

WHO:s nya klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

En presentation av ICF

Björn Smedby, Tóra Dahl

När Världshälsoförsamlingen i maj 2001 antog den nya klassifikationen International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) markerade detta slutpunkten på en lång process för revisionen av ICIDH, den tidigare "handikappklassifikationen" som WHO gav ut första gången 1980. I det mångåriga revisionsarbetet som letts från WHO med Dr Bedirhan Üstün som sammanhållande person deltog också ett antal s.k. WHO Collaborating Centres i olika delar av världen, däribland det nordiska klassifikationscentret i Uppsala som är ett samarbetsorgan för de fem nordiska länderna och mellan dem och WHO för arbetet med klassifikationer inom hälso- och sjukvårdens område. Författarna till denna översikt är båda knutna till det nordiska centret.

Björn Smedby är professor emeritus i hälso- och sjukvårdsforskning vid Uppsala universitet och har varit det nordiska klassifikationscentrets föreståndare sedan det inrättades 1987 fram till utgången av 2002. Han är sedan många år föredragande läkare i Socialstyrelsen i klassifikationsfrågor och deltar i den egenskapen också i det svenska arbetet med ICF.

Tóra Dahl är dansk ergoterapeut och Master of Public Health. Hon är det nordiska centrets expertrådgivare i frågor som gäller ICF. Hon har tillsammans med Dr Gunnar Schiøler i Sundhedsstyrelsen ansvar för översättningen av ICF till danska och hon ledde fältförsök i Danmark under revisionsarbetet.

Syften och tillämpningar

ICF [1] har utvecklats för många olika syften och för användning inom olika yrkesområden och samhällssektorer. De övergripande syftena presenteras i klassifikationen på följande sätt:

- att ge en vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade

tillstånd, deras konsekvenser och bestämningsfaktorer

- att skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd i syfte att förbättra kommunikationen mellan olika användare såsom hälso- och sjukvårdspersonal, forskare, politiker och allmänhet inklusive människor med funktionshinder

- att möjliggöra jämförelser av data mellan länder och mellan olika delar av hälso- och sjukvården och andra serviceverksamheter samt över tid
- att skapa ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystem.

Man räknar med att ICF liksom sin föregångare ICIDH [2] skall tillämpas på många olika sätt. Den kan t.ex. användas som statistiskt verktyg vid datainsamling och redovisning av befolkningsundersökningar och inom forskningen vid studier av livskvalitet. Den kan vara ett kliniskt verktyg vid behovsbedömning och behandlingsresultat inom rehabilitering och habilitering. Klassifikationen förväntas också bli använd inom socialförsäkringen, t.ex. vid bedömning av sjukskrivningsbehov och förtdispensering.

ICF har sålunda ett brett spektrum av tillämpningar. Inom socialpolitiken kan ICF dessutom användas vid utvecklingen av lagstiftning. Sålunda har ICF accepterats som en av FN:s sociala klassifikationer. Den har klart påverkats av FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna och man hänvisar till den i

FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättningar delaktighet och jämlikhet.

Centrala begrepp i ICF

Några av de centrala begreppen i ICF och klassifikationens struktur belyses översiktligt i tabell 1. ICF är uppdelad i två delar: (1) funktionstillstånd och funktionshinder och (2) kontextuella faktorer. Var och en av

ICF har ett brett spektrum av tillämpningar

Med olika bedömningsfaktorer ("qualifiers") kan man beskriva graden av funktionsnedsättning

dessas är uppdelad i komponenter och domäner. Personfaktorer är en sådan övergripande komponent som dock inte utvecklats vidare i klassifikationen.

Komponenten kroppens funktioner och strukturer är uppdelad huvudsakligen efter organsystem och anatomi. Kroppsfunktionerna och kroppsstrukturerna är indelade i vardera åtta domäner som följer organsystemen. Aktiviteter och delaktighet omfattar nio olika domäner eller livsområden och komponenten omgivningsfaktorer omfattar fem olika domäner. Vilka domäner som ingår i de olika komponenterna framgår av tabell 2. Var och en av dessa domäner är sedan uppdelad i ett stort antal kategorier som ger möjlighet till stor detaljrikedom i beskrivningen.

Det som i tabell 1 betecknas som begreppskonstruktioner har att göra med mätningen av funktion, aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorerens betydelse. De operationaliseras genom ett antal olika bedömningsfaktorer ("qualifiers"). Det är med hjälp av dessa man kan beskriva graden av funktionsnedsättning eller omfattningen av ett problem.

Det är viktigt att framhålla att ICF inte bara är en klassifikation användbar för personer med funktionshinder utan den kan användas på alla människor. Man har sålunda medvetet valt neutrala beteckningar på de ingående domänerna och kategorierna. Bedömningsfaktorerna kan därför ange såväl positiva som negativa aspekter. Paraplybe-

Tabell 1. Översikt över ICF

	Del 1: Funktionstillstånd och funktionshinder		Del 2: Kontextuella faktorer	
Komponenter	Kroppens funktioner och strukturer	Aktiviteter och delaktighet	Omgivningsfaktorer	Personfaktorer
Domäner	1. Kroppsfunktioner 2. Kroppsstrukturer	Livsområden (uppgifter, handlingar)	Yttre påverkan på funktions-tillstånd och funktionshinder	Inre påverkan på funktions-tillstånd och funktionshinder
Begrepps-konstruktioner	Förändring i kropps-funktion (fysiologisk) Förändring i kroppsstruktur (anatomisk)	<i>Kapacitet</i> att utföra uppgifter i en standard-omgivning <i>Genomförande</i> att utföra uppgifter i aktuell omgivning	Underlättande eller hindrande påverkan från omständigheter i den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivningen	Påverkan av utmärkande drag hos personen
Positiv aspekt	Funktionell och strukturell integritet	Aktivitet Delaktighet	Underlättande faktorer	Ej tillämbart
	<i>Funktionstillstånd</i>			
Negativ aspekt	Funktions-nedsättning, Struktur-avvikelse	Aktivitets-begränsning, Delaktighet-inskränkning	Barriärer/hinder	Ej tillämbart
	<i>Funktionshinder</i>			

Tabell 2. Översikt av domänerna i ICF:s tre komponenter

Kroppsfunktioner och kroppsstrukturer	Aktiviteter och delaktighet	Omgivningsfaktorer
<p><i>Kroppsfunktioner</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mentala funktioner 2. Sinnesfunktioner och smärta 3. Röst- och talfunktioner 4. Hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems- och andningsfunktioner 5. Matsmältnings-, ämnesomsättnings- och endokrina funktioner 6. Funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner 7. Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner 8. Funktioner i huden och därmed relaterade strukturer <p><i>Kroppsstrukturer</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Strukturer i nervsystemet 2. Ögat, örat och därmed relaterade strukturer 3. Strukturer involverade i röst och tal 4. Strukturer i hjärt-kärl-, immunologiska och andningssystemet 5. Strukturer sammanhängande med matsmältnings-, ämnesomsättnings- och endokrina systemet 6. Strukturer som sammanhänger med köns- och urinorganen 7. Strukturer som sammanhänger med rörelse 8. Hud och därmed sammanhängande strukturer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lärande och att tillämpa kunskap 2. Allmänna uppgifter och krav 3. Kommunikation 4. Förflyttning 5. Personlig vård 6. Hemliv 7. Mellanmänskliga interaktioner och relationer 8. Viktiga livsområden 9. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produkter och teknologi 2. Naturmiljö och mänskligt skapade miljöförändringar 3. Personligt stöd och personliga relationer 4. Attityder 5. Service, tjänster, system och policies

ICF är inte bara en klassifikation användbar för personer med funktionshinder utan den kan användas för alla människor

teckningen för de negativa avvikelseerna blir i ICF funktionshinder ("disability") medan funktionstillstånd ("functioning") är en motsvarande paraplybeteckning för de positiva aspekterna eller neutrala tillstånden. Det är anledningen till att just dessa två övergripande beteckningar ingår i klassifikationens namn. På liknande sätt kan omgivningsfaktorerna beskrivas som positiva eller negativa, nämligen underlättande eller hindrande (eller barriärer).

Kroppsfunktioner står i ICF för kropps- eller organsystemens fysiologiska och mentala funktioner. *Kroppsstrukturer* är anatomiska delar av kroppen såsom organ och lemmar och deras komponenter. *Funktionsnedsättningar* respektive *strukturavvikelser* är problem såsom en betydande avvikelse eller förlust av kroppsfunktion eller kroppsstruktur.

Aktivitet avser en persons genomförande av en uppgift eller handling, medan *delaktighet* är en persons engagemang i en livssituation. *Aktivitetsbegränsningar* är de svårigheter en person kan ha att genomföra aktiviteter, medan *delaktighetsinskränkningar* är de problem som en person kan uppleva i engagemanget i en livssituation. Det kan observeras att man medvetet valt olika ord för att markera de negativa aspekterna på de centrala komponenterna, nämligen nedsättning, avvikelse, begränsning respektive inskränkning. Det gäller i princip såväl den engelska grundtexten som den svenska

översättningen (även om "impairment" på svenska fått två översättningar - funktionsnedsättning och strukturavvikelse).

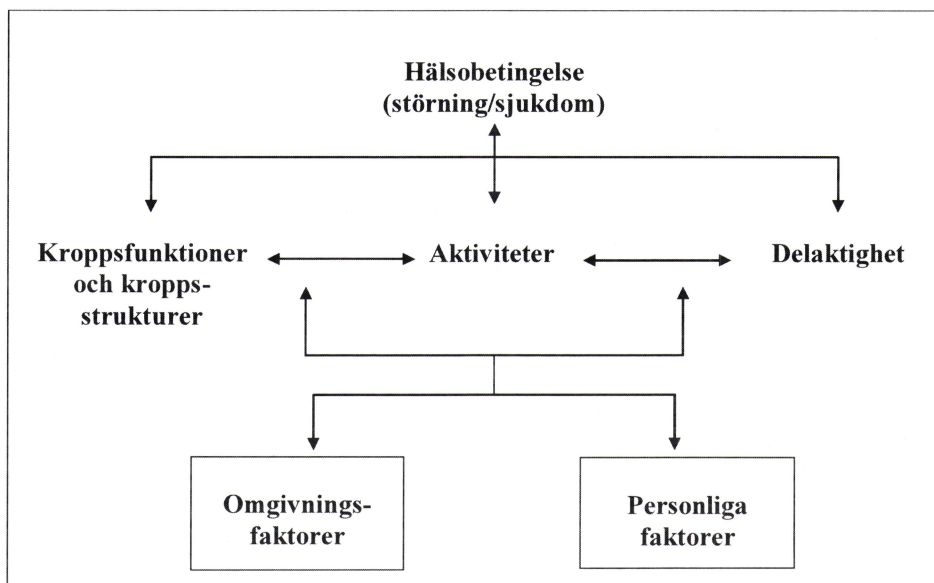
Omgivningsfaktorer utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar. Till underlättande faktorer hör t.ex. tekniska hjälpmedel och personligt stöd och till de hindrande t.ex. fysiska miljöbarriärer och andra människors negativa attityder.

Förhållandet mellan komponenterna i ICF

ICF erbjuder ett synsätt med flera perspektiv på klassificeringen av funktionstillstånd och funktionshinder som en interaktiv utvecklingsprocess. Diagrammet i figur 1 illustrerar en uppfattning av hur man kan tänka sig interaktionen mellan de olika komponenterna.

Enligt figuren kan en persons funktionstillstånd inom en viss domän ses som en interaktion mellan hälsotillståndet (som här blir en hälsobetingelse) och de kontextuella faktorerna, dvs. omgivnings- och personfaktorer. Mellan dessa faktorer finns en dynamisk interaktion så att interventioner inom en enhet kan påverka en eller flera andra enheter. Interaktionerna är specifika och inte alltid möjliga att förutsäga och innebär inga enkla ett-till-ett förhållanden. Interaktionerna verkar också i två riktningar; förekomst av funktionshinder kan till och med förändra själva hälsotillståndet.

Aktivitet avser en persons genomförande av en handling, medan delaktighet är en persons engagemang i en livssituation



Figur 1. En tolkning av interaktioner mellan komponenterna i ICF

Diagrammet i figur 1 visar den roll som de kontextuella faktorerna spelar i processen. Dessa faktorer interagerar med den person som har ett visst hälsotillstånd och bestämmer nivån och omfattningen av personens funktionstillstånd. Omgivningsfaktorerna (t.ex. tekniska hjälpmedel) kan inverka på olika nivåer: de kan få effekter på organ-nivån (kroppsfunktioner), på personnivån (aktiviteter) och på social nivå (delaktighet).

Personfaktorerna inkluderar ålder, kön, kondition, livsstil, copingssätt och andra liknande förhållanden. De klassificeras emellertid inte i den aktuella versionen av ICF.

En biopsykosocial modell

Ett antal olika teoretiska modeller har föreslagits för att förstå och förklara mänskliga funktionstillstånd och funktionshinder. I en

översiktsartikel har några av upphovsmännen till ICF gjort en jämförelse mellan ICF och några tidigare synsätt på funktionshinder [3]. Det finns en motsättning mellan en "medicinsk modell" och en "social modell".

Den *medicinska modellen* ser ett funktionshinder som ett problem hos en person, direkt orsakat av sjukdom, skada eller andra hälsoförhållanden som kräver medicinsk vård. Behandlingen av funktionshinder syftar till bot eller till anpassning och beteendeförändring hos personen. Medicinsk vård ses som det viktiga och på politisk nivå är det huvudsakliga ansvaret att förändra hälso- och sjukvårdspolitiken.

Den *sociala modellen* ser å andra sidan funktionshinder huvudsakligen som ett socialt skapat problem och principiellt som en fråga om individers fullständiga integration i samhället. Funktionshinder är inte ett

ICF försöker uppnå en syntes av olika perspektiv: ett biologiskt ett individuellt och ett socialt perspektiv

attribut som åsätts en person utan snarare en komplex samling omständigheter, av vilka många är en följd av den sociala miljön. För att hantera problemet krävs sociala åtgärder. Det är samhällets kollektiva ansvar att vidta nödvändiga förändringar i omgivningen för fullständig delaktighet av personer med funktionshinder inom alla områden av det sociala livet. Frågan gäller därför attityder och ideologi och den kräver social förändring. På politisk nivå blir det en fråga om mänskliga rättigheter. Funktionshinder blir kort sagt en politisk fråga.

ICF bygger på en kombination av dessa två motstridiga modeller. För att fånga kombinationen av de olika perspektiven på hur människan fungerar har en "biopsykosocial" inriktning använts. ICF försöker således uppnå en syntes av olika perspektiv för att erbjuda en sammanhållen syn på hälsa utifrån ett biologiskt, ett individuellt och ett socialt perspektiv.

Koder och bedömningsfaktorer

Till de enskilda domänerna och kategorierna i ICD knyts kodbeteckningar som är uppbyggda med en bokstav (som skrivs med liten bokstav) och en hierarkiskt uppbyggd sifferkod med upp till fyra siffror. Bokstaven b (för "body") används för kroppsfunktioner och bokstaven s för kroppsstrukturer. Aktiviteter och delaktighet omfattar samma domäner. De har i klassifikationen koder med bokstaven d (för "domain"). Denna bokstav

kan emellertid bytas mot a om man kodar aktiviteter ("activities") och mot p om man kodar delaktighet (p står då för "participation"). Som tidigare nämnts omfattar ju aktiviteter och delaktighet samma nio domäner eller livsområden.

Kodernas struktur kan beskrivas med ett exempel. I kapitel 1 Psykiska funktioner inom komponenten Kroppsfunktioner finns koden b110 Medvetandefunktioner och - som en undergrupp till denna - koden b1100 Medvetandetilstånd. Denna kod är dock utan informationsvärde utan en gradient eller bedömningsfaktor ("qualifier") när det gäller en enskild persons funktions-tillstånd. Om man vill beskriva en persons medvetandegrad använder man en ordinalskala med stegen 0-4 som anger graden av medvetande. 0 betyder att personen är vid fullt medvetande och koden skrivs b1100.0. Bedömningsfaktorn avskiljs alltså från den neutrala grundkoden med en punkt. Om det däremot är tal om en person som är i koma och sålunda medvetlös blir koden b1100.4.

När det gäller att koda aktiviteter och delaktighet blir kodningen mer komplicerad. Här finns som nämnts tidigare följande möjligheter för val av kodtyp:

d = att man inte skiljer på aktivitet eller delaktighet

a = att man bestämmer att koden skall avse aktivitet, dvs. personens utförande av en uppgift eller handling

p = att man bestämmer att koden skall avse delaktighet, dvs. personens engagemang i livsområdet i fråga.

Utöver dessa valmöjligheter kan man använ-

Kapacitet avser funktion mätt under optimala förhållanden i standardiserad testmiljö

da två olika bedömningsfaktorer, nämligen en avseende genomförande ("performance") och en avseende kapacitet ("capacity") Kapacitet avser funktion mätt under optimala förhållanden i standardiserad testmiljö medan bedömningen av genomförande beskriver vad personen gör under vanliga förhållanden i sin vanliga miljö. Bedömningsfaktorerna som fogas till koden beskriver problemens svårighetsgrad i en skala 0-4. Båda kapacitets- och genomförandebedömningen kan dessutom avse om handlingen genomförs med eller utan assistans, vilket teoretiskt ger möjlighet att använda upp till fyra olika "qualifiers" för varje kategori.

Omgivningsfaktorerna kan kodas med gradier som anger både positiva och negativa aspekter, dvs. graden av underlättande eller hinder/barriärer.

I ett appendix i ICF (appendix 2) beskrivs närmare den tilltänkta användningen av dessa många kodningsmöjligheter. De fältförsök som genomförts har visat att en så detaljerad kodning skapar stora problem. Det är uppenbart att ytterligare utprovning i praktiska tillämpning krävs för att man skall finna fram till användbara riktlinjer för kodningen.

De problem som återstår att lösa är av olika slag. För det första ger ICF i sin nuvarande utformning ett mycket stort antal kodningsmöjligheter (i databasform blir det cirka 1,5 miljoner!), långt utöver vad som är meningsfullt eller realistiskt att använda. I praktiken blir det därför aktuellt att utveckla kortare "checklistor" för olika ändamål. Så arbetar man redan idag inom olika kliniska verksamheter, även om man inte utgår från ICF.

Man har också kritiserat ICF för att den förutsätter användning av en och samma generiska, femgradiga skala för alla kategorier i klassifikationen. Det behövs en kalibrering

I praktiken blir det aktuellt att utveckla kortare "checklistor" för olika ändamål

av skalorna i förhållande till enskilda items. Skalorna för aktiviteter och delaktighet kan inte heller kvantifieras enkelt utan förutsätter kvalitativa värderingar och beskrivningar. Särskilt viktigt är det att man försöker över-sätta redan existerande och väletablerade instrument för funktionsmätning till ICF:s bedömningsskalor.

Användningen av ICF och ICD tillsammans

ICF har utvecklats för beskrivning av funktionsförmåga som ett komplement till ICD-10, den internationella sjukdomsklassifikationen som fokuserar på sjukdomar och hälsoproblem [4]. ICD-10 och ICF utgör tillsammans kärnan i den "familj" av internationella klassifikationer som WHO har ansvar för. De båda klassifikationerna kompletterar sålunda varandra i väsentliga avseenden.

Ett intressant arbete pågår under ledning av rehabiliteringsmedicinaren Gerold Stucki i München för att skapa praktiska checklistor för olika kliniska diagnoser [5]. Man försöker här få konsensus om vilka ICF-kategorier som i första hand bör användas med anknytning till olika ICD-10-diagnoser. Man har valt att börja med att utveckla sådana "core-sets" från ICF för vissa muskuloskeletala sjukdomar och går vidare med slaganfall, fetma, depression, kronisk smärta, koronar-sjukdom, diabetes, bröstcancer samt astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

En liknande ansats torde ha aktualitet för det svenska Riksförsäkringsverket

Det har varit en medveten strävan att engagera företrädare för den internationella handikapprörelsen i revisionsarbetet

(RFV). Verket har i sina föreskrifter om kvalitetskrav i samband med försäkringsmedicinska utredningar och utredningar om arbetslivsinriktad rehabilitering som försäkringskassa upphandlar hänvisat till ICD- och ICIDH-systemen [6]. Den senare klassifikationen behöver nu bytas ut mot ICF. För försäkringsmedicinsk utredning och dokumentation är behovet av enhetliga funktionsbedömningar uppenbart och här kan ICF säkert bli till hjälp i framtiden.

Revisionsprocessen och vidareutvecklingen av ICF

Vägen från ICIDH till ICF har varit lång och inte utan svårigheter. I arbetet har ett stort antal specialister från skilda områden och olika professioner deltagit. Det har också varit en medveten strävan att så långt som möjligt engagera företrädare för den internationella handikapprörelsen i revisionsarbetet. Den misstro och kritik som fanns mot föregångaren ICIDH bland grupper av funktionshindrade personer har man på detta sätt sökt förekomma.

Bland de många intressenterna har det funnits delade meningar i flera frågor och motsättningarna har ibland varit stora, bl.a. mellan WHO och det nät av samarbetscentra som deltagit aktivt i revisionsarbetet. Motsättningarna kom klart till synes vid flera av de årliga möten som hållits och vid revisionskonferensen i Madrid 2000. Upp-

fattningarna har till och med varit delade om klassifikationens namn: skulle "hälsa" vara en del av titeln eller ej? Likaså har åsikterna gått isär om det är rimligt att skilja mellan aktivitet och delaktighet inom vissa domäner. Tolkningen av begreppen kapacitet och genomförande har varit en annan kontroversiell fråga. I flera frågor är därför slutprodukten en kompromiss - på gott och ont - och det återstår en hel del arbete på att få ICF praktiskt användbar.

Ansvar för det fortsatta arbetet ligger på WHO tillsammans med ett nätverk av samarbetscentra, vilka numera kallas WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications. Härigenom markeras dessa centras ansvar för uppehållande och vidareutveckling av både ICD och ICF, vilka alltså utgör kärnan i familjen. Rutiner för uppdatering av ICF motsvarande de som redan finns för ICD-10 kommer att utvecklas och ICF-frågor kommer att behandlas vid de årliga Centre Heads-mötena.

Det nordiska samarbetscentret i Uppsala - numera med namnet Nordiskt center för klassifikationer i hälso- och sjukvården - deltar aktivt i detta internationella arbete. Centret organiserar också samarbetet mellan de nordiska länderna i klassifikationsfrågor och har inrättat en nordisk referensgrupp för ICF-frågor. Tre nordisk-baltiska informationskonferenser har anordnats kring ICF under de senaste åren. Centrets arbete kan följas på hemsidan med webbadressen www.nordclass.uu.se.

WHO ger utförlig information om ICF på sin hemsida med webbadressen www.who.int/icf. Där kan man ta del av hela klassifikationen på engelska och söka i den. På hemsidan kan man också se hur man beställer ICF i originalutgåva med tillhörande CD-ROM-version.

WHO har en önskan att använda ICF i sin

World Health Sursvey. Man vill att utvalda items från ICF skall användas i de breda survey-undersökningar som genomförs i många länder för att få fram jämförbara data. Liknande undersökningar har tidigare gjorts av FN:s statistiska kontor men utgångspunkt i ICIDH. I Appendix 9 i ICF finns exempel på ett begränsat antal ICF-kategorier som kan komma att ingå i sådana kartläggningar och hälsoinformationssystem.

Det australiska samarbetscentret har kommit långt i arbetet på att utforma anvisningar för användningen av ICF i Australien. Den intresserade kan ta del av dem på webbadressen: www.aihw.gov.au/disability/icf_index/index.html.

Den svenska översättningen av ICF kommer att publiceras av Socialstyrelsen i början av 2003. En korrekturupplaga finns sedan en tid tillgänglig på Socialstyrelsens hemsida med webbadressen www.sos.se/epc/klassifi/icf.

Det finns all anledning att tro att det pågående arbetet med vidareutveckling och användaranvisningar skall göra ICF till en praktiskt användbar klassifikation såväl för utredning och behandlingsvärdering i klinisk verksamhet som för behovsbedömning och utvärdering inom annat samhällsarbete som rör personer med funktionshinder.

Adress till Björn Smedby:
Institutionen för folkhälso- och
vårdvetenskap
Uppsala Science Park
751 85 Uppsala
E-post: bjorn.smedby@nordclass.uu.se

Referenser

1. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO 2001. Svensk översättning: Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsen 2002. (Den svenska översättningen är tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats med adress www.sos.se/epc/klassifi/icf.htm).

2. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). WHO 1980. (Nyutgåva av WHO 1993.)

Svensk översättning: Klassifikation: Funktionsbegränsning - på organnivå; Begränsning av förmåga - på personnivå; Handikapp - konsekvenser på social nivå. Socialstyrelsen 1997.

3. Bickenbach, J.E., Chatterji, S., Badley, E.M., Üstün, T.B. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine* 1999; 48: 1173.

4. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10). WHO 1992. Svensk översättning: Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Socialstyrelsen 1996.

5. Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Üstün, T.B. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation* 2002; 24(5):281.

6. Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 2000:1) om kvalitetskrav i samband med vissa utredningar.