ICF tillhandahåller ett ramverk för att kartlägga målen före, under och efter insatsen. Skiftande kvalitativ och kvantitativ information från olika källor kan integreras med hjälp av ICF för att uppnå en bredare bild av elevens resultat.

ICF kan användas för att strukturera utvärderingen av effektivitet och ändamålsenlighet hos insatser i utbildningsmiljö, precis som i kliniska miljöer eller andra insatsmiljöer.

Delaktighet är en central konstruktion i ICF och utgör ”gränssnittet” mellan hälsa och utbildning. Delaktighet kan tolkas både som en process (engagemang i en livssituation) och som ett resultat (genomförande) av utbildning. ICF är väl lämpad som verktyg för att övervaka genomförandet av konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, artikel 24 om utbildning, och för att mäta i vilken utsträckning ett visst utbildningssystem klarar att skapa möjligheter till lärande för eleverna.

Om ICF kopplas till befintliga kvalitetsindikatorsystem på ett lämpligt sätt, kan den utgöra ett verktyg för att utvärdera elevresultat som tar hänsyn till funktionsnedsättnings- och aktivitetsbegränsningars möjliga effekter på lärande och resultat. Tack vare det universella förhållningssättet till människors funktionstillstånd möjliggör ICF en integrering av information relaterad till funktionshinder med stödåtgärder inom utbildning. Till skillnad från traditionella kategorier av funktionshinder, ger ICF användaren möjlighet att koppla funktionstillstånd till prestationer och icke-akademiska resultat. Skillnader i elevernas resultat kan jämföras med

studentpopulationens mångfald, vilket kommer att bidra till att mäta hur skolan lyckats med utbildningen för alla elever.

6.9 Kan ICF underlätta samarbete och integrera olika perspektiv?

Olika aktörer har olika perspektiv och eventuellt olika prioriteringar när det gäller utbildning för funktionshindrade elever. ICF kan stödja utveckling av verktyg och åtgärder som underlättar kommunikation och samordning tvärs över olika sektorer och sammanhang.

ICF:s biopsykosociala modell ger utgångspunkter för yrkesutövares, beslutsfattares, föräldrars och allmänhetens mångskiftande åsikter, intressen och sakkunskap. Med ICF kan ett gemensamt språk och standardiserade åtgärder för att fatta beslut utvecklas och implementeras för att säkerställa att alla parter deltar i problemlösningen.

ICF är ett komplext informationssystem, som kräver korrekt introduktion och utbildning för att det ska användas på rätt sätt. Exempelvis om ICF-strukturen används av elever för självbedömning, för utvärdering av hinder i omgivningen eller vid samtal med lärare och föräldrar om elevens lärande, utveckling och funktionstillstånd. Innehåll och format bör vara meningsfulla och tillgängliga för eleverna och bör bidra till att stödja dem att bli aktiva i sitt lärande. Piktogram och teckningar kan till exempel användas för att representera innehåll från ICF. Elevers portfolio skulle kunna användas tillsammans med livsdomänerna i ICF för att illustrera elevernas framsteg. Om elevens självrapportering om framsteg, intressen eller svårigheter följer samma struktur som de bedömningsinstrument som används av lärare och terapeuter blir eleverna även partner i bedömnings-, planerings- och utvärderingsprocesserna.

ICF kan stödja utveckling av verktyg och åtgärder som underlättar kommunikation och samordning tvärs över olika sektorer och sammanhang.

7 Använda ICF för policy- och programändamål

7.1 Varför är det viktigt att använda standardiserade begrepp för funktionshinder inom olika policyområden?

Funktionshinder är en övergripande fråga som rör alla policyområden. Historiskt sett har det varit vanligt att olika policyområden har utvecklat sina egna, unika arbetsdefinitioner och arbetsbegrepp kring funktionshinder. I takt med det allt större ekonomiska och demografiska trycket på de sociala trygghetssystemen pressas länderna att utveckla sektorsöver-

skridande färdplaner för att säkerställa hållbarheten. Ett gemensamt förhållningssätt till tolkning av funktionshinder med hjälp av ICF kan fungera som en grund för övergången från att bevilja sociala förmåner till att använda socialpolitik som ett verktyg för att skapa ett mer inkluderande samhälle (till exempel genom att övergå från kompenserande policyer till i integrerande eller möjliggörande policyer).

Det är viktigt att ha jämförbar registrering av funktionshinder tvärs över olika policyområden och att utveckla kompatibla statistik- och indikatorsystem, för att få jämlika system för att tillhandahålla och övervaka service och tjänster. Det gör att det till exempel är möjligt att se om personer med liknande grader av svårigheter får liknande grader av stöd tvärs över åldersspektrumet även i de fall där det finns olika system för äldrevård och yngre personer med funktionsnedsättning. Det gör det även möjligt att jämföra en klientpopulation med den allmänna befolkningen och uppskatta behov som ännu inte är uppfyllda.

Sektorsöverskridande policyer med fokus på social utveckling, som främjas bland annat av Världsbanken (2007), bör ompröva begreppet ”funktionshinder” och beskriva det som något som kan både förändras och hanteras. ICF tillhandahåller ett ramverk för att beskriva funktionshinder i enlighet med detta och bidrar till att harmonisera kompenserande, integrerande och möjliggörande policyer. För att samla information till socialpolitiken och främja införlivandet av funktionshinder krävs det att man arbetar med flera tröskelvärden och omgivningskänsliga begrepp, som till exempel ”delaktighetsklyftan”. Det kan vara en fördel att använda flera tröskelvärden, för att kunna göra olika analyser och variera jämförelserna. Att använda ICF-baserade definitioner av rätt till stöd ger exempelvis upphov till tröskelvärden som är i linje med politikens syften.

Det är viktigt att använda standardiserade begrepp vid utveckling av policyer som rör övergripande frågor, såsom funktionshinder.

7.2 Varför ska man använda ICF inom beslutsfattande?

”Funktionshinder” kan tolkas på många olika sätt och beslutsfattarna måste ta itu med komplicerade och ofta dåligt definierade problem. Det kan finnas olika åsikter om orsak och verkan, om vilken typ av insatser som behövs eller om de föreslagna lösningarna är tillräckliga. Det kan förekomma avsevärda osäkerheter om de ekonomiska följderna av förändringar av politiken eller motstridiga åsikter och synpunkter från olika aktörer.

Användning av ICF som ett ramverk och gemensamt språk kan underlätta policyutvecklingen. Exempelvis införde Tyskland ICF som det grundläggande ramverket i sin nionde socialförsäkringsbalk (Neuntes Sozialgesetzbuch), medan Japan använder ICF både inom sin nationella lagstiftning och politik och i olika fält som rör funktionshinder, till exempel långtidsvård (textruta 18). ICF kan även skapa kopplingar mellan konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, tillgängliga data över den aktuella situationen, olika gruppers åsikter och övervägda förändringar i policyer och program. De länder som har undertecknat och godkänt konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning står inför ett behov av att utveckla policyer för att uppfylla sina skyldigheter.

Användning av ICF som ett ramverk och gemensamt språk kan underlätta policyutvecklingen.

Textruta 18: ICF i Asien/Stillahavsområdet

ICF har införts inom många hälso- och funktionshinderrelaterade policy- och lagstiftningsområden i Asien och Stillahavsområdet, till exempel följande:

Biwako Millennium Framework for Action towards an Inclusive, Barrier-Free and Rights-based Society for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific (Biwako millennieramverk för åtgärder inriktade på ett integrerande, hinderfritt och rättighetsbaserat samhälle för personer med funktionsnedsättning i Asien/Stillahavsområdet). Den förklaring som avgavs i oktober 2002 av representanterna för länder i Asien/Stillahavsområdet, fastslog att ”en bredare användning av ICF i länderna i regionen kommer att förväntas tillhandahålla en grund för ett gemensamt system för definition och klassificering av funktionshinder”.

”Grundläggande program för personer med funktionsnedsättning”:

Den

tioårsplan för service och tjänster för personer med funktionsnedsättning som har tagits fram av Japans regeringskansli (2002) anger att ”ICF ska användas för en bättre förståelse för mångfalden av funktionshinder”.

Policyer för hälsa och personlig vård: ICF har införts inom många områden, däribland rehabilitering, långtidsvård och hantering av sådan vård, förebyggande av funktionshinder, stöd till självständigt boende för personer med psykiatriska funktionshinder, nationella examinationer för hälso- och hälsorelaterade yrken.

Andra områden: ICF har även införts bland annat inom specialundervisning, internationellt utvecklingsbistånd och förebyggande av nya funktionsproblem efter naturkatastrofer [18].

Det bästa sättet att hantera komplicerade sociala frågor, till exempel effekterna av funktionshinder inom olika livsområden, är att säkerställa följande:

- en tillräcklig förståelse för problemet
- samråd med eller delaktighet inom alla grupper
- evidensbaserat beslutsfattande
- analytisk stringens genom hela policycykeln.

Det här kan ses som identifiering av problem, fastställande av agendan, policyutveckling, genomförande av politiken och utvärdering av politiken. Visioner och breda sociala mål bör vägleda utformningen av politiska mål, med hänsyn till tillgängliga resurser och andra begränsningar. Användning av ICF som ett gemensamt språk genom hela policycykeln kan underlätta samordningen och harmoniseringen av olika regeringsinitiativ, policykomponenter och tillhörande aktiviteter inom olika grupper. I processen för policyutveckling kan ICF användas som en underliggande karta för att skapa verktyg för kunskapsdelning, data och information och processvägledning som enkelt kommunicerar med varandra.

7.3 Hur kan ICF bidra till att öka medvetenheten och identifiera problem?

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och kapitel 5 (Service, tjänster, system och policyer) i Omgivningsfaktorer i ICF-boken beskriver service, tjänster, system och policyer som kan förbättra eller hindra en persons delaktighet. Att mappa parametrar från nationella policyer till ICF, ger insyn i hur det aktuella tillhandahållandet av service och tjänster inom olika policyområden hänger samman med olika funktionstillstånd.

Vid utveckling av policyer är det bra att som ett första steg identifiera problemen och bättre förstå hur de här problemen påverkar den bredare allmänheten. Ur ett socialt utvecklingsperspektiv är det ytterst viktigt att förstå problem relaterade till de delaktighetsinskränkningar som upplevs av personer med funktionsnedsättning.

Det kanske mest uppenbara sätt på vilket ICF kan stödja identifiering av problem i policyer och samhälle, är genom ICF-baserad statistik och ICF-

Mappning av parametrar från nationella policyer till ICF ger insyn i hur det aktuella tillhandahållandet av service och tjänster inom olika policyområden hänger samman med olika funktionstillstånd samt vilka brister som kan finnas.

baserade indikatorer:

- När en mängd populationsbaserad statistik bygger på ett gemensamt ramverk och använder en ICF-baserad ”identifierare för funktionshinder” så blir det möjligt att beskriva de erfarenheter som uppges av personer med funktionsnedsättning jämfört med andra personer i samhället. Ett sådant exempel är den i många länder betydligt lägre sysselsättningsgraden bland personer med funktionsnedsättning jämfört med personer utan funktionshinder [55]. Genom sådana jämförelser kan man även finna att personer med funktionsnedsättning har mindre sannolikhet än andra att till exempel delta i idrott, trots intresse och en önskan att delta. Ytterligare undersökningar kan visa om det här förklaras av en brist på lämpliga idrotter, bristande tillgänglighet på platserna, idrottsadministratörernas attityder eller någon annan orsak. Om orsakerna fastställs kan policyer och program ändras därefter.
- När administrativa och systembaserade data baseras på ICF och delar gemensamma begrepp med befolkningsdata kan ”efterfrågan” (från befolkningsdata) och ”utbud” (från service- och tjänstedata) jämföras och icke-uppfyllda behov av service och tjänster kan identifieras.
- I länder som inte använder något gemensamt ramverk för statistik över funktionshinder är det inte möjligt att aggregera (eller dela upp) data, på grund av olika definitioner av funktionshinder eller för att ”indikatorerna” kanske inte är kompatibla.

En i dag mindre välutvecklad metod för att identifiera problemområden är genom att samla information om personens interaktion med omgivningen enligt ICF-modellen. Om befolkningsundersökningar till exempel samlar information om omgivningshinder för utbildning skulle de huvudsakliga problemområdena i hela befolkningen kunna identifieras. Det här skulle kunna omfatta faktorer som kollektivtrafik, policyer eller attityder hos lärare eller elever. När sådana faktorer väl har identifierats kan de göras till föremål för samordnade åtgärder från regeringar och från samhället i stort.

7.4 Kan ICF bistå i processen för policyutveckling?

ICF kan fungera som ett samlat ramverk, en övergripande begreppsmodell och en teknisk resurs för analys av policyalternativ och för att utveckla modeller i syfte att förutse den sannolika effekten av dessa alternativ. På så sätt underlättar ICF jämförbarheten mellan olika policyalternativ med hänsyn till policyns omfattning, mål, instrument, strategier, ansvarsområden och finansieringsmekanismer.

ICF använder ett neutralt språk och erkänner att alla kan ha svårigheter gällande funktionstillstånd inom något livsområde, vid en viss tidpunkt och i varierande grad. ICF bygger inte på fasta grupperingar av funktionshinder. Det här gör det möjligt för beslutsfattarna att klargöra de möjliga effekterna

ICF underlättar analysen av policyalternativ med ett neutralt, gemensamt språk.

av policyer som är under utveckling och att skapa administrativa ”kategorier av funktionshinder” eller målgrupper. Exempelvis lägger många system för ekonomiskt stöd fokus på den svårighet som en person kan ha när personen är delaktig i arbete, utan att utreda de omgivningsfaktorer som skulle kunna möjliggöra en mer framgångsrik delaktighet inom detta livsområde.

Det slutliga valet bland olika policyalternativ bör påverkas av överensstämmelsen med konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. ICF kan hjälpa till med utvecklingen av icke-diskriminerande policyer, till exempel på följande sätt:

- ICF är etiologiskt neutral och lägger fokus på funktionstillstånd och den grad av svårighet som en person har, snarare än på personens hälsotillstånd. Med detta tillvägagångssätt är sannolikheten större för att policyer för att tillhandahålla tjänster för stödinsatser utformas direkt med avseende på stödbehov, snarare än på mindre relevanta faktorer, som huruvida personen har fått en diagnos på ryggradsskada eller multipel skleros. I ett annat exempel läggs fokus på autism som enda kriterium för stödinsatser, vilket diskriminerar personer med andra hälsotillstånd som kan ha likvärdiga behov. ICF:s fokus på funktionstillstånd hjälper till att undvika sådana problem.
- Baserat på dess inkluderande syn på funktionshinder – fokus på alla områden av aktiviteter och delaktighet som uppskattas av hela befolkningen – kan ICF stödja identifiering av områden där personer med funktionsnedsättning har andra erfarenheter och resultat jämfört med andra personer. Det här gör det möjligt att identifiera brister i övergripande policyer och program.

Textruta 19: Världsbankens Inaugural Disability and Development Core Course (inledande kärnkurs i funktionshinder och utveckling)

År 2012 genomförde Världsbanken en Disability and Development Core Course (kärnkurs i funktionshinder och utveckling) för att öka beslutsfattarnas kunskaper om funktionshinder och den sociala och ekonomiska betydelsen av att utveckla policyer och program som svar på behoven hos personer med funktionsnedsättning samt för att integrera funktionshinder i utveckling generellt och i sektorsvisa policyer och program.

Kursen byggde på World Report on Disability (Världshälsoorganisationen och Världsbanken, 2011) och använde ICF som begreppsmodell, struktur och klassificering. Den omfattade sex sammankopplade och komplementära teman:

funktionshinder: begrepp, utveckling, definitioner och mätning
social och ekonomisk status hos personer med funktionsnedsättning
investering i humankapital: utbildning, hälsa och rehabilitering
delaktighet på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning

social trygghet: sociala skyddsnet och socialförsäkring

möjliggörande omgivning: universell tillgänglighet, attityder, lagstiftning, institutionell omgivning, fysisk infrastruktur, transport och informations- och kommunikationstekniker (IKT).

Den huvudsakliga målgruppen för kursen omfattade teknisk personal från Världsbanken och statliga motparter i bankens klientländer. Kursen hade även deltagare från internationella organisationer och biståndsorganisationer.

7.5 Hur kan ICF bistå vid planeringen på systemnivå?

I många länder använder service- och tjänstesystemen motsägelsefulla definitioner som är rotade i olika paradigmen kring funktionshinder. Exempelvis är det vanligt med en syn på funktionshinder som bygger enbart på diagnostisering av ett hälsotillstånd trots vetenskapen om att funktionshinder påverkas av omgivningsfaktorer. Definitioner av funktionshinder som likställer termen med "oförmögen att arbeta" är i sig hinder för inkluderande policyer och praxis. ICF stödjer övergången från en statisk till en dynamisk syn på funktionshinder [55] och anpassar de principer som styr tillgången

ICF stödjer övergången från en statisk till en dynamisk syn på funktionshinder. Den definition av funktionshinder som ges i ICF främjar ett integrerat förhållningssätt.

till service och tjänster genom att fastställa tröskelvärden i enlighet med detta.

Det är ett samhällsansvar att ta itu med behoven hos personer med funktionsproblem. Den definition av funktionshinder som ges i ICF främjar ett integrerat förhållningssätt. Universell utformning enligt konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning fordrar att medlemsländerna utformar sina produkter, omgivningar, program och tjänster så att de kan användas av alla människor. Samtidigt har dessa länder krav på sig att organisera, förstärka och utöka specialiserade tjänster inom områdena hälsa, sysselsättning, utbildning och socialtjänst. Därför bör planeringen av service och tjänster på systemnivå enligt konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning lägga fokus på befolkningens övergripande funktionstillstånd i enlighet med politiska prioriteringar och mål. Ett sådant tillvägagångssätt kan balansera fördelningen av resurser och stärka de service- och tjänstesystem som är tillgängliga för alla samtidigt som specialiserade tjänster utformas för bestämda målgrupper.

ICF tillhandahåller ett ramverk för att integrera information om omgivningsfaktorer, en populations övergripande funktionstillstånd och information om specifika delpopulationer med vissa typer av sjukdomar eller funktionshinder. Det här är användbart för att uppskatta glappet mellan den aktuella situationen och den önskade framtiden. Effektiva service- och tjänstesystem kräver sektorsöverskridande samordning, särskilt för att arbeta med utmaningar som fattigdom och social utestängning. Politiska prioriteringar och mål kan kommuniceras tvärs över alla sektorer med hjälp av ett ICF-baserat språk för att rikta in sig på livsdomäner och definiera de miniminivåer av delaktighet som ska säkerställas.

7.6 Hur kan ICF underlätta implementeringen av policyer?

Policyer är betydelsefulla omgivningsfaktorer som påverkar personers liv och välbefinnande. Vid genomförandet av policyer kan ICF fungera som ett tekniskt verktyg för att stödja sektorsöverskridande integration av service och tjänster. I den här processen kan ICF även användas för att bistå med genomförandet av konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Textruta 20 illustrerar detta samband med hänsyn till artikel 19 i konventionen. ICF-komponenterna stödjer ett synsätt för hela statsförvaltningen som även är personcentrerat, med fokus på en persons delaktighet i alla livsområden samt på personens omgivning.

Ett lyckat sektorsöverskridande genomförande av politiken grundas på information från alla potentiella former av kontextuell påverkan, stöds av

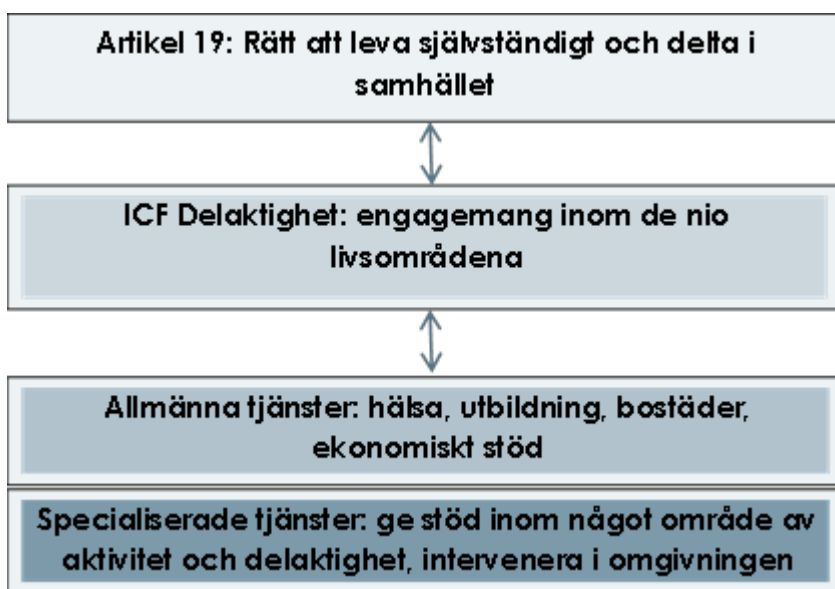
ICF-ramverket kan användas för att belysa omgivningens effekter på aktiviteter och delaktighet, och göra det möjligt att identifiera nödvändiga förändringar i tjänster och policyer.

alla inblandade parter engagemang, förlitar sig på målinriktade tjänsters kapacitet att förändras och bygger på samarbete med nyckelpartner. På så sätt kan ICF bli ett betydelsefullt verktyg för att bedöma sammanhang, stödja kapacitetsbyggande och säkerställa effektiv kommunikation.

ICF har föreslagits som operativt verktyg för internationell utveckling med ”potential att vägleda integrering av funktionshinder inom internationell utveckling” [56]. ICF-ramverket kan underbygga ett bredare ramverk genom att belysa omgivningens effekter på aktiviteter och delaktighet, och därmed göra det möjligt att identifiera nödvändiga förändringar i tjänster och policyer.

Textruta 20: Använda ICF för att länka samman KRPF, politik och tjänster

Exempel med artikel 19 i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (KRPF)



7.7 Kan ICF hjälpa till att utvärdera och övervaka policyers effekter?

ICF kan användas vid utformningen av politiska mål och målsättningar och som ett ramverk för att integrera information från olika datakällor för att skapa ett indicatorsystem. ICF är ett vetenskapligt och rättighetsbaserat instrument som kan hjälpa till att överbrygga mellan data och indikatorer samt mellan vetenskapliga värden och de politiska och sociala värden som uttrycks i rättigheterna enligt konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning [57].

ICF tillhandahåller nyckelkomponenterna i databasinfrastruktur för informationssystem som stödjer hantering, övervakning och utvärdering av program.

ICF som klassifikation är avsedd att tillhandahålla byggstenar för information. Som global standard tillhandahåller ICF mycket viktig databasinfrastruktur för informationssystem som stödjer hantering, övervakning och utvärdering av program. Därmed kan de data som samlats in av de som tillhandahåller service och tjänster kopplas till politiska mål och målsättningar. Textruta 21 visar en matris för att analysera utbildningssystemets, hälso- och sjukvårdssystemets eller det sociala systemets funktion som sedan har använts som ett ramverk för att ta fram indikatorer för delaktighet.

Textruta 21: Matris för att analysera utbildningssystemets, hälso- och sjukvårdssystemets eller det sociala systemets funktion

Matrisen utvecklades inom ramen för MHADIE-projektet (Measuring Health and Disability in Europe, sjätte ramverksprogrammet) för att analysera funktionshinder-relaterade definitioner och begrepp som används i utbildningssystem, för att fastställa rätt till stöd, för att utfärda politiska rekommendationer för utbildning för alla, för individuell utbildningsplanering eller för utvärdering av service och tjänster. Därefter har den använts som ett ramverk för att ta fram indikatorer för delaktighet [58,59].

| | | Kronologiskt perspektiv | | | | |
|--|----------|-------------------------|-------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|
| | | Situation/ Input | Bedömning/ Analysera | Uppdrag/ Planera | Intervention/ Genomföra | Utvärdering/ Resultat |
| Systemperspektiv | Policyer | | | | | |
| | System | | | | | |
| | Tjänster | | | | | |
| | | | | | | |
| Funktionstillstånd/ funktionshinder | | | | | | |

8 Använda ICF för påverkansarbete och ökad egenmakt

8.1 Kan ICF användas för påverkansarbete?

ICF är användbar för påverkansarbete bedrivet av och för personer med en mängd olika funktionsproblem eller funktionshinder, däribland problem som hänger samman med kroniska sjukdomar och åldrande, eller för personer i långtidsvård.

ICF tillhandahåller ett ramverk avsett att lägga fokus på personens situation, snarare än på specifika insatser och sektorer. Det här gör att ICF effektivt kan belysa övergripande behov eller rättighetskränkningar. Den går utöver en funktionshinderbaserad gruppering av personer och utgör ett ramverk för att ta fram strategier för påverkansarbete genom politisk verksamhet, genom rättstvister eller genom att öka allmänhetens medvetenhet. Som sådant ramverk kan ICF föra samman olika grupper i ett enhetligt tillvägagångssätt för att förespråka rättigheterna för personer med problem gällande funktionstillstånd.

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är ett instrument för mänskliga rättigheter och ett internationellt normativt ramverk som bekräftar och belyser att alla kategorier av rättigheter och grundläggande friheter gäller även för personer med funktionsnedsättning. I enlighet med FN-konventionens syn på funktionshinder, har ICF ett brett tillämpningsområde och fordrar att man tar hänsyn till omgivningsfaktorer som påverkar funktionstillstånd tillsammans med de övriga faktorerna.

Därför är ICF ett potentiellt kraftfullt verktyg för bevisbaserat påverkansarbete. Bevis för diskriminering och omgivningshinder kan samlas in tvärs över alla olika grupper av funktionshinder och livssituationer för att argumentera för social förändring eller för tillhandahållande av tillgängliga tjänster. Användning av ICF stödjer en omställning från en ”välgörenhetsmodell” till en ”modell för mänskliga rättigheter” för påverkansarbete. Det språk som används i påverkansarbetet är en indikator för, och ett medel för att förmedla, värden och attityder. Påverkansarbete bör lägga fokus på att främja delaktighet och inte eftersträva välgörenhet eller främja medlidande med personer med funktionsnedsättning. ICF-ramverket och ICF-modellen kan hjälpa till att skapa en ny begreppsmässig beskrivning av filosofierna för privata organisationer som bedriver lobbyverksamhet för personer med funktionsnedsättning, så att de blir i linje med ett rättighetsbaserat förhållningssätt. Biståndsorganisationer bör hjälpa organisationer för personer med funktionsnedsättning att bygga kapacitet så att alla personer kan leva ett värdigt liv och aktivt bidra till utvecklingen av sitt samhälle.

Användning av ICF stödjer en omställning från en ”välgörenhetsmodell” till en rättighetsbaserad modell för att stödja påverkansarbete.

ICF kan även hjälpa till att belysa situationen för personer med funktionsnedsättning i bredare policyfrågor, som fattigdom, könsdiskriminering eller arbetslöshet och åskådliggöra den offentliga politikens effekter på personer med funktionsnedsättning och behovet av ett bredare tillvägagångssätt för reformer. World Report on Disability [10] är ett bra exempel på ett omfattande och brett förhållningssätt till funktionshinder som, sedan rapporten offentliggjordes, har citerats ofta, även av organisationer för personer med funktionsnedsättning.

ICF tillhandahåller ett gemensamt språk för samtal bland aktivister inom funktionshinder, beslutsfattare, sjukvårdspersonal och den bredare allmänheten för att lyfta särskilt betydelsefulla frågor inom alla livsområden. Aktivister inom funktionshinder kan använda ICF för att identifiera och ange hinder som skapas av service, tjänster, system och policyer samt diskriminering till följd av praxis i samband med dem. ICF kan även öppna vägen för en bredare diskussion, med möjlighet att delta i samtal med personer som vanligtvis använder ett tekniskt språk, till exempel läkare, och utmana dem att tänka bredare kring hälsa. Användning av ICF som ett gemensamt språk underlättar även nätverksarbete tvärs över olika länder eller språkområden.

8.2 Kan ICF användas för att mäta attityder och attitydförändringar?

Kapitel 4 (Attityder) i Omgivningsfaktorer i ICF lägger fokus på attityder som personer med funktionsnedsättning råkar ut för på alla samhällsnivåer. Den tillhandahåller en karta för att utforska de attityder som upplevs av personer med funktionsnedsättning inom olika livsdomäner, och identifiera och mäta positiva

och negativa attityder, sociala normer och praxis eller ideologier. ICF kan även underlätta framtagningen av verktyg för att rapportera erfarenheter av diskriminering. I undersökningar kan ICF användas för att fånga övertygelser och attityder relaterade till funktionshinder hos allmänheten. Ett exempel på detta är om funktionshinder betraktas endast som en störning eller funktionsnedsättning eller om det uppfattas som resultatet av en interaktion mellan omgivning och en persons hälsotillstånd. I kombination med mätningar av andra omgivningsfaktorer, däribland tillgängliga tjänster eller stödinsatser och hur de påverkar delaktighet, kan ICF hjälpa till att kartlägga såväl diskriminering som attitydförändringar.

ICF kan användas som hjälp för att fånga övertygelser och attityder relaterade till funktionshinder hos allmänheten.

8.3 Kan ICF stödja egenmakt och självständigt boende?

Delaktighet återspeglar funktionstillstånd ur personens perspektiv i samhället och erbjuder därför en användbar konstruktion för att stödja ökad egenmakt. ICF kan användas för att utveckla ett rättighetsdrivet tillvägagångssätt och skapa indikatorer för delaktighet inom alla livsdomäner eller policyområden som stödjer processen för ökad egenmakt. ICF hjälper till att lägga fokus på de områden av delaktighet som är avgörande för självständigt boende, som att sköta sin egen hälsa eller säkerhet, samtidigt som den illustrerar att funktionshinder inte är direkt kopplat till ett visst hälsotillstånd. Exempelvis existerar behoven av hälso- och sjukvård oavsett funktionshinder eller aktivitetsbegränsningar. Det blir allt mer vedertaget att personer med intellektuella funktionshinder förlorar sin egenmakt när sjukvårdspersonalen ”ser funktionshindret” snarare än personen.

ICF främjar egenmakt och självständigt boende genom att göra möjligt att identifiera omgivningshinder och belysa behovet av anpassningar i den aktuella omgivningen [60]. Dessutom kan ICF vara till stor hjälp när det gäller att prioritera service och tjänster utifrån personens behov och preferenser och fokusera på individen, snarare än professionella preferenser eller organisatoriska krav. Den kan även hjälpa till med att ta fram personanpassade stödplaner för funktionshinder och användas som ett verktyg för att kommunicera med personliga assistenter. Slutligen kan ICF hjälpa till med att utveckla ett personcentrerat tillvägagångssätt för hälsoservice och hälsotjänster relaterade till delaktighet i utbildning, sysselsättning eller samhällsengagemang.

ICF hjälper till att lägga fokus på de områden av delaktighet som är avgörande för självständigt boende.

Textruta 22: Använda ICF i ett program för patientutbildning

Vid Ludwig Maximilians-Universität München tog man fram ett ICF-baserat program för patientutbildning genom att använda följande fem steg:

- (1) Definition av relevanta funktionsområden.
- (2) Utveckling av strategier för att förbättra den egna förmågan inom dessa områden.
- (3) Framtagning av material och anvisningar.
- (4) Definition av moduler och målformulering.
- (5) Utförande av ett pilottest inriktat på programmets godtagbarhet och genomförbarhet.

Utbildningen genomförs i grupper om fyra personer, med fem sessioner som varar i 60 minuter vardera, fördelade över fem dagar. Modul 1 syftar till att öka personens förståelse för sin nuvarande nivå av funktionstillstånd. Modul 2 syftar till att identifiera konkreta problem och motsvarande lösningar beträffande områden med begränsningar. Modul 3 är en repetitionssession för modulerna 1 och 2.

Den här insatsens godtagbarhet och genomförbarhet kontrollerades och en slutversion av programmet för patientutbildning togs fram. Elva strokepatienter rekryterades till pilottestet. Insatsen accepterades väl av deltagarna. Programmets effektivitet kommer att utvärderas i en randomiserad kontrollerad prövning. Tack vare ICF:s universella karaktär och ICF-verktygens tillgänglighet är det möjligt att anpassa insatsen till olika kroniska betingelser [61].

8.4 Kan ICF användas för kamratstöd?

ICF kan användas som ett utbildningsverktyg för kamratstödjare för att belysa de livsdomäner där personer med funktionsnedsättning kan stöta på svårigheter eller behöva råd från en kamrat. Den kan även hjälpa den person som söker rådgivning att uttrycka sig för att klargöra de aktuella problemen. Att lära sig använda ICF kan även vara ett kraftfullt verktyg för ökad egenmakt eftersom den inte bara hjälper personen att uttrycka sig, utan även underlättar en effektivare kommunikation med och mellan yrkesutövare, samtidigt som den förmedlar behov och önskemål i vardagssituationer.

ICF kan hjälpa till att åskådliggöra aspekter av personers livsberättelser och hur deras upplevelser påverkas av omgivningsfaktorer, till exempel stöd, attityder eller tjänster. Den kan utgöra ett ramverk för att överväga,

ICF kan användas som ett utbildningsverktyg för och av kamratstödjare för att belysa de livsdomäner där personer med funktionsnedsättning har samma rättigheter som andra och kan stöta på svårigheter eller behöva råd från en kamrat.

förstå och arbeta sig igenom svåra upplevelser i syfte att få ökad personlig styrka och mening i livet.

Textruta 23: En kvinna med depression illustrerar sin egen berättelse med ICF

”Jag har varit inskriven på psykiatrikliniken i tio år sedan tjugoårsåldern. I dag har jag någorlunda kontroll och kan behålla mitt heltidsjobb.

Mitt **HÄLSOTILLSTÅND** är depressionen i sig och en kraftig viktuppgång på grund av medicinens biverkan. Min **KROPPSFUNKTION OCH KROPPSSTRUKTUR** är att jag känner mig deprimerad. Det här är väldigt besvärande och svårt, och har stor inverkan på mitt dagliga liv.

Min **AKTIVITET** verkar vara utmärkt. Jag utför uppgifter i mitt arbete på en godtagbar nivå. Jag är inte en börda för mina kolleger, hoppas jag. Min **DELAKTIGHET** är att behålla min sysselsättning. Jag hoppas kunna delta i aktiviteter efter jobbet med mina kolleger och vänner, och några frivilliga aktiviteter, men kan inte eftersom jag måste vila. Just nu kan jag inte njuta av social delaktighet.

Min **OMGIVNING** är väldigt bra – förståelse och stöd från min chef, mina kolleger och mina vänner. Jag tillåts att vara kvar i den här befattningen, och undvika att gå vidare till en svår befattning. Jag hoppas kunna njuta av mitt liv, men kan inte. Jag hoppas återhämta mig från min depression. Jag vet att det inte är lätt att ändra på mitt **HÄLSOTILLSTÅND**. Men **OMGIVNINGEN** kan förändras genom människors samarbete. Jag hoppas att den i dag underlättande **OMGIVNINGEN** (attityder hos människor omkring mig och hälso- och sjukvård) kommer att kunna fortsätta.” [62].

Referenslista

1. World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva, WHO (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>). 2001.
2. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil.* 2003; 25(11-12):565-571.
3. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Disability and its relationship to health conditions and other factors. 2004; AIHW Cat. No. DIS 37. Canberra: AIHW (Disability Series).
4. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva, WHO. 2006; (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
5. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2006; (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150>).
6. Bickenbach JE. Disability, culture and the UN convention. *Disabil Rehabil.* 2009; 31(14):1111-1124.
7. Madden RC, Sykes C, Ustun TB. World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose. www.who.int/classifications. 2007.
8. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med.* 2005; 37, 212-218.
9. Madden RH, Fortune N, Cheeseman D, Mpofu E, Bundy A. Fundamental questions before recording or measuring functioning and disability. *Disabil Rehabil.* 2013; 35(13):1092-6.
10. World Health Organization. World Bank. World Report on Disability. Geneva, WHO. 2011.
11. Andronache A, Simoncello A, Della Mea V, Daffara C, Francescutti C. Semantic aspects of ICF: Towards sharing knowledge and unifying information, *Am J Phys Med Rehabil.* 2012; 9(13 Suppl 1): S124-128.
12. Della Mea V, Simoncello A. Analysis of relationships in ICF using an upper level ontology. Poster P1_2_026P. 2010; WHO-FIC Annual Meeting.
13. Simoncello A, Della Mea V. Preliminary mapping of ICF-CY body structures to SNOMED-CT. Poster D009p. 2011; WHO-FIC Annual Meeting.
14. Della Mea V, Simoncello A. An ontology-based exploration of the concepts and relationships in the activities and participation component of the international classification of functioning, disability and health. *J Biomed Semantics.* 2012; 3 (1): 1.

15. Kostanjsek N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health*. 2011; 11(Suppl 4), S3.
16. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2006). Metadata online registry. Functioning and disability data set specification: Activities and Participation Cluster (<http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/320111>).
17. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). ICF Australian User Guide. Version 1.0. Disability Series. 2003; AIHW Cat. No. DIS 33. Canberra: AIHW.
18. Okawa Y, Ueda S. Implementation of ICF in national legislation and policy in Japan, *International J Rehabilitation Research* 2008; 31:73-77.
19. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376:1923–1958.
20. Geertzen JHB, Rommers GM, Dekker R. An ICF-based education programme in amputation rehabilitation for medical residents in the Netherlands. *Prosthet Orthot Int*. 2011; 35:318-322.
21. Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Interprof Care*. 2006; 20(3):235-245.
22. Snyman S, Goliath C, Clarke M, Conradie H, Van Zyl M. Transforming health professions education: Applying the ICF framework to equip students to strengthen health systems in an interdependent world. October 2012; Unpublished paper for the WHO-FIC Network Annual Meeting, Brasilia.
23. American Psychological Association (APA). Procedural Manual and Guide for a Standardized Application of the ICF: A Manual for Health Professionals. 2012; Unpublished manuscript. Washington, DC: Author.
24. Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, Hollenweger J, Pessina A, Bickenbach J. Multidisciplinary research and training network on health and disability in Europe: The MURINET Project. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012; 91:S1-S4.
25. Stallinga H, Roodbol P, Annema C, Jansen G, Wynia K. Functioning assessment versus conventional medical assessment. October 2012; Unpublished paper for the WHO-FIC Network Annual Meeting, Brasilia.
26. Jelsma J, Scott D. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study. *Physiother*. 2011; 97:47-54.
27. Stephenson R, Richardson B. Building an interprofessional curriculum framework for health: A paradigm for health function. *Adv Health Sci Educ*. 2008; 13:547-557.

28. Edwards I, Jones M, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen G. Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Med Educ*, 2004; 84: 312-329.
29. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine*. Boston: Little, Brown and company. 1985.
30. Peterson D, Rosenthal DA. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A primer for rehabilitation educators. *Rehabilitation Education*. 2005; 19:81-94.
31. Ramklass S. An investigation into the alignment of a South African physiotherapy curriculum and the expectations of the healthcare system. *Physiother*. 2009; 95:215-222.
32. World Health Organization (n.d.). WHO Disability Assessment Schedule 2.0 WHODAS 2.0
<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index.html>.
33. Üstün B, Chatterji S, Kostanjsek N. Common yet specific tools to measure clinical outcomes: ICF comprehensive sets and ICF core sets. *J Rehab Med*. 2004; 44 Suppl: 7-8.
34. Stucki G, Grimby G. Applying the ICF in medicine. *J Rehab Med*. 2004; 44 Suppl: 5-6.
35. Finger ME, Escorpizo R, Glässel A, Gmünder HP, Lückenkemper M, Chan C, Fritz J, Studer U, Ekholm J, Kostanjsek N, Stucki G, Cieza A. ICF Core set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. *Disabil Rehabil*. 2012; 34(5): 429-438.
36. Hopfe M, Marshall R, Riewpaiboon W, Tummers J, Kostanjsek N, Üstün B. Improving Casemix Systems by adding Functioning Information. Poster D051p. 2011; WHO_FIC Annual Meeting.
37. Madden RC, Marshall R, Race S. ICF and casemix models for healthcare funding: Use of the WHO Family of Classifications to improve casemix. *Disabil Rehabil*. 2013; 35(13):1074-7
38. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Côté R, Durkin L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life six months post-stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002; 83:1035-1042.
39. Cloete M. Client Enablement & Community Re-Integration Programme, Western Cape Rehabilitation Center, South Africa. Presentation at WHO-FIC annual meeting 2011.
40. Anderson P, Madden R. Design and quality of ICF-compatible data items for national disability support services. *Disabil Rehabil*. 2011; 33(9), 758-69.
41. Madden RH, Dune T, Lukersmith S, Hartley S, Kuipers P, Gargett A, Llewellyn G. The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in monitoring and evaluating Community-based Rehabilitation (CBR). *Disabil. Rehabil*. 2013; Early Online:1-12.
42. Maart S, Eide AH, Jelsma J, Loeb ME, Ka Toni M. Environmental barriers experienced by people with disabilities living in urban and rural communities in South Africa. *Disability and Society* 2007;

- 22(4): 357-369.
43. United Nations. Statistical Commission. *Fundamental Principles of Official Statistics*. 1994;
<http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc94/e1994.htm>
 44. World Health Organization. UN Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Bangkok. United Nations. 2008.
 45. Madans, JH, Altman BM, Rasch EK, Mbogoni M, Synneborn M, Banda J, Me A, DePalma E. Washington Group Position Paper: Proposed purpose of an internationally comparable general disability measure. Draft 2004 January, 23.
 46. United Nations. World program of action concerning disabled persons. 1982; (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23>).
 47. Browne J, Noonan P, Nolan B, Watson D, Williams J, Gorby S. Designing and piloting an Irish disability research instrument based on WHO ICF. Dublin: National Disability Authority; 2004.
<http://www.nda.ie/cntmgmt-new.nsf/0/F6D0B29EC738D268802570660054EC10?OpenDocument>. Accessed 2011.
 48. Brady G, Good A. Methodological preparations for an Irish post census national disability survey. Meeting of the UN Washington Group on Disability Statistics, 2005; Rio de Janeiro [cited 2011]. Available from: www.cdc.gov/nchs
 49. Central Statistics Office (CSO). *National Disability Survey 2006. First result*. Stationery Office, Dublin, Ireland. 2008.
 50. Central Statistics Office (CSO). *National Disability Survey 2006. Volume 2*. Stationery Office, Dublin, Ireland. 2010.
 51. Kostanjsek, N, Good A, Madden RH, Üstün TB, Chatterji S, Mathers CD, Officer A. Counting disability: global and national estimation. *Disability and rehabilitation*, 2013;35(13), pp.1065-1069.
 52. Maart, S, Jelsma JM. Disability in a poorly resourced area of the Western Cape. In 9th WCPT Africa Region Congress. 2012, February
 53. Loeb ME, Eide AH, Mont D. Approaching the measurement of disability prevalence: the case of Zambia. *ALTER: European Journal of Disability Research*, 2008; 2(1):32-43.
 54. Hollenweger J. Development of an ICF-based eligibility procedure for education in Switzerland. *BMC Public Health*. 2011; 11(S4), S7.
 55. OECD. *Transforming Disability to Ability. Policies to promote employment and income security for disabled people*. Paris. 2003; OECD.
 56. Vanleit B. Using the ICF to address needs of people with disabilities in international development: Cambodian case study. *Disabil Rehabil*. 2008; 30(12-13), 991-9.
 57. Bickenbach JE. Monitoring the United Nations convention on the rights of persons with disabilities: data and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *BMC Public Health*. 2011, 11(Suppl 4): S8.
 58. European Agency for Development in Special Needs Education.

- Participation in inclusive education. A framework for developing indicators. 2011; Brussels and Odense: European Agency for Development in Special Needs Education.
59. Hollenweger J. MHADIE's Matrix to analyse the functioning of education systems. *Disabil Rehabil.* 2010; 32: 116Y24.
 60. Reinhardt JD, Miller J, Stucki G, Sykes C, Gray DB. Measuring impact of environmental factors on human functioning and disability: A review of various scientific approaches. *Disabil Rehabil.* 2011; 33(23-24): 2151-2165.
 61. Neubert S, Sabriego C, Stier-Jarmer M, Cieza A. Development of an ICF-based patient education program. *Patient Educ Couns.* 2011; 84, e13-e17.
 62. Sato H, Ozawa A. World of welfare of persons with disabilities, *Yuhikaku*, 2010; 24-26.
 63. World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth version. Geneva, WHO. 2007.

World Health Organization Family of International Classifications (WHO-FIC)

Meeting papers and information:

<http://www.who.int/classifications/network/meetings/en/>

Postrar från årsmötena 2012 och 2011, som illustrerar olika tillämpningar av ICF världen över, finns på:

<http://www.who.int/classifications/network/meeting2012/en/index.html>

<http://www.who.int/classifications/network/meeting2011/en/index.html>

Bilaga 1: Lista över förkortningar

| | |
|---------|--|
| A&D | Aktiviteter och delaktighet |
| APA | American Psychological Association |
| CASP | Child and Adolescent Scale of Participation |
| KRPF | Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning |
| OF | Omgivningsfaktorer |
| FIM | Functional Independence Measure |
| FDRG | Functioning and Disability Reference Group (Referensgrupp inom funktionstillstånd och funktionshinder) |
| FRG | Funktionsrelaterade grupper |
| ICD-10 | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) |
| OECD | Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling |
| PEDI | Pediatric Evaluation of Disability Inventory |
| PEM-CY | Participation and Environment Measure for Children' and Youth |
| FN | Förenta nationerna |
| UNESCAP | United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (Förenta nationernas ekonomiska och sociala kommission för Asien och Stillahavsområdet) |
| WG | Washington Group on Disability Statistics (Washingtongruppen om handikappstatistik) |
| WHO | Världshälsoorganisationen |
| WHO-FIC | WHO Family of International Classifications (WHO-familjen av internationella klassifikationer) |
| WHO CC | WHO Collaborating Centre for health classifications (WHO:s samarbetscentrum för hälsoklassifikationer) |
| WHODAS | WHO Disability Assessment Schedule (WHO:s formulär för bedömning av funktionshinder) |

Bilaga 2: Texttruteförteckning

- Textruta 1: ICF-modellen: Interaktioner mellan ICF-komponenter
- Textruta 2: Definitioner
- Textruta 3: Exempel på definition samt vad kategorin innefattar och utesluter
- Textruta 4: Etiska riktlinjer för användning av ICF
- Textruta 5: Ontologisk modell av ICF
- Textruta 6: Den generiska bedömningsfaktorn och ett exempel på en ICF-kod
- Textruta 7: ICF:s struktur
- Textruta 8: Informationssystemen lär sig tala ICF: FABER-lösningen
- Textruta 9: Använda ICF för att förbättra resultaten av rehabilitering, Västra Kapprovinsen, Sydafrika
- Textruta 10: Nationella data över service och tjänster för stödinsatser baserade på ICF
- Textruta 11: Användning av ICF för att fastställa tröskelvärden och rätten till stöd
- Textruta 12: ICF:s nytta för övervakning av samhällsbaserade insatser
- Textruta 13: Definiera svårighetsgrad och tröskelvärden i befolkningsdata – en undersöknings ”länkning” till ICF:s bedömningsfaktorer
- Textruta 14: Definiera svårighetsgrad och välja ett tröskelvärde
- Textruta 15: Nationell undersökning av funktionshinder (NDS, National Disability Survey) på Irland
- Textruta 16: Använda WHODAS 2.0
- Textruta 17: ICF-baserad standardiserad bedömning av rätt till stöd
- Textruta 18: ICF i Asien/Stillahavsområdet
- Textruta 19: Världsbankens Inaugural Disability and Development Core Course (inledande kärnkurs i funktionshinder och utveckling)
- Textruta 20: Använda ICF för att länka samman KRPF, politik och tjänster
- Textruta 21: Matris för att analysera utbildningssystemets, hälso- och sjukvårdssystemets eller det sociala systemets funktion
- Textruta 22: Använda ICF i ett program för patientutbildning
- Textruta 23: En kvinna med depression illustrerar sin egen berättelse med ICF

Bilaga 3: Tack

Kärnan i författarteamet utgjordes av Diane Caulfeild, Judith Hollenweger, Mitch Loeb, Jennifer Madans, Ros Madden och Andrea Martinuzzi. Vid det granskningsmöte som hölls i Udine i juni 2012 deltog följande ytterligare personer som medverkade till färdigställandet av manualen: Heloisa Di Nubila, Lucilla Frattura, Charlyn Goliath, Coen van Gool, Matilde Leonard, Soraya Maart, Richard Madden. Tidigare arbete utfört av Lynn Bufka, John Hough, Jennifer Jelsma, Mary-Ann O'Donovan och Geoff Reed bidrog väsentligt till innehållet i detta dokument. Det gjorde även Catherine Sykes och Stefanus Snyman i de senare etapperna. Samtliga dessa medverkande var medlemmar i, eller experter som samarbetade med, WHO-FIC-nätverket Functioning and Disability Reference Group (FDRG). Skriftliga kommentarer om de olika utkasterna av manualen tillhandahölls i olika skeden av personal från WHO, nämligen T. Bedirhan Üstün, Molly Meri Robinson och Nenad Kostanjsek.

Bidrag och kommentarer mottogs även från andra medlemmar i FDRG, medlemmar i utbildnings- och genomförandekommittén och WHO-FIC:s samarbetscentra mer generellt.

Imelda Noti vid University of Sydney gav redaktionellt stöd.

Arbetet genomfördes inom WHO-FIC-nätverket (WHO Family of International Classifications), vid dess årsmöten, där medlemmarna utbyter information om tillämpningar av internationella klassifikationer samt arbetar för att förbättra klassifikationerna och kunskapen om dem. Tillgång till material från WHO-FIC, däribland postrar från hela världen om användningen av ICF, kan hittas på WHO:s webbplats (se Referenslista).