

ICF – rammeverk i rehabilitering

Siden 1980 har WHO arbeidet med å utvikle et klassifikasjonssystem for å beskrive helse og konsekvenser av ulike helsetilstander. I 2001 ble siste versjon lansert under betegnelsen ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). En norsk oversettelse er nå også på trappene. I artikkelen drøftes bruk av ICF's potensial som rammeverk og begrepsapparat innen rehabilitering.

AV INGVID KJEKEN

Rehabilitering er et felt i kontinuerlig vekst og endring. Både innhold og oppgaver har forandret seg de siste tiårene. Fra å være knyttet vesentlig til attføring til yrkeslivet, er rehabilitering i dag et begrep som brukes om behandling og opptrening av stadig flere grupper mennesker. Med økende antall eldre, oppbygging av kommunehelsetjenesten og vektlegging av at folk skal kunne bo hjemme lengst mulig, er antall aktører som er involvert i rehabiliteringsprosessen stadig flere, og nye tiltak og metoder vokser frem. Samtidig har det skjedd en ideologisk dreining i retning av større brukermedvirkning.

Hvem og hva rehabilitering omfatter og hvordan dette skal foregå, er imidlertid ikke entydig. Behovet er stort for teorier, modeller og instrumenter som kan øke forståelsen for feltets innhold og bedre prosess og resultat.

Dette er også mye av bakgrunnen for at Verdens Helseorganisasjon (WHO) i 1980 lanserte et klassifikasjonssystem for konsekvenser av skade og sykdom – ICDH – (International Classification of Impairment, Disability and Handicap). I det følgende presenteres innholdet i klassifikasjonssystemet, som i dag har navnet ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Deretter drøftes systemet som helhet, og det skisseres hvordan ICF kan brukes som verktøy i planlegging og evaluering av rehabiliteringsprosesser. Som grunnlag for diskusjonen defineres og diskuteres innledningsvis rehabiliteringsbegrepet.

DEFINISJONER AV REHABILITERING

Rehabilitering som virksomhet startet i Norge etter annen verdenskrig, men da under navnet attføring, fordi rehabili-

teringsbegrepet var forbeholdt oppgjøret med og oppreisingen av nazistene etter krigen (Feiring M 1998). I begynnelsen var virksomheten primært knyttet til yrkesmessig attføring, men ble raskt utvidet til å omfatte stadig flere pasientgrupper og oppgaver. Fra å foregå på sykehus og i institusjoner, er rehabilitering i dag en lovpålagt oppgave for kommunene. Dette forhindrer imidlertid ikke at rehabilitering fortsatt også skjer innen andre nivåer i helsetjenesten.

Slik rehabiliteringsfeltet fremstår i dag, betegner det en kompleks virksomhet som favner mange nivåer i helsetjenesten – både det politisk administrative, den fagspesifikke yrkesutøvelsen, ulike brukergrupper og den enkelte klientens opplevelse eller prosess.

Ser vi på den egentlige betydningen av rehabilitering, er det «å gjenvinne verdighet» (Lie 1996). Dette lar seg imidlertid ikke lett oversette i ett ord. Forsøkene på utfyllende definisjoner er derfor mange og gjenspeiler en utviklingstendens fra et medisinsk perspektiv med sterk vektlegging av funksjonsforbedring mot de nyere definisjonene som er mer prosess- og brukerorienterte.

Hvilken definisjon man velger å bruke, vil blant annet styres av hvilket ståsted man har, som politiker, behandler/fagperson eller bruker (Feiring M 1998).

Rehabilitering i et funksjonsforbedringsperspektiv

Rehabilitering var i mange tiår preget av medisinsk tankegang. Funksjonshemming var noe som var knyttet til individet, og rehabiliteringsprosessen besto i normalisering av funksjon. Rehabiliteringspotensialet ble vurdert ut fra pasientens diagnose og funksjonstap, og tiltakene rettet seg mest mot den fysiske dimensjonen i form av trening (Kerz J, Werner M, & Wesser E 1995). Målet var først og fremst funksjonsbedring og økt selvhjulpenhet, mens de psykososiale konsekvensene av funksjonshemmingen ble lite vektlagt. Kunnskapen og kompetansen lå hos helseprofesjonene, mens pasienten var en mer eller mindre passiv mottager.

En definisjon som gjenspeiler noe av dette finner vi i Helsedirektoratets veiledningsserie nr. 3–91, der man beskriver habilitering og rehabilitering på følgende måte (Helsedirektoratets veiledningsserie 3–91 1991):



Ingvild Kjekken er ergoterapeut og cand.san. Hun jobber ved Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK). Artikkelen er også publisert på NRRK's nettsider.

«Medisinsk (re)habilitering kan defineres som helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av skade, sykdom eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.»

Rehabilitering beskrives her som en prosess som «eies» av helsetjenesten, der målet er bedring av funksjonsevne og selvstendighet. Samtidig sporer vi en annen tendens, nemlig fokusering på mestring og livskvalitet på egne premisser. Dette siste varsler et perspektivskifte, hvor livskvalitet og brukermedvirkning blir mer sentralt.

Rehabilitering i et bruker- og deltagelsesperspektiv

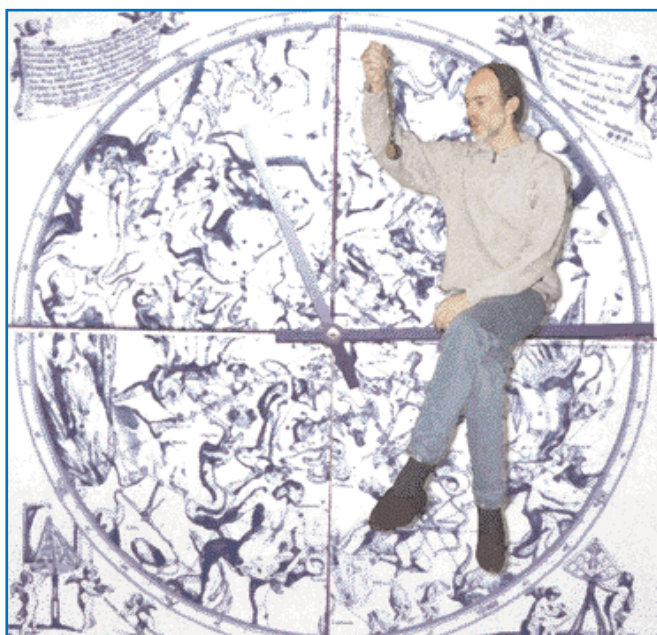
Allerede på slutten 1970-tallet ble funksjonshemmedes livskvalitet et tema. Å være selvhjulpent var ikke nok, de funksjonshemmede ville ha de samme valgmuligheter som, og delta i samfunnet på lik linje med funksjonsfriske. Det handlet i stadig større grad om hva som var viktig for den enkelte bruker, hennes eller hans roller, verdier og personlige interesser. Dette gjenspeiles i Stortingsmelding 21/99 – som på folkemunne har fått navnet «rehabiliteringsmeldinga» (St.medl.nr.21 1999). Her defineres rehabilitering som «tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet».

Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) kaller dette et moderne rehabiliteringsbegrep, som skiller seg fra tidligere forståelse av rehabilitering på mange måter (Normann & Sandvin 2001). I denne definisjonen fremheves brukeren sin egen innsats, og at hjelperne er brukeren sin assistenter. Eierforholdet til rehabiliteringsprosessen er dermed flyttet fra helsetjenesten til brukeren og det er brukeren sin behov som skal være utgangspunktet for prioritinger, tiltak og organisering av rehabiliteringsarbeidet. Aktørene er ikke lenger begrenset til helsepersonell, noe som signaliserer et bredere anlagt perspektiv, der ulike faginstanser og etater må samarbeide rundt brukeren. Videre er deltagelse sosialt og i samfunnet blitt et uttalt mål, noe som ikke er nevnt i tidligere definisjoner. En konsekvens av dette er at tiltak og løsninger må fungere i brukeren sin hverdag og lokalmiljø, noe som igjen forutsetter samarbeid på tvers av nivåer i helse- og sosialtjenesten.

Definisjonen beskriver videre rehabilitering som en prosess, men sett utenfra av behandlere og politikere. Den sier noe om hvem som skal delta, mål og tidsperspektiver. Hvem som omfattes av rehabilitering, og innholdet i prosessen for den som står midt i den, brukeren selv, kommer ikke tydelig frem.

Rehabilitering som brukeren sin prosess

Trenings- og Rådgivningssenteret ved Sunnaas (TRS) har, ved å bruke en todelt definisjon, valgt å tydeliggjøre at rehabilitering kan beskrives ut fra (minst) to perspektiver (1995). På behandlernivå definerer de rehabilitering som et



Stortingsmelding 21/99 som på folkemunne har fått navnet «Rehabiliteringsmeldinga», definerer rehabilitering som en tidsavgrenset prosess.

«koordinert, målrettet tverrfaglig teamarbeid med en person med langvarig funksjonshemming». Deretter beskrives innhold og mål med prosessen.

På individnivå defineres rehabilitering som «en prosess som kan gjennomleves av en person etter erkjennelse av (lang)varig funksjonshemming. Prosessen innebærer:

- 1 Sorg over manglende funksjoner og muligheter
- 1 Erkjennelse av muligheter og begrensninger
- 1 Orientering mot nye, for individet tilfredsstillende funksjonsformer

Prosessen fordrer utvikling av personenes livsmål, holdninger og atferd slik at disse samsvarer med personenes muligheter og begrensninger.

Prosessen kan katalyseres av fagpersoner eller andre medmennesker.»

Denne siste definisjonen beskriver et «innenfra»-perspektiv med hovedfokus på individets opplevelser og endringer. Man kan spore både en handlingsorientert forståelse av helse, med vekt på personens livsmål, men også en mer fenomenologisk forståelse gjennom vektlegging av den enkeltes mentale endringsprosess.

På tross av forskjellene i de definisjonene som nå er presentert, er det interessant å se at det også er noen elementer som går igjen i alle disse måtene å forstå rehabilitering på. Ett element (som er mest tydelig i de to siste) er vektlegging av rehabilitering som brukeren sin prosess, og at det er brukeren sin mål og behov som må legges til grunn for arbeidet. Et annet er funksjonsbegrepet, som brukes i alle definisjonene, om enn i litt ulik betydning.

Avgrensning av rehabilitering i forhold til behandling

Et stadig tilbakevendende spørsmål er hvordan rehabilitering skiller seg fra behandling.

TRS beskriver som et kjennetegn ved medisinsk kurativ

behandling at den som oftest har som mål å påvirke sykdommen, for eksempel gjennom bruk av medisiner eller kirurgi, mens rehabilitering har som mål å påvirke konsekvensene av sykdommene i form av funksjonstap (1995). Rehabilitering er dermed først aktuelt når man har konstatert at helbredelse ikke er mulig, og når sykdommen eller skaden resulterer i eller kan medføre (lang)varig funksjonsnedsettelse.

Bredland med flere definerer behandling som «*opptrening av en bestemt funksjon*» og eksemplifiserer dette med tiltak for å øke muskelkraften i armen eller å øve opp evnen til å beherske oppgaver som spising eller påkledning. Videre poengteres at man i behandling ikke krever aktiv pasientadferd og at man ønsker at pasienten gjør som eksperten sier (Langum Bredland, Linge, & Vik 1996). Dermed er pasienten i behandling i stor grad beskrevet som en passiv mottager, i motsetning til de nyere definisjonene av rehabilitering som beskriver pasienten som en aktiv deltager.

Også tidsperspektivet er forskjellig, idet behandling kan være alt fra ett enkelttiltak til å vare livet ut, mens rehabilitering beskrives som en tidsavgrenset prosess. Behandling kan dessuten ytes av en profesjon alene, mens rehabilitering beskrives som et samarbeide mellom flere aktører.

På tross av de ulikhetene som er beskrevet ovenfor, vil det likevel alltid være vanskelig å trekke et klart skille mellom behandling og rehabilitering, ikke minst fordi medisinsk behandling ofte både er en forutsetning for og et element i en rehabiliteringsprosess.

OM ICF

Bakgrunn og mål for utvikling av ICF

I løpet av det tyvende århundre har medisinsk kunnskaputvikling ført til store fremskritt. Syke organer og skader kan i dag leges eller skiftes ut, og sykdommer som før var alvorlige og dødelige kan nå ofte behandles eller forebygges. Stadig flere i vår del av verden lever opp og lever lenger. Dette medfører også at andelen eldre og funksjonshemmede har økt. En av utfordringene vårt helsevesen står overfor i dag er nettopp å kunne gi et tilbud til de mange som lever et liv med varige funksjonshemninger som følge av skade eller sykdom. Gruppen mennesker med behov for langva-

rig behandling eller rehabilitering vokser og stiller nye krav til kunnskap og tilbud fra helsevesenet og den enkelte helsearbeider.

Dette er også bakgrunnen for at WHO i 1980 startet arbeidet med å utarbeide et klassifikasjonssystem for å beskrive konsekvenser av helse og helserelaterte tilstander. Den første versjonen kom i 1980, og fikk navnet International Classification of Disability and Handicap, (ICIDH) (WHO 1980). Hovedmålet var å medvirke til en felles forståelse av konsekvenser av ulike helsetilstander. Videre å danne et felles vitenskapelig grunnlag for forståelse av og forskning rundt helse og helserelaterte tilstander, å etablere et felles språk og kodesystem på tvers av land og profesjoner og å kunne sammenligne data fra forskjellige land, etater, nivåer og profesjoner i helsetjenesten.

Presentasjon av ICF

ICF er i dag en taxonomi som beskriver konsekvenser av helsetilstander. Taxonomi er en vitenskapelig klassifikasjon der elementene er ordnet i et logisk og uttømmende system. I ICF representeres den vertikale akse av tre dimensjoner med ulike presiseringsnivå, mens hver enkelt dimensjon har en horisontal akse med elementer som skal ha samme presiseringsnivå. Ett og samme element skal ikke kunne gjenfinnes flere steder.

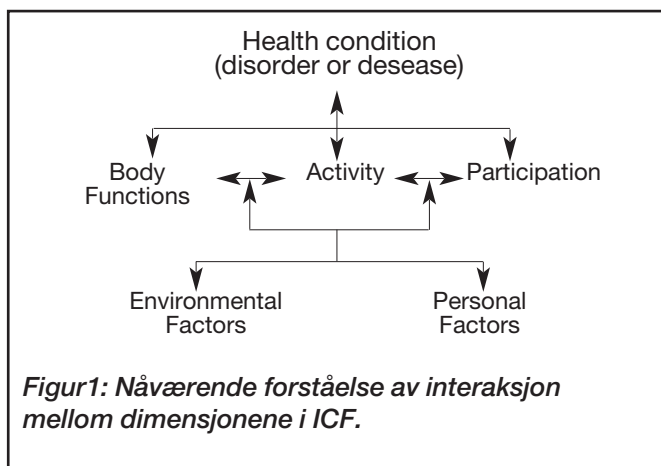
I de drøyt tyve årene systemet har eksistert, har det vært gjenstand for omfattende utprøving og diskusjon, som har resultert i flere revisjoner. Generelt kan man si at fra å beskrive negative helsetilstander tilstreber man i siste versjon å bruke nøytrale begreper. Det er nå et uttalt mål at ICF skal beskrive alle menneskers funksjon, både på organ-, individ- og samfunnsnivå (Bury 1987). Samtidig har man etter hvert tydeliggjort omgivelsenes betydning (contextual factors) i langt større grad.

Den siste versjonen av ICIDH ble lansert høsten 2001 under navnet International Classification of Functioning, Disability and Health, (ICF) (WHO 2001b).

ICF beskriver helsekomponenter og konsekvenser av helsetilstander som funksjon (functioning) og funksjonsbegrensninger (disability) i to hoveddimensjoner; a) kroppsfunksjoner og strukturer, og b) aktivitet og deltagelse. Modellen vektlegger videre kontekst som viktig for den enkeltes funksjon. Man skiller her mellom c) miljømessige faktorer som kan være fysiske og sosiale omgivelser eller holdninger hos andre og d) personlige faktorer som for eksempel kjønn, utdanning og mestringsstrategier. Hver dimensjon eller faktor kan beskrives både i et positivt og negativt aspekt. Figur 1 viser nåværende forståelse av interaksjon mellom dimensjonene i ICF

Kroppsfunksjoner og strukturer (Body Functions & Structure) (kropps nivå) beskriver fysiske og psykologiske funksjoner i kroppslige systemer (body systems) og i organer og lemmer (body structures). Funksjonssvikt (impairment) betegner funksjonsnedsettelse i denne dimensjonen. Et eksempel på funksjonssvikt kan være nedsatt muskelkraft eller redusert bevegelighet.

Aktivitet (activity) (individnivå) beskriver individets utførelse av en oppgave, aktivitet eller handling, mens



Deltagelse (participation) (samfunnsnivå) beskriver individets involvering i «livssituasjoner og deltagelse i samfunnet. Aktivitetsbegrensninger (activity limitations) innebærer problemer med å utføre en eller flere aktiviteter, og deltageresrestriksjoner (participation restrictions) er de problemene individet opplever i forhold til å kunne delta i den utstrekning og/eller på den måte hun eller han ønsker. Et eksempel på aktivitetsbegrensning kan være problemer med å gå. Dersom nedsatt gangfunksjon fører til problemer med for eksempel å delta i arbeidslivet eller sosiale situasjoner på grunn av fysiske eller sosiale barrierer, ses dette som en form for deltageresrestriksjoner.

Det kan imidlertid være vanskelig å trekke et klart skille mellom hva som er aktivitet og hva som er deltagelse, og dette skillet vil også variere avhengig av blant annet profesjon, teoretisk forståelse og kulturell tilhørighet. Man har derfor overlatt til brukerne av ICF å avgjøre når en aktivitet skjer på individnivå og når det kan betegnes som deltagelse.

For hver dimensjon er det utarbeidet en detaljert beskrivelse av ulike kategorier innen dimensjonen. Videre kan man bruke qualifiers, som innebærer en numerisk bedømmelse av grad og utstrekning av individets problemer i de ulike dimensjonene, eller for å gradere hemmende eller fremmende faktorer i omgivelsene. For aktivitet og deltageresdimensjonen beskrives to typer qualifiers; utførelse (performance) og kapasitet (capacity).

Det er også utarbeidet koder for miljømessige faktorer. På grunn av store sosiale og kulturelle variasjoner har man imidlertid valgt å ikke beskrive eller kode personlige faktorer.

ICF er et av flere klassifikasjonssystemer som er utarbeidet av WHO og bygger på ICD-10, som er WHO's klassifikasjon av sykdom og skader. Men mens ICD-10 i stor grad bygger på en biomedisinsk forståelse av sykdom, definerer WHO ICF som en «bio-psyko-sosial» modell. Man ønsker dermed å bygge bro mellom en medisinsk modell, som definerer funksjonshemning som et personlig problem, og en sosial modell, som ser funksjonshemning som et sosialt problem, forårsaket av negative holdninger og/eller manglende tilrettelegging fra samfunnets side. Funksjon og funksjonsbegrensninger ses i ICF dermed som resultat av et dynamisk samspill mellom personens helsetilstand og omgivelsene (WHO 2001a), s. 8)



Funksjon og funksjonsbegrensninger sees i ICF som resultat av et dynamisk samspill mellom personens helsetilstand og omgivelsene. Foto: Roger Berg.

Samtidig beskrives konsekvenser av helsetilstander som objektive og observerbare fenomen (Dahl 2002). Funksjonssvikt (impairment) defineres for eksempel som «*a deviation from certain generally accepted population standards in the biomedical status of the body and its functions, and definition of their constituents is undertaken primarily by those qualified to judge physical and mental functioning according to these standards*» (WHO 2001b), s. 12).

Om begrensninger og restriksjoner på aktivitets- og deltageresnivå heter det at: «*Limitations or restrictions are assessed against a generally accepted population standard. The standard or norm that against which an individual's capacity and performance is compared is that of an individual without similar health condition (disease, disorder or injury, etc.)*» (WHO 2001a), s. 15).

Og videre: «*A moderate performance problem is defined as up to half of the scale of a total performance problem. The percentages is to be calibrated in different domains with reference to population standards as percentiles*» (ibid. s. 124).

Det normale eller gjennomsnittlige beskriver dermed normen, og avvik eller funksjonsnedsettelse forstås, beskrives og beregnes i forhold til det. Det ligger også implisitt i denne forståelsen at det å avgjøre hva som er normalt eller unormalt for kroppsfunksjoner og aktivitetsutførelse i hovedsak er en vurdering som utføres av helsearbeideren.

I ICF understrekes det imidlertid også at å ha en funksjonssvikt ikke nødvendigvis betyr at individet skal eller bør betraktes som sykt: «*impairments may be a part of an expression of a health condition, but do not necessarily indicate that a disease is present or that the individual should be regarded as sick.*» (ibid. s. 13). Helse og sykdom er dermed ikke gjensidig utelukkende fenomen. Man kan altså ha en sykdom eller funksjonssvikt, men allikevel oppleve seg som, eller vurderes som å være ved god helse.

ICF SOM RAMMEVERK I PLANLEGGING OG EVALUERING AV REHABILITERINGSPROSESSER

Personer med behov for rehabilitering har (lang)varige skader eller sykdom med konsekvenser på activity – og participationnivå. Selve rehabiliteringsprosessen kan grovt deles inn i tre hovedfaser; utredning, utforming av mål og tiltak, og gjennomføring av tiltak. (Vøllestad & Holm 2000).

Rehabiliteringsprosessen er som tidligere beskrevet komplisert, med mange aktører, og mål og tiltak på flere nivåer. Dersom prosessen skal evalueres, må måling før og etter prosessen inngå.

I individuelle rehabiliteringsprosesser vil målene for prosessen styre tiltakene og dermed også hva man evaluerer. Fordi ICF retter fokus mot aktiviteter, deltagelse og omgivelser, er man avhengig av dialog med pasient og pårørende for å innhente nødvendig informasjon og sette opp realistiske mål. ICF kan dermed bidra til å sikre brukermedvirkning. Viktige spørsmål å stille er: Hva opplever pasienten som sine største problemer? Hvilke ønsker har hun for fremtiden? Hvilke ressurser og begrensninger har hun?

I utredningen kan man også sortere utfra dimensjonene og elementene i ICF: Hvilke ressurser og begrensninger har pasienten i kroppsfunksjoner og strukturer? Hvilke aktiviteter er det viktig å mestre? Hvordan ønsker pasienten å delta i sosiale aktiviteter? Hvilke ressurser og begrensninger ligger i hennes omgivelser, både i form av sosiale og fysiske hindringer? Man kan også bruke systemet som en «huskeliste» ved at man som fagperson eller team sjekker at man har ivaretatt de dimensjonene og de elementene man vurderer som sentrale.

ICF gir videre, med klassifisering på opptil fire nivåer, mulighet til å bli svært presis og detaljert dersom man ønsker nøyaktig beskrivelser innen enkelte områder. En innvending mot dette er at systemet kan bidra til en reduksjonistisk tankegang med fare for at man fortaper seg i bitene og glemmer personen som et «helt» menneske. Holdninger til pasienter har imidlertid som regel vel så mye å gjøre med profesjonalitet, samarbeid og erfaring. Et system eller en teori kan alltid misbrukes. Det er viktig å supplere bildet med andre metoder og kilder og kontinuerlig å diskutere holdninger og praksis. Brukt med fornuft og fleksibilitet kan ICF være et godt hjelpemiddel til å strukturere rehabiliteringsprosessen. Ved å være tydelig på hva man kartlegger i hvilken dimensjon og kategori kan det også bli lettere å velge riktige metoder og instrumenter i utredningen, å sette mål og velge tiltak og å evaluere i etterkant. For å kvalitetssikre slik vurdering arbeides det nå med å utarbeide internasjonale regler for hvordan eksisterende

kartleggings- og evalueringsinstrumenter kan kategoriseres eller lenkes til ICF (Cieza et al. 2002). Videre jobbes det med å utvikle sett med evalueringsinstrumenter, såkalte «core-sets» beregnet på pasienter med definerte diagnoser eller problemstillinger (Stucki et al. 2002). Dette vil igjen kunne bidra til både bedre evaluering av ulike intervensjoner og tilbud, men også til mer konkrete beskrivelser av de problemer og barrierer ulike grupper møter i hverdagen, slik at behandlingstilbud og samfunn kan utformes med tanke på dette.

Det er kanskje større grunn til å stille spørsmålsteget ved WHO's påstand om at systemet er verdifritt og anvendbart på tvers av ulike kulturer. Ifølge WHO klassifiserer systemet tilstander, ikke mennesker, og søker å beskrive både positive og negative konsekvenser av helse. Hva som betegnes som et problem vil likevel alltid avhenge av øynene som ser. Det kan for eksempel være ganske store sprik i vurdering av utførelse av aktiviteter som personlig hygiene eller ivaretagelse av egen helse, avhengig av hvem som vurderer.

ICF er dessuten utviklet i en vestlig kultur og er klart preget av det. Både beskrivelse av aktiviteter, deltagelse og kontekstuelle faktorer speiler vestlig tankegang og livsmønster. Å tro at man kan bruke ICF i en hvilken som helst kultur er nok naivt. Her hjemme kan vi bruke den samiske kultur som eksempel for å se at det der er viktige aktiviteter og deltagelsesaspekter som sannsynligvis ikke er ivare tatt i ICF.

En tredje viktig innvending mot ICF er at det, ved opprinnelig å ta utgangspunkt i sykdom og skade, er et individfokuser system. Funksjonshemming kan dermed forstås som en egenskap ved personen. Dette er særlig tydelig i de første versjonene. Handicap defineres for eksempel i 1980-versjonen som «*a social phenomenon, representing the social and environmental consequences for the individual stemming from the presence of impairments and disabilities.*» (Bickenbach et al. 1999; WHO1980).

I kontrast til dette står en forståelse av handikap som resultat av manglende tilrettelegging og forståelse i samfunnet. Sosiale modeller av funksjonshemming vektlegger nettopp dette aspektet. Disabled Peoples International (DPI) definerer disability som «*the loss or limitation of opportunities to take part in the normal life of the community on equal level with others due to physical and social barriers*» (ibid. s. 1176). Satt på spissen vil noen hevde at i et ideelt samfunn vil ingen være funksjonshemmet. Dilemmaet er imidlertid at for å skape et slikt samfunn er man ofte avhengig av å identifisere de menneskene som har spesielle behov for å kunne gi dem nødvendig tilbud. Man må altså kunne beskrive forskjellene og den enkeltes problemer, for å kunne skape like muligheter.

ICF som felles begrepsapparat i samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er, som det fremgår av ulike definisjoner av rehabilitering, en nødvendig del av en rehabiliteringsprosess. ICF er et begrepsapparat utviklet for å beskrive og klassifisere konsekvenser av ulike helsetilstander. Begrepene funksjon og funksjonshemming er andre ord som lenge har vært brukt om det samme. Et problem har vært at ulike personer og grupper har lagt forskjellig mening i begrepene. En

fordel med ICF er at det gir et begrepsapparat som kan brukes på tvers av yrkesgrupper, nivåer og nasjoner. Helsepersonell, brukerorganisasjoner og politikere har dermed tilgang til et felles språk som kan lette forståelse og samarbeid. Ved å trekke skiller mellom kropp, individ og samfunnsnivå tydeliggjøres dessuten at sykdom og skade kan ha ulike konsekvenser på ulike nivåer. Hvilke mål og tiltak man skal iverksette for å bedre helse og forebygge skade vil avhenge av på hvilket nivå problemene ligger. ICF kan dermed brukes som et verktøy både på individnivå for å planlegge behandling og rehabilitering av enkeltbrukere og på systemnivå i ulike deler av helsetjenesten og samfunnet for øvrig for å utforme politikk og helsetilbud. Klarer man å definere problemer og mål, er det også lettere å se hvilke tiltak som er nødvendige og fordele ansvaret for iverksetting. Slik kan ICF bidra til et konstruktivt samarbeid rundt brukere og aktuelle helseproblemer.

I samarbeidet rundt den enkelte pasient kan ICF bidra med et felles språk som letter kommunikasjon på tvers av yrkesgrupper, ved at man blir enige om hva som er hva og legger samme innhold i sentrale begreper. Ulike yrkesgrupper har videre sine områder hvor de har spesialkunnskap og metoder for utredning, behandling og rehabilitering. Ved å tydeliggjøre mål for rehabiliteringen ut fra dimensjon og kategori kan man lettere vurdere hvem som skal ha hovedansvar for hvilke tiltak. Man bør imidlertid være klar over at mange viktige begreper ikke defineres i ICF, som for eksempel livskvalitet og omsorg, som er naturlige elementer i rehabilitering. Videre at det å bruke samme begrep, for eksempel aktivitet, ikke automatisk betyr at man har felles forståelse av innholdet i begrepet. For å klarlegge dette må man ha en diskusjon innad i det enkelte team. Man kan imidlertid også stille spørsmål ved om det overhodet er mulig, og også ønskelig, at alle skal ha en identisk forståelse av et fenomen. En viss grad av variasjon vil ofte utfordre egen forståelse og dermed bidra til at man bevisstgjøres hva ulike begreper er eller kan være i den sammenhengen de brukes i.

ICF er nå oversatt til en rekke språk. Flere oversettelser er under utarbeidelse, og begrepsapparatet er allerede i daglig bruk både hos helsepersonell og hos forskere som arbeider med helsespørsmål (Bickenbach, Chatterji, Badley, & Ustun 1999). En norsk oversettelse er også på trappene, selv om det i skrivende stund er usikkert når den blir publi-



Man kan ha en sykdom eller funksjonssvikt, men likevel oppleve seg som eller vurderes som å være ved god helse. Foto: Roger Berg

sert. Å oversette systemet er imidlertid en utfordring, fordi man ofte mangler synonyme begreper i eget språk. En norsk diskusjon vil derfor ofte være en underlig blanding av norsk og engelsk som neppe kan kalles god språkkultur. Imidlertid har systemet i seg selv, og også forsøkene på oversettelse, ført til mange fruktbare diskusjoner om hva man legger i ulike begreper og hvordan man forstår sammenhengene mellom ulike dimensjoner.

ICF i forskning og evaluering innen rehabilitering

Evaluering og forskning innen rehabilitering er en utfordring, fordi rehabiliteringsprosessen er komplisert og innebærer forandringer på ulike nivåer, fra cellenivå til endringer i sosialt samspill (Whyte 1994). Mål vil variere avhengig av den enkelte pasient, og tiltakene er sammensatt. Videre vil det som regel være mange involverte, og personlige faktorer hos pasient og behandlere vil påvirke prosessen. Også omgivelser, både fysiske, sosiale og kulturelle har innflytelse på resultatet.

Tradisjonelle forskningsmetoder som randomiserte kontrollerte forsøk lar seg sjelden gjennomføre, fordi det er vanskelig å skille ut og undersøke en faktor mens man kontrollerer for de andre.

I diskusjonen rundt planlegging og evaluering kan imidlertid ICF bidra til å klargjøre på hvilket nivå og innen

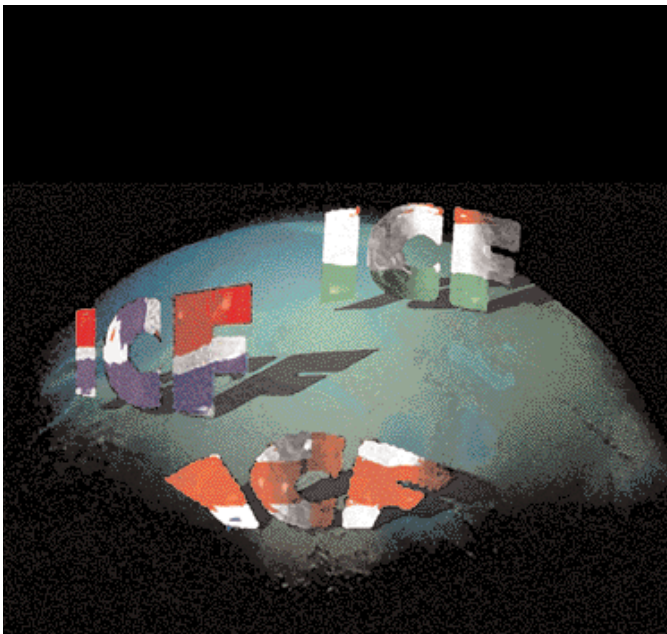
hvilket område målene settes og tiltakene planlegges. Ifølge Whyte er det to spørsmål man bør stille seg (ibid. s. 430):

1. På hvilket nivå (innen hvilken dimensjon) har man størst mulighet til å få til endring?
2. Hva er det mest passende nivået for evaluering (måling) for å påvise endringer som følge av behandlingen?

I rehabilitering er det endringer på aktivitets- og deltakelsesnivå som er av interesse (ibid.). Endringer i kroppsfunksjoner og strukturer bør også registreres dersom man tror det har innvirkning på aktivitetsutførelse og deltagelse. Ofte vil man også velge tiltak på dette nivået for å prøve å påvirke de neste nivåene (aktivitets- og deltakelsesdimensjonene). Sammenhengene her er imidlertid ikke lineære, ved at bedring på et nivå automatisk fører til bedring på et annet.

De tidlige versjonene av ICF har vært gjenstand for mye kritikk nettopp fordi de ikke fanget opp denne kompleksiteten. Man tenkte seg i de første versjonene en utvikling der sykdom eller skade førte til funksjonssvikt og videre til aktivitetsbegrensninger og deltakelsesrestriksjoner (Nordenfelt L 1983; Thornquist 1994). Virkeligheten er imidlertid langt mer kompleks. Man kan ha en sykdom som gir konsekvens på kropps nivå, (for eksempel sukkersyke), ingen begrensninger på aktivitetsnivå, men restriksjoner på deltakelsesnivå ved at man for eksempel ikke kan spise samme mat som andre om man går på restaurant. Videre kan man tenke seg at endret aktivitet (for eksempel dårlig kosthold) på sikt kan gi konsekvenser på kropps nivå. Sammenhengene er altså ikke lineære og enveis, men kan gå begge veier og også «hoppe over» nivåer. Dette er det tatt mer hensyn til i de siste versjonene (se figur 1).

Denne kompleksiteten gjør at det er viktig å velge samme dimensjon for intervensjon og måling i en rehabiliteringsprosess. Ønsker man å måle endring i kroppsfunksjon



En fordel med ICF er at det gir et begrepsapparat som kan brukes på tvers av yrkesgrupper, nivåer og nasjoner.

(for eksempel endring i muskelstyrke) bør man velge et instrument som måler nettopp dette. Er det bedret gangfunksjon (aktivitetsnivå) som er målet, bør man velge et instrument som fanger opp det. Ved å måle på begge nivåer får man muligheter til å vurdere sammenhenger. Nettopp dette siste kan være viktig, fordi det også gir en mulighet til å avgjøre om de valgte tiltakene (for eksempel muskeltrening) ga forventet effekt.

ICF gir videre, gjennom bruk av numeriske kodesystem med kvalifiser, mulighet til å kvantifisere data og behandle dem statistisk. Dette gjør at man også kan sammenligne data og evaluere nytten av ulike tiltak i forhold til enkeltbrukere og på gruppe-, samfunns-, nasjonalt og internasjonalt nivå (Hoen M. & Helseth R. 1997).

OM SPRÅK, KLASSIFISERING OG FORSTÅELSE

I en rehabiliteringsprosess vil vår forståelse av sykdom og helse i stor grad styre hva vi ser og ser etter, hvordan vi tolker og formidler det vi ser og hvilke mål og tiltak vi formulerer og iverksetter. Når vi skal beskrive og tolke våre observasjoner, tanker og opplevelser, er vi avhengige av et begrepsapparat. Det å sortere og gruppere ting, mennesker, opplevelser og erfaringer, er en forutsetning for å kunne forstå og reflektere. Innebygd i språket ligger altså en klassifisering, gjennom at vi knytter forskjellige egenskaper til ulike ord og begreper (Hollenweger J 1998; Thornquist 1994). Allerede som barn læres vi dermed opp i en måte å organisere og forstå verden på.

Gjennom yrkesutdanning og fagutøvelse føres vi videre inn i nye forståelsesmåter og begrepsapparater. Mye av dette skjer eksplisitt gjennom læring av teorier, metoder og modeller. Vel så mye av læringen skjer ubevisst ved at vi sosialiseres inn i miljøer og terminologier. Fagkulturen internaliseres ofte i en slik grad at vi ikke tenker over det. Vi arver på denne måten tankesett og arbeidsmetoder som kommer til uttrykk gjennom vår yrkesutøvelse.

Kategorisering og klassifisering foregår også kontinuerlig gjennom hele rehabiliteringsprosessen (Thornquist 1994). Mye av tolkningsprosessen skjer også her ubevisst ved at personlighet, holdninger og egne erfaringer farger vår forståelse. Denne typen kategorisering gjøres imidlertid sjelden til gjenstand for diskusjon. Som helsepersonell er vi i en maktposisjon. Vår forståelse av det pasienten formidler av symptomer og problemer er ofte avgjørende for hvilken diagnose og behandling hun får (Malterud 1994; Malterud 1999). Det stilles derfor store krav til åpenhet, refleksjon og fleksibilitet hos behandlere som skal bistå mennesker med behov for rehabilitering.

Fordelen med å bruke definerte systemer (som ICF) er at man kan synliggjøre forutsetningene som ligger i systemet. Klassifisering og tolkning blir dermed tilgjengelig og diskuterbar både for pasient og samarbeidspartnere.

Kritikere hevder imidlertid at ICF ikke har en klar klassifiseringsstruktur og ikke trekker logiske skiller mellom dimensjonene (Heerkens, Van Ravensberg, & Brandsma 1995; Nordenfelt L 1983). For eksempel er skillet mellom sykdom og funksjonssvikt ofte diffust, blant annet fordi mange diagnoser nettopp er en beskrivelse av symptomer i

form av funksjonssvikt. Det kan også være vanskelig å skille mellom funksjonssvikt og aktivitetsbegrensninger, fordi organsvikt ofte først kommer til syne som aktivitetsbegrensninger. Aktivitetsdimensjonen inneholder videre en blanding av basale aktiviteter (som å stå og gripe) og sammensatte aktiviteter (som påkledning og innkjøp/handling).

Enkelte fenomener, som for eksempel smerte, er dessuten vanskelig å kategorisere. Taxonomien tvinger en til å velge en plassering, men gir ikke nødvendigvis logiske retningslinjer for hvor eller hvorfor. Dette gjelder imidlertid generelt for systemer og modeller. De er en forenkling av virkeligheten, som dermed har innebygde svakheter og mangler.

AVSLUTNING

Rehabilitering er en kompleks prosess med mange involverte og mål og tiltak på mange nivåer. For å planlegge, beskrive og evaluere prosessen er det behov for rammeverk med tilstrekkelig presisjonsnivå og bredde, som kan brukes på tvers av profesjoner, nivåer og eventuelt nasjoner.

ICF er et gjennomarbeidet system som er velegnet til dette bruket. Det dekker ulike posisjoner ved å inkludere både individ og omgivelser og er fleksibelt ved at man kan velge å holde seg på ulike nivåer, avhengig av hvilken detaljeringsgrad man ønsker. Det gir videre mulighet for forskning og evaluering både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Og sist, men ikke minst, er det et begrepsapparat som er gjenkjennelig og anvendbart for svært mange yrkesgrupper.

Systemet har møtt kritikk. Deler av kritikken er tatt hensyn til i de nyere versjonene. Det foregår dessuten et kontinuerlig internasjonalt arbeid med å forbedre og prøve ut systemet, og for å utvikle å kartleggings- og evalueringsinstrumenter innen ulike dimensjoner. Perfekt blir systemet sannsynligvis aldri, fordi en teori eller modell aldri vil kunne fange opp de utallige dimensjoner og nyanser levd liv og helse innebærer. Likevel er det kanskje bedre med et felles rammesystem enn et babelsk helsetårn, der hver yrkesgruppe opererer med sine egne begreper og modeller. □

Litteraturliste

1995, *Prosjektrapport for prosjektet TRS*.

Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Ustun, T. B. 1999, «Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps», *Soc Sci Med*, vol. 48, no. 9, pp. 1173–1187.

Bury, M. R. 1987, «The ICIDH: a review of research and prospects», *Int Disabil Stud*, vol. 9, no. 3, pp. 118–122.

Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S., Ustun, T. B., & Stucki, G. 2002, «Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health», *J.Rehabil.Med.*, vol. 34, no. 5, pp. 205–210.

Dahl, T. H. 2002, «International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research», *J.Rehabil.Med.*, vol. 34, no. 5, pp. 201–204.

Feiring M 1998, «En vandring i rehabiliteringsfeltets begrephistorie», *Bris*, vol. 1, pp. 85–89.

Heerkens, Y. F., Van Ravensberg, C. D., & Brandsma, J. W. 1995, «The need for revision of the ICIDH: an example--problems in gait», *Disabil Rehabil*, vol. 17, no. 3–4, pp. 184–194.

Helsedirektoratets veiledningsserie 3–91 1991, *Medisinsk rehabilitering, planlegging og organisering* 3.91.

Hoen M. & Helseth R. ICIDH–2 – WHO's internasjonale klassifisering av: Impairments, activities and participation. Ergoterapeuten 13[ergoterapiteori], 70–73. 1997.

Oslo, Norsk Ergoterapeutforbund.

Ref Type: Magazine Article

Hollenweger J. ICIDH–2 and the education of children with disabilities. Theoretical issues and some practical implications. 1998. Ref Type: Unpublished Work

Kerz J, Werner M, & Wesser E 1995, *Vad vet vi om rehabilitering* Bokbox Förlag, Lund.

Langum Bredland, E., Linge, O. A., & Vik, K. 1996, *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Universitetsforlaget, Oslo.

Lie, I. 1996, *Rehabilitering og habilitering* Ad Notam Gyldendal.

Malterud, K. 1994, «[Diagnosis – a product of cooperation with social consequences]», *Tidsskr. Nor Laegeforen*, vol. 114, no. 8, pp. 967–969.

Malterud, K. 1999, «The (gendered) construction of diagnosis interpretation of medical signs in women patients», *Theor Med Bioeth*, vol. 20, no. 3, pp. 275–286.

Nordenfelt L 1983, *On Disabilities and their Classification* Linköpings Universitet – Studies on Health & Society.

Normann, T. & Sandvin, J. T. Om moderne rehabilitering – en start på dialogen mot en felles forståelse. SKUR-notat nr. 10/2001. 2001. SKUR. Ref Type: Pamphlet

St.medl.nr.21 1999, *Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*.

Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Ustun, T. B. 2002, «Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice», *Disabil.Rehabil*, vol. 24, no. 5, pp. 281–282.

Thornquist, E. 1994, «Varieties of functional assessment in physiotherapy», *Scand J Prim Health Care*, vol. 12, no. 1, pp. 44–50.

Vøllestad, N. & Holm, I. Metodiske krav til forskning i rehabilitering. 9–3–2000. Ref Type: Personal Communication

WHO. *The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*. 1980. Geneva. Ref Type: Catalog

WHO. ICF – Introduction. WHO . 2001a. Ref Type: Internet Communication

WHO 2001b, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* World Health Organization, Geneva.

Whyte, J. 1994, «Toward a methodology for rehabilitation research», *Am J Phys Med Rehabil*, vol. 73, no. 6, pp. 428–435.