

# ICF som utgångspunkt för rehabilitering

**Gunnar Grimby**

ICF kan liksom sin föregångare ICIDH förväntas få stor betydelse för begreppsbyggnad och modelltänkande, särskilt inom rehabilitering och habilitering. Särskilda instrument baserade på ICF behöver dessutom utvecklas. En viktig uppgift är att koda redan etablerade instrument enligt ICF och därmed förankra dem mot den nya klassifikationen. I artikeln redovisas erfarenheter av sådant arbete.

Gunnar Grimby är professor emeritus i medicinsk rehabilitering vid medicinska fakulteten i Göteborg. Han har varit verksam kliniskt som rehabiliteringsläkare. Han har arbetat först med ICIDH och sedan med ICF, bland annat som ordförande i Socialstyrelsens arbetsgrupp för rehabilitering vid översättningsarbetet av ICF.

International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (1), som var föregångaren till ICF, kom att spela en stor roll för begreppsbyggnaden inom rehabilitering, inom såväl forskning och undervisning som kliniskt arbete. Man har anledning att förvänta sig att den nya ICF-klassifikationen, International Classification of Functioning, Disability and Health (2), kan få motsvarande betydelse. ICIDH har hjälpt till att klargöra de olika nivåerna av funktionella konsekvenser av sjukdomar och skador: organnivå, individnivå och social nivå. Därmed gavs en struktur för analys av innehållet i olika bedömningsinstrument och för målformulering, rehabiliteringsplaner och rapporter i det kliniska arbetet. En del forskning har också bedrivits runt samspelet och sambanden mellan de olika nivåerna.

Vad innebär då ICF för nya möjligheter i dessa avseenden? Den stora skillnaden är att klassifikationen använder neutrala

termer, vilket innebär att det blir möjligt att värdera inte bara brister i olika avseenden utan även tillgångar och resurser. Genom att omgivningsfaktorer ingår i systemet kan deras negativa och positiva påverkan på funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning tydliggöras mer specifikt. Strukturen i de olika kapitlen har också utvecklats, men här kvarstår dock behov av vidareutveckling.

Språkligt har det skett en förändring så till vida att det engelska ordet "disability" nu är en paraplyterm som betecknar de negativa konsekvenserna över lag och ej längre är begränsat att gälla individnivån som i ICIDH. Detta torde dessutom överensstämma bättre med gängse språkbruk. På svenska blir översättningen funktionshinder, som således också blir en paraplyterm. Att informera om detta är viktigt, inte minst i undervisning och utbildning inom rehabiliteringsområdet.

## Användningsområden för ICF inom rehabilitering och habilitering

### Begreppsbildning och forskning

ICF kan således liksom sin föregångare ICIDH förväntas få stor betydelse för begrepp och modeller, särskilt inom rehabilitering och habilitering. Här kommer säkerligen tyngdpunkten att ligga, när nu ICF börjar användas, liksom i undervisningen av olika vårdyrkeskategorier.

ICF kan vara mycket användbar i epidemiologisk och statistisk forskning såsom i befolkningsstudier kring funktionshinder. Som bakgrund till arbete inom habilitering och rehabilitering krävs betydligt ökad kunskap om förekomsten av olika funktionshinder och betydelsen av sambandet mellan olika faktorer för utvecklingen av aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning. Man kommer här sannolikt att få begränsa detaljrikedomen i kodningen.

Under senare år har sambandet mellan funktionsnedsättning, "impairment", (på organsnivå) och aktivitetsbegränsning (på individnivå) studerats även på kliniskt baserade material. Exempelvis har man i studier av sambandet mellan muskelstyrka i nedre extremiteterna och gånghastighet kunnat påvisa att sambandet inte är linjärt utan exponentiellt (3,4). När muskelstyrkan nått en viss nivå kommer gånghastigheten inte att öka mycket mer. En kritisk gräns kan identifieras när en reduktion av funktions-

---

---

*ICF kommer liksom ICIDH att få stor betydelse för begreppsbildningen inom rehabilitering*

---

---

---

---

*Nya begrepp och deras översättningar måste ersätta tidigare använda begrepp*

---

---

nedsättningen, muskelstyrkan, får en effekt på aktivitetsförmågan, gånghastigheten. Detta ger då indikation på när det kan vara nödvändigt att genom träning förebygga eller motverka en sådan reduktion.

På liknande sätt kan forskning kring andra funktions- och aktivitetsnedsättningar ge ökad kunskap om hur en aktivitetsbegränsning uppstår och hur den kan förebyggas och åtgärdas. Motsvarande forskning har även bedrivits angående handikappområdet. Här är det naturligtvis utomordentligt viktigt att forskning nu bedrivs kring utvecklingen av en inskränkt delaktighet och där analysen måste vara flerdimensionell, innefattande såväl individ- som omgivningsfaktorer.

Särskilda instrument baserade på ICF kan komma att utvecklas och användas. Exempelvis finns instrument utgående från ICIDH:s handikappområde. Dessa bör nu anpassas till delaktighetsbegreppet. Likaså kan nya motsvarande instrument behöva skapas.

En viktig och intressant uppgift är att koda olika redan etablerade instrument enligt ICF och därmed "förankra" dem mot ICF. Det har visats sig möjligt, bland annat genom granskning av några vanliga instrument i de workshops som hölls i anslutning till översättningen av ICF till svenska. En del instrument kan förväntas ha större, andra mindre detaljrikedom än ICF. Erfarenheter och pågående forskning i detta avseende refereras mer utförligt nedan.

---

---

*Av stort intresse är att koda  
item (frågor) i olika använda  
instrument enligt ICF*

---

---

Användningen av ICF i kliniskt arbete  
Möjligheterna till praktisk användning måste utvecklas. Särskilda versioner kan komma att skapas för vissa behov, exempelvis för äldre och för hemtjänst, för barn, för viss diagnos eller grupp av funktionshindrade. Att använda ICF-terminologin som utgångspunkt för rapportgivning, epikriser och för planering av rehabiliterings- och habiliteringsinsatser är viktiga områden att utveckla vidare. I formulär för rehabiliteringsplaner som används idag kan man återfinna uppställningar och begrepp hämtade från ICIDH. De bör nu i stället baseras på ICF.

Det finns förslag om att skapa riktlinjer för bedömning, som specifikt kan rekommenderas för olika sjukdomstillstånd, s.k. core-sets (5). Detta torde vara möjligt för kroppsfunction och kroppsstruktur, men mer oklart för aktivitet och särskilt för delaktighet, där det ej finns diagnosspecifika områden utan där helt andra aspekter bestämmer vad som är relevanta områden för bedömning.

När det gäller omgivningsfaktorer är klassifikationens detaljrikedom inte tillräcklig för att motsvara de behov som finns att specifikt kunna beskriva olika företeelser såsom typ av personlig hjälp eller typ av hjälpmedel. Som ett exempel kan nämnas att kod e1201 kan användas för att beskriva utnyttjande av såväl gånghjälpmedel som rullstol eller bil med anpassning. Systemet tillåter dock att man skapar större detaljrikedom genom att lägga till ytterligare siffror

i koderna. Här är det viktigt att det i varje fall nationellt, helst internationellt, skapas gemensamma regler.

### Användningen i försäkrings- sammenhang

Riksförsäkringsverket har i sin författningssamling föreskrivit att i utlåtande till försäkringskassa och RFV skall aktuellt ICD/ICIDH-system användas. I denna avisering får nu ICIDH utbytas mot ICF och det praktiska utnyttjandet utvecklas. Det är knappast rimligt och ej heller önskvärt enligt min uppfattning med en siffermässig klassificering enligt ICF, utan i första hand bör man utnyttja begreppsapparaten. Försäkringsmedicin, som har nära anknytning till rehabilitering, borde således vara ett viktigt användningsområde för ICF.

### ICF som socialpolitiskt verktyg

Av stor vikt för habilitering och rehabilitering är de lagar och förordningar samt de stöd- och bidragssystem som gäller. Här har det miljörelaterade handikappbegreppet, som bland annat den svenska handikapprörelsen betonat, haft stor betydelse för att förstå och utveckla adekvata system. I detta avseende kan ICF med dess bättre möjlighet att tydliggöra omgivningens betydelse få ett fortsatt stort inflytande. Förhoppningsvis kan forskningsresultat om hur en delaktighetsinskränkning kan utvecklas och hur den kan förebyggas omsättas i förbättrade socialpolitiska åtgärder med målsättning av värna om individens autonomi.

---

---

*Nya instrument behöver ut-  
vecklas med ledning av ICF*

---

---

---

---

*Om ICF:s koder skall kunna användas i kliniskt arbete krävs utveckling av "riktade lathundar"*

---

---

### **Kodning av instrument med utgångspunkt i ICF**

I ett EC-stött projekt omfattande 13 länder insamlades information om användning av instrument för utvärdering inom rehabilitering (6). Totalt 43 instrument identifierades och klassificerades enligt ICIDH-2 (som ICF kallades under utvecklingsarbetet).

Koderna var inte desamma som de som sedan kom att återfinnas i ICF, men resultatet var principiellt viktiga, eftersom item (frågor) i flertalet instrument kunde klassificeras på detta sätt. En viktig information, som erhöles om instrumenten genom denna kodning är, huruvida de ligger helt inom en viss komponent (dimension) och således enbart bedömer på organ- respektive individnivå, eller om det förekommer en blandning av item från olika dimensioner. Inte minst är detta av betydelse om man vill använda instrumenten för att förstå samband mellan förändringar på organ- respektive individnivå.

I de workshops, som anordnades i samband med det svenska översättningsarbetet av ICF, kodade vi enligt ICF olika item i några vanliga instrument, såsom Functional Independence Measure (FIM) och Health Assessment Questionnaire (HAQ). Grupparbetena hade tydligt utbildningsvärde, eftersom deltagarna måste sätta sig in i innebörden av de olika kategorierna i ICF. Man kunde påvisa att detaljrikedomen ibland var mindre uttalad i ICF för vissa områden, vil-

ket kan tyda på att man för kliniskt bruk och inom forskning kan behöva ge koderna en extra siffra. I andra fall kunde det behövas flera koder inom ICF för att beskriva innehållet i något av instrumentens item. Bägge dessa instrument låg dock väsentligen inom dimensionen aktivitet.

Exempel på ett sammanvägt resultat av dessa kodningsstudier på FIM ges i tabell 1. Dessa resultat får dock tas med en viss reservation; vidare genomgång kan ge något avvikande resultat. Det kan noteras att FIM:s item Minne ej kunde kodas enligt ICF. Detta item avser vilken grad av beroende man har i aktiviteter som kräver minnesfunktion; ett item som således hänför sig till ett flertal aktiviteter och ej till någon bestämd enligt ICF. Det är således ej fråga om själva minnesfunktionerna som sådana, vilka naturligtvis kan kodas enligt ICF inom dimensionen kroppsfunction. Ett liknande exempel är balans, som ju också hänför sig till olika aktiviteter och som därför ej kan kodas enligt ICF. Innebörden av item blås- respektive tarmskötsel i FIM kan ur ICF-synpunkt te sig något oklar, men ligger enligt sina definitioner väsentligen inom aktivitetsområdet. Socialt samspel var ett item, som bedömdes närmast ligga inom dimensionen delaktighet.

Stucki och medarbetare har i München på uppdrag av WHO påbörjat ett internationellt samarbete för att koppla samman koder i ICF med olika item från instrument med användningsområden inom rehabilitering (7). Olika regler för kodning har ställts upp. Ett av de exempel som redovisats är från SF-

---

---

*De föreslagna "qualifiers" måste granskas vetenskapligt innan de används*

---

---

Tabell 1. Exempel på kodning av item i Functional Independence Measure (FIM) enligt ICF (a för "activity", b för "body function", p för "participation").

Item i FIM	Kod i ICF
Äta/dricka	a550, a560
Övre toalett	a5100, a5102, a5200, a5201, a5202,
Dusch/bad	a5101, a5102
Påklädning - överkropp	a540
Påklädning - underkropp	a540 (påklädning överkropp och under kropp kan ej särskiljas i ICF)
Nedre toalett	a5300, a5301 (inom dessa koder endast momenten att ta av och på sig kläderna samt att tvätta sig vid toalettbesök)
Blåsskötsel	b620, a5300 (FIM:s item innefattar inte att ta sig till toaletten och att handha klädseln)
Tarmskötsel	b525, a5301 (FIM:s item innefattar inte att ta sig till toaletten och att handha klädseln)
Förflyttning: säng, stol, rullstol	a4200
Förflyttning: toalett	a4104, a4200
Förflyttning: badkar eller dusch	a4104, a4200
	Dessa tre sista item motsvaras inte av speci- fika koder inom ICF, som inte har olika koder för typ av förflyttning)
Förflyttning: gång/rullstol	a4500 (gång), a465 (rullstol, dock ej speci- fikt för rullstol)
Förflyttning: trappor	a4551, a4600
Förståelse	a166, a310, a315, a320
Uttrycksförmåga	a170, a330, a335, a350
Socialt samspel	p710, p750
Problemlösning	a175
Minne	Ej möjligt att koda enligt ICF, se text

36 (ett instrument för livskvalitetsmätning). Man kunde identifiera 51 begrepp att koppla till ICF, för elva av dessa fanns dock ej motsvarande ICF-koder. Det gällde påståenden rörande hälsa i allmänhet, vilket ej ingår i ICF. Vissa ICF-koder kunde kopplas till flera olika SF-36-item.

## Slutord

Rehabiliteringsfältet har fått ett nytt värdefullt hjälpmedel, om än med brister och ofullkomligheter, som vi skall kritiskt granska och diskutera, men också ta till oss och börja utnyttja. Bland de första åtgärderna torde vara att införa de nya begreppen i forskning, undervisning och kliniskt arbete.

För att kunna använda kodning enligt ICF i kliniskt arbete krävs riktade "lathundar" för specifika ändamål. Frågan är dock hur stor användning klassificeringen kommer att få i detta avseende eller om utvecklingen i stället går åt att förankra redan existerande instrument med kända psykometriska egenskaper i ICF och att utveckla nya instrument, bland annat inom delaktighetsområdet.

Skall kodning enligt ICF användas krävs ett betydande forskningsarbete för att värdera de föreslagna så kallade "qualifiers". Sådana krävs i någon form för att gradera påverkan på en viss funktion, aktivitet eller delaktighet, men där det föreslagna antalet nivåer av "qualifiers" knappast kan vara tillämpligt för alla item i ICF och i varje fall ej utan vetenskaplig granskning. Vissa koder måste också vidareutvecklas med en femte eller t.o.m. sjätte siffra för att kunna motsvara de reella behoven att kunna beskriva olika aspekter på delaktighet och omgivningsfaktorer.

För habilitering och rehabilitering liksom för andra användningsområden för ICF är det brådskande att en diskussion förs för att

få fram vissa gemensamma och accepterade normer när man skall koda som aktivitet och när man skall koda som delaktighet, eftersom dessa två områden har en gemensam lista av koder. I rehabiliteringsarbetet kan man se en tydlig principiell skillnad på aktivites- och delaktighetsbegreppen.

## Referenser

1. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva; WHO; 1980.
  2. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
  3. Buchner DM, Larson EB, Wagner EH, Koepsell TD, deLateur BJ. Evidence for a non-linear relationship between leg strength and gait speed. *Age and Ageing* 1996; 25: 386-391.
  4. Willén C, Stibrant Sunnerhagen K, Ekman C, Grimby G. How is walking speed related to muscle strength? A study of healthy individuals and individuals with late effects of polio. Manuskript insänt för publicering.
  5. Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Üstün TB. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil* 2002; 24: 281-282
  6. Haigh R, Tennant A, Biering-Sörensen F, Grimby G, Marinček C, Philips S, et al. The use of outcome measures in physical medicine and rehabilitation within Europe. *J Rehabil Med* 2001; 33: 273-278.
  7. Cieza A, Brockow T, Ewers T, Amman E, Chlorites B, Chatter S, Üstün TB, Stucki G. Linking health-status measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med* 2002; 34: 205-210.
- Adress till författaren:  
Rehabiliteringsmedicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg  
e-post: Gunnar Grimby [gunnar.grimby@rehab.gu.se](mailto:gunnar.grimby@rehab.gu.se)