

I C H E

Nederlandse
vertaling van de
'International
Classification of
Functioning,
Disability and
Health'

compilatie



Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre

ICF © World Health Organization 2001
Nederlandse vertaling: © WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM, Bilthoven
2002

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden ze zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het WHO-FIC Collaborating Centre van het RIVM en de uitgever. Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 j het besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 371 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 90 313 3913 X
NUR 870
D/2002/3407/070

Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie: International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF, Geneva 2001

Eerste druk, 2002 (erratum verwerkt)

Bohn Stafleu Van Loghum

Het Spoor 2
3994 AK Houten

Kouterveld 2
1831 Diegem

www.bsl.nl

Inhoud

<i>Voorwoord en voorwoord bij deze compilatie</i>	v
Inleiding	1
1. Achtergrond	3
2. Doelstellingen van de ICF	6
3. Eigenschappen van de ICF	8
4. Overzicht van de componenten van de ICF	11
5. Een model van het menselijk functioneren	19
6. Gebruik van de ICF	22
7. Resolutie 54ste World Health Assembly	26
Classificatie op het eerste niveau	27
Classificatie op het tweede niveau	31
Buiten deze compilatie vallen de delen D, E en F van de volledige uitgave:	
D. Gedetailleerde classificatie met definities	45
E. Bijlagen	209
1. Taxonomische en terminologische punten	211
2. Richtlijnen voor het coderen	219
3. Het mogelijk gebruik van de activiteiten- en participatielijst	234
4. Voorbeelden van casussen	238
5. De ICF en mensen met functioneringsproblemen	242
6. Ethische richtlijnen voor het gebruik van de ICF	244
7. Samenvatting van het revisieproces	246
8. Blik op de toekomst	250
9. Voorgestelde ICF-gegevensvereisten voor ideale en minimale gezondheidsinformatiesystemen of –surveys	253
10. Dankbetuiging	254
F. Alfabetische lijst	267

Voorwoord

De 'International classification of functioning, disability and health' (ICF) is vertaald door mw dr Yvonne F. Heerkens, dr Willem M. Hirs, mw dr ir Marijke de Kleijn-de Vrankrijker, mw dr C. Dorine van Ravenberg en drs Huib Ten Napel. Zij zijn verbonden aan het Nederlandse WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (FIC) dat is gevestigd bij het centrum Volksgezondheid Toekomst Verkeningen (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, tel. 030 274 2039, fax 030 274 4450, e-mail: willem.hirs@rivm.nl.

Diverse andere personen zijn bij deze vertaling, alsmede bij de vertaling en becommentariëring van de voorstellen voor de ICF, geraadpleegd (zie blz. 260, 261 voor een ongetwijfeld niet volledige opsomming). Wij bedanken iedereen die ons telkens weer hebben willen adviseren gedurende het door de WHO geleide revisieproces dat tot de ICF heeft geleid.

Voor vragen, opmerkingen en suggesties voor verbetering kunt u zich tot bovengenoemd adres wenden. Het Collaborating Centre zal bij een volgende druk van de ICF hiermee rekening proberen te houden.

De vertalers

Voorwoord bij deze compilatie

Deze compilatie van de ICF is voor NICTIZ samengesteld door het WHO-FIC Collaborating Centre.

Voor de volledige uitgave dient men zich te wenden tot de erkende boekhandel of direct tot BSL (www.bsl.nl), ISBN 90 313 3913 X.

Het boek bevat mede een CD ROM met de ICF in de vorm van een pdf-bestand, een xml-bestand en een classification browser.

Voor alle informatie over het WHO-FIC Collaborating Centre, de WHO-FIC Newsletter en een standaard presentatie van de ICF, dient men de website, www.rivm.nl/who-fic, te raadplegen.

ICF

Inleiding

1. Achtergrond

Met deze uitgave presenteert de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, WHO) de International Classification of Functioning, Disability and Health, afgekort ICF. De ICF (voorheen de ICIDH)¹ bestaat uit een raamwerk van classificaties die tezamen een gestandaardiseerd begrippenapparaat vormen voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden. Doel van de ICF is om door middel van het in kaart brengen van begrippen op dat terrein een basis te leggen voor een gemeenschappelijke standaardtaal.

Aspecten van het menselijk functioneren die gerelateerd kunnen zijn aan een gezondheidsprobleem, worden in de ICF op systematische wijze geordend. In aanvulling op de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD) worden in de ICF naast gezondheidscomponenten ook een aantal met de gezondheid samenhangende componenten, zoals bijvoorbeeld op het gebied van werk en onderwijs, gedefinieerd.

Met behulp van de ICF kan het menselijk functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven: 1. het perspectief van het menselijk organisme; 2. het perspectief van het menselijk handelen, en 3. het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven. Het eerste perspectief is uitgewerkt in twee afzonderlijke classificaties, de classificatie van functies van het organisme en de classificatie van anatomische eigenschappen. Het tweede en derde perspectief zijn uitgewerkt in de classificatie van activiteiten en participatie². De ICF ordent op systematische wijze verschillende domeinen³ betreffende aspecten van het menselijk functioneren die verband kunnen houden met een gezondheidsprobleem. De term 'menselijk functioneren' in de titel verwijst naar functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie; de term 'functioneringsprobleem' verwijst naar stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Daarnaast bevat de ICF een lijst met externe factoren die van invloed kunnen zijn op elk domein. Op deze manier kan een zinvol beeld worden verkregen van iemands functioneren (zie paragraaf 6 punt 10).

De ICF maakt deel uit van de 'familie' van classificaties die is ontwikkeld door de WHO. De WHO-familie van internationale classificaties (FIC) vormt een taal met behulp waarvan verschillende gegevens op het gebied van de gezondheid

¹ De tekst vormt een herziene versie van de Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps (ICIDH) die voor het eerst in 1980 als proefclassificatie is gepubliceerd door de Wereldgezondheidsorganisatie. Na gedurende vijf jaar op systematische wijze te zijn beproefd en na internationale consultatie, is deze tekst op 22 mei 2001 door de 54^e World Health Assembly goedgekeurd voor internationaal gebruik (resolutie WHA 54.21).

² Deze termen vervangen de voorheen gebruikte termen 'stoornis', 'beperking' en 'handicap'. Doordat de nieuwe termen neutraal geformuleerd zijn, kunnen nu ook positieve aspecten worden aangeduid. De nieuwe termen worden elders in deze inleiding gedefinieerd, de classificaties vormen de nadere detaillering ervan. Het is van belang op te merken dat deze termen in een speciale betekenis worden gebruikt die kan verschillen van de betekenis die zij in het dagelijks spraakgebruik hebben.

³ Een domein is een praktisch en zinvol stel met elkaar verband houdende fysiologische functies, anatomische eigenschappen, activiteiten, taken of levensgebieden.

kunnen worden vastgelegd (bijvoorbeeld ziekten, functioneren, redenen voor contact met de gezondheidszorg). Dankzij deze gestandaardiseerde gemeenschappelijke taal kunnen uiteenlopende vakgebieden en takken van wetenschap wereldwijd communiceren over gezondheid en gezondheidszorg.

Gezondheidsproblemen zoals ziekten, aandoeningen, letsels enz., worden in de WHO-FIC voornamelijk geassocieerd met de ICD-10 (afkorting van Internationale classificatie van ziekten, tiende revisie)⁴ die een etiologisch raamwerk vormt. Voor het classificeren van het menselijk functioneren in verband met de gezondheidstoestand is de ICF ontwikkeld. De ICD-10 en de ICF zijn dus complementair⁵. Het is de bedoeling dat, steeds wanneer dat van toepassing is, deze twee leden van de WHO-FIC tezamen gebruikt worden. De ICD-10 voorziet in termen voor ziekten, aandoeningen en andere gezondheidsproblemen, en de ICF in termen voor het beschrijven van het menselijk functioneren⁶ vanuit drie verschillende perspectieven. Door gegevens over de ziekte te combineren met gegevens over het menselijk functioneren krijgt men een ruimer en zinvoller beeld van de gezondheidstoestand van een individu of populatie. Deze gegevens liggen aan de basis van besluitvormingsprocessen.

De WHO-FIC vormt een waardevol hulpmiddel voor het beschrijven en vergelijken van het gezondheidsniveau van populaties in internationaal verband. De gegevens over mortaliteit, verkregen met behulp van de ICD-10 en gezondheidsresultaten, verkregen met behulp van de ICF, kunnen waarschijnlijk gecombineerd worden, en als gezondheidsmaten gebruikt worden voor het monitoren van de gezondheid van populaties en haar statistische spreiding. Ook kunnen zij bijdragen aan het vaststellen van verschillen in oorzaken van ziekte en sterfte.

Werd de ICIDH uit 1980 nog beschreven als een classificatie van 'de gevolgen van ziekten', bij de ICF is dat standpunt verlaten. De uitdrukking 'gevolgen van ziekten' legde te veel de nadruk op de manier waarop problemen in het functioneren tot stand komen, hetgeen op gespannen voet stond met het feit dat

⁴ *Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen, Tiende Revisie*, Deel 1-3, Genève, Wereldgezondheidsorganisatie, 1992-1994, 1999; Versie 1999 is in Nederlandse vertaling verkrijgbaar op CD-Rom bij het WHO-FIC Collaborating Centre, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven.

⁵ Het is van belang dat men zich realiseert dat de ICD-10 en de ICF elkaar deels overlappen. Beide bevatten een ordening naar orgaansystemen. In de ICF is dat de eerste component 'functies en anatomische eigenschappen van het menselijk organisme' met de stoornissen als negatieve component. Stoornissen kunnen deel uitmaken van het 'ziekteproces', ze komen daarom ook voor in de ICD in de vorm van symptomen, afwijkende klinische bevindingen of soms als reden voor contact met gezondheidsdiensten. De ICF daarentegen beschrijft stoornissen als problemen in functies of anatomische eigenschappen als aspect van het menselijk functioneren.

⁶ Twee personen met dezelfde ziekte kunnen op verschillende wijze functioneren en twee personen met hetzelfde niveau van functioneren hebben niet noodzakelijkerwijs hetzelfde gezondheidsprobleem. Daarom verhoogt het gezamenlijk gebruik van ICF en ICD de kwaliteit van gegevens voor medische doeleinden. Gebruik van de ICF houdt niet in dat de gangbare diagnostische handelwijze voor medische doeleinden achterwege moet blijven. Afgezien daarvan kan de ICF afzonderlijk worden gebruikt.

oorzakelijkheid geen rol speelt bij de ordening van de begrippen in de ICIDH. De ICF wordt gezien als een classificatie van 'gezondheidscomponenten', waarmee de samenstellende elementen van de gezondheid bedoeld worden. Met betrekking tot de etiologie neemt de ICF een neutraal standpunt in. Zodoende kan men met gebruikmaking van de ICF gegevens op het gebied van die samenstellende elementen afzonderlijk vastleggen en verzamelen. Daarmee wordt het mogelijk om met behulp van wetenschappelijke methoden onderlinge verbanden op het spoor te komen. De ICF onderscheidt zich hiermee van onderzoek naar gezondheidsdeterminanten en risicofactoren. Mede ter ondersteuning van dat onderzoek bevat de ICF een lijst van externe factoren voor de beschrijving van de omgeving waarin iemand leeft.

2. Doelstellingen van de ICF

De ICF is een classificatie die voor meer dan één doel geschikt is en die is ontwikkeld voor toepassing in verschillende vakgebieden en uiteenlopende sectoren. Meer specifiek heeft de ICF de volgende doelstellingen:

- De ICF voorziet in een wetenschappelijke grondslag voor het begrijpen en bestuderen van het menselijk functioneren, uitkomsten en determinanten;
- De ICF schept een gemeenschappelijke taal voor het beschrijven van iemands functioneren met als doel de communicatie tussen beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en in andere sectoren, als ook met mensen met functioneringsproblemen te verbeteren;
- De ICF maakt gegevens in de tijd en uit verschillende landen, vakgebieden en sectoren, en met elkaar vergelijkbaar;
- De ICF voorziet in een systematisch codestelsel voor informatiesystemen in de gezondheidszorg.

Deze doelstellingen staan niet los van elkaar. De behoefte aan en het gebruik van de ICF vereisen de constructie van een praktisch en zinvol systeem dat bruikbaar is voor ontwikkelaars van gezondheidsbeleid, voor kwaliteitsbewaking en voor evaluatie van de resultaten.

2.1 Toepassingen van de ICF

Sinds de eerste proefuitgave van de ICIDH in 1980 heeft deze classificatie verschillende toepassingen gehad, bijvoorbeeld:

- als basis voor het verzamelen en vastleggen van statistische gegevens (bijv. in gezondheidsenquêtes of in informatiesystemen ten behoeve van beleid);
- als basis voor het ontwikkelen van onderzoeksinstrumenten - voor het meten van de kwaliteit van leven, de effecten van zorg of van externe factoren;
- als basis voor het ontwikkelen van klinische instrumenten - bij het vaststellen van de behoefte aan zorg, bij het afstemmen van de behandeling op specifieke situaties, bij vaststelling van iemands geschiktheid voor een bepaald beroep, bij revalidatie en bij het evalueren van behandelingsresultaten;
- als basis voor het ontwikkelen van instrumenten voor sociaal beleid - bij het plannen van de sociale zekerheid, bij uitkeringsstelsels en bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid;
- als basis voor het ontwikkelen van onderwijsinstrumenten - bij het ontwikkelen van lesprogramma's.

De ICF heeft in principe betrekking op gezondheid en gezondheidszorg, maar wordt ook gebruikt in sectoren die een raakvlak met de gezondheidszorg hebben, zoals sociale zekerheid, arbeid, onderwijs, economie, sociaal beleid en wetgeving in het algemeen. Vandaar dat de Verenigde Naties de ICF hebben aanvaard als een van haar classificaties in de sociale sector. De ICF wordt, nog als ICIDH, genoemd in de *Standaardregels betreffende het bieden van gelijke kansen voor gehandicapten*.⁷ Als zodanig vormt de ICF een geschikt hulpmiddel bij het ten uitvoer te brengen van zowel de vastgestelde internationale verplichtingen op het gebied van de mensenrechten als ook de nationale wetgeving op dit terrein.

De ICF is bruikbaar in een breed spectrum van toepassingen, zoals bijvoorbeeld op het gebied van de uitvoering van de sociale zekerheid, bij de evaluatie van het beleid en voor onderzoek op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg op lokaal, nationaal en internationaal niveau. De ICF vormt een raamwerk van begrippen voor het verzamelen van gegevens, en is toepasbaar op de gebieden van de individuele gezondheidszorg, met inbegrip van preventie, de gezondheidsbevordering en het vergroten van de participatie door het wegnemen of verzachten van sociaal belemmerende factoren en door het bevorderen van de verstrekking van sociale steun en het verruimen van de mogelijkheden tot participatie. De ICF is ook van nut voor de vergelijkende studie van gezondheidszorgstelsels in de verschillende landen. Dit strekt zich uit over het evalueren van stelsels en het formuleren van beleid.

⁷ *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*, Aanvaard door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties in de 48e sessie op 20 december 1993 (resolutie 48/96). New York, NY, United Nations Department of Public Information.

Redactioneel: In het Nederlands vertaald als *Standaardregels betreffende het bieden van gelijke kansen voor gehandicapten*, in 1994 uitgebracht door de Interdepartementale Stuurgroep *Gehandicaptenbeleid*. In de ICF is de term 'gehandicapten' vervangen door 'mensen met functioneringsproblemen'.

3. Eigenschappen van de ICF

Bij een classificatie moet duidelijk zijn wat het werkterrein en het bereik is, wat de eenheden zijn, wat de wijze van ordening is en hoe deze elementen zich tot elkaar verhouden. In het navolgende worden de basiseigenschappen van de ICF toegelicht.

3.1 Het werkterrein van de ICF

De ICF betreft aspecten van iemands functioneren en welzijn. Deze aspecten worden beschreven in termen van gezondheidsdomeinen en domeinen die met gezondheid verband houden.⁸ De classificatie heeft dus betrekking op gezondheid in brede zin, maar dekt niet problemen in het functioneren die door andere factoren worden veroorzaakt. Als voorbeeld kan men denken aan mensen die participatieproblemen hebben als gevolg van hun ras, geslacht, godsdienst, e.d. Dergelijke problemen vallen niet onder de participatieproblemen die in de ICF zijn opgenomen.

Er bestaat een wijdverbreid misverstand als zou de ICF alleen betrekking hebben op mensen met functioneringsproblemen. De ICF heeft betrekking op *alle mensen*. Ieders functionele gezondheidstoestand kan aan de hand van de ICF worden beschreven. Met andere woorden de ICF is algemeen toepasbaar.⁹

3.2 Het bereik van de ICF

De ICF is een taal die de termen bevat waarmee het menselijk functioneren kan worden beschreven en vormt zo een raamwerk voor het ordenen van gegevens. De ICF biedt een structuur om die gegevens op zinvolle wijze, in onderling verband, te presenteren in een gemakkelijk toegankelijke vorm.

In de ICF zijn termen geordend in twee delen: (1) het menselijk functioneren en de problemen daarmee en (2) externe en persoonlijke factoren. Elk deel heeft twee componenten.

1. De twee componenten van het menselijk functioneren en de problemen daarmee

De eerste component is die van het **menselijk organisme** en bestaat uit twee classificaties, een voor functies en een voor anatomische eigenschappen. De hoofdstukken in beide classificaties zijn grotendeels geordend volgens orgaansystemen.

⁸ Gezondheidsdomeinen bevatten bijvoorbeeld de categorieën: zien, horen, lopen, leren en herinneren, met gezondheid verband houdende domeinen bevatten bijvoorbeeld de categorieën: transport, scholing en sociale interacties.

⁹ Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Üstün TB. Models of disablement, universalism and the ICIDH, *Social Science and Medicine*, 1999, 48: 1173-1187.

De tweede component is die van **activiteiten en participatie** en beslaat het geheel van aspecten van het menselijk functioneren vanuit het perspectief van het menselijk handelen en dat van deelname aan het maatschappelijk leven.

2. De twee componenten **externe factoren** en **persoonlijke factoren**

De ICF bevat een lijst van **externe factoren**. Deze zijn van invloed op alle componenten van het functioneren en de problemen daarmee. Ze zijn geordend, beginnend bij de onmiddellijke omgeving van het individu en eindigend bij de omgeving in het algemeen.

Persoonlijke factoren worden wel genoemd, maar niet als zodanig geclassificeerd in de ICF vanwege de grote sociale en culturele verschillen die erin voorkomen.

Deze componenten van het menselijk functioneren en de problemen daarmee kunnen op twee manieren worden weergegeven. Enerzijds kunnen ze gebruikt worden om problemen aan te duiden, zoals een stoornis, beperking en participatieprobleem met als overkoepelende term *functioneringsproblemen*, anderzijds kunnen er niet problematische aspecten van het menselijk functioneren mee worden aangeduid, met als overkoepelende term (*menselijk functioneren*).

De componenten van het menselijk functioneren en de problemen daarmee worden in deel 1 van de ICF geïnterpreteerd met behulp van vier afzonderlijke, doch gerelateerde *constructen*. Deze constructen zijn geoperationaliseerd door gebruik te maken van typering. Functies en anatomische eigenschappen kunnen geïnterpreteerd worden met behulp van afwijkingen in of verlies van functie of anatomische eigenschap. Voor activiteiten en participatie zijn er twee constructen beschikbaar: *vermogen* en *uitvoering* (zie verder bij 4.2).

Het menselijk functioneren en de problemen daarmee worden opgevat als de uitkomst van een dynamische wisselwerking¹⁰ tussen iemands gezondheidsproblemen (ziekten, aandoeningen, ongevallen, trauma's, etc), en de context waarin die problemen zich voordoen. De ICF bevat een alomvattende lijst van externe factoren die een essentieel onderdeel van de classificatie vormt. Zoals eerder aangegeven zijn externe factoren van invloed op alle componenten van het menselijk functioneren en de problemen daarmee. De basale constructen van externe factoren zijn de ondersteunende of belemmerende factoren in de fysieke en sociale wereld en in attitudes.

3.3 De eenheid van classificatie

De ICF classificeert aspecten van het menselijk functioneren. De eenheden van classificatie zijn categorieën binnen elk domein van het menselijk functioneren. Het zal hieruit duidelijk worden dat in de ICF personen niet de eenheid van classificatie zijn; dat wil zeggen dat de ICF geen mensen classificeert, maar termen biedt voor het beschrijven van de situatie van individuen binnen een reeks van gezondheidsdomeinen en met de gezondheid verband houdende

¹⁰ De uitkomst van deze wisselwerking kan aan de hand van de termen in de ICF worden beschreven op een gegeven ogenblik in de tijd. Voor een beschrijving van het proces, de wijze waarop die uitkomst tot stand komt, zijn meerdere beschrijvingen in de tijd nodig.

domeinen. De situatie is er bovendien altijd een binnen de context van externe en persoonlijke factoren.

3.4 De presentatie van de ICF

De ICF wordt uitgegeven in twee versies die verschillen in de mate van detail. Dit om tegemoet te komen aan de verschillen tussen gebruikers wat betreft hun wensen in dit opzicht.

De *volledige (meer gedetailleerde) versie* van de ICF, zoals in deze uitgave, bestaat uit een classificatie met vier niveaus van categorieën. Deze categorieën kunnen worden samengevoegd tot de eerste twee niveaus wanneer er behoefte is aan minder gedetailleerde informatie. Deze classificatie van twee niveaus is verkrijgbaar - vooralsnog alleen in het Engels - als *beknopte, minder gedetailleerde versie* van de ICF.

4. Overzicht van de componenten van de ICF

In het kader van de gezondheid zijn de volgende **DEFINITIES**¹¹ van toepassing:

Functies: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.

Anatomische eigenschappen: positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam.

Tot de onderdelen van het menselijk organisme worden gerekend lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen.

Stoornissen: afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.

Activiteiten: onderdelen van iemands handelen.

Beperkingen: moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.

Participatie: iemands deelname aan het maatschappelijk leven.

Participatieproblemen: problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Externe factoren: iemands fysieke en sociale omgeving.

Persoonlijke factoren: iemands individuele achtergrond (verder niet uitgewerkt).

Een algemeen overzicht van deze begrippen is te vinden in Tabel 1. In sectie 5.1 worden ze toegelicht in operationele termen. Uit de tabel blijkt het volgende:

- De ICF bestaat uit twee *delen* met elk twee *componenten*:
 - Deel 1. functioneren en functioneringsproblemen
 - (a) functies en anatomische eigenschappen
 - (b) activiteiten en participatie
 - Deel 2. factoren
 - (c) externe factoren
 - (d) persoonlijke factoren
- Elke component is neutraal geformuleerd en kan in *positieve* en in *negatieve* zin worden gebruikt.
- Elke component bestaat uit verschillende domeinen en binnen elk domein uit categorieën. De categorieën vormen de eenheden van classificatie. Iemands functioneren wordt vastgelegd door het selecteren van de toepasselijke categorie met bijbehorende code of codes. Vervolgens wordt de *typering* toegevoegd. Dit zijn numerieke codes die mate en omvang van het functioneren of functioneringsprobleem in de betreffende categorie specificeren, of de mate waarin een externe factor ondersteunend is of een belemmering vormt.

¹¹ Zie ook bijlage 1: Taxonomische en terminologische punten

Tabel 1. Overzicht van de aspecten van het functioneren

Componenten	Deel 1: Functioneren		Deel 2: Factoren	
	Funcities en anatomische eigenschappen	Activiteiten en Participatie	Externe factoren	Persoonlijke factoren ¹²
Classificaties	Funcities Anatomische eigenschappen	Taken, handelingen Levensgebieden ¹³	Externe invloeden op het functioneren	Interne invloeden op het functioneren
Constructen	Afwijkingen in en verlies van fysiologische en mentale funcities Afwijkingen in en verlies van anatomische eigenschappen	Vermogen Uitvoering	Invloed van fysieke en sociale omgeving	Kenmerken van het individu
Positieve / neutrale aspecten	Functionele en structurele integriteit	Activiteiten Participatie	Ondersteunende factoren	Ondersteunende factoren
	Functioneren			
Negatieve aspecten	Stoornissen	Beperkingen Participatieproblemen	Belemmerende factoren	Belemmerende factoren
	Functioneringsproblemen			

¹² Redactioneel: niet uitgewerkt in de ICF.

4.1 Functies, anatomische eigenschappen en de stoornissen erin

Definities: ***Functies** zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.*

***Anatomische eigenschappen** betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Tot de onderdelen van het menselijk organisme worden gerekend lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen.*

***Stoornissen** zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.*

- (1) Functies en anatomische eigenschappen vormen twee afzonderlijke classificaties. Deze classificaties vertonen een parallelle opbouw. Waar bijvoorbeeld de classificatie van functies een klasse ‘visuele functies’ bevat, vindt men in de classificatie van anatomische eigenschappen het equivalent ervan in de vorm van de klasse ‘anatomische eigenschappen van oogbol’.
- (2) Functies en anatomische eigenschappen hebben betrekking op het menselijk organisme als geheel, dus ook op de hersenen en de functies van de hersenen, d.w.z. het brein. Vandaar dat de mentale functies zijn inbegrepen.
- (3) De ordening van functies en anatomische eigenschappen binnen de twee classificaties volgt de onderverdeling van het menselijk organisme in orgaansystemen. ‘Anatomische eigenschappen’ is niet hetzelfde als organen¹⁴.
- (4) Stoornissen worden opgevat volgens biologische principes, ook in de zin van afwijkingen op weefsel- of cellulair niveau en op sub-cellulair of moleculair niveau. Om praktische redenen echter is slechts een beperkt aantal categorieën op deze niveaus opgenomen.¹⁵ Aangezien de classificatie is opgezet volgens biologische principes, blijft het mogelijk om, indien nodig, op een later tijdstip de classificatie uit te breiden met meer categorieën op cellulair en moleculair niveau. Voor medici-gebruikers wordt de aandacht erop gevestigd dat stoornissen niet overeenkomen met de onderliggende pathologie, maar dat zij de manifestaties van die pathologie zijn.
- (5) Stoornissen vormen een afwijking van bepaalde algemeen aanvaarde maatstaven voor de biomedische toestand van het organisme en de functies

¹⁴ Redactioneel: In de 1980 versie van de ICDH werd gesproken van het niveau van het orgaan. Een duidelijke omschrijving van ‘orgaan’ levert echter problemen op omdat ‘orgaan’ het bestaan van een afzonderlijke eenheid veronderstelt. Het oog en het oor worden vanouds beschouwd als organen, maar het is de vraag of je orgaansystemen en extremiteiten organen kan noemen. In feite gaat het bij een stoornis in structuur om een verandering in de eigenschap van een anatomische structuur. In de Nederlandse versie van de ICF is ‘structuur’ daarom niet meer in gebruik en vervangen door ‘anatomische eigenschap’ omdat dit weergeeft wat het onderwerp van classificatie is.

¹⁵ Stoornissen in de ICF moeten in principe zijn op te sporen of zijn waar te nemen door anderen of door het individu zelf door middel van directe waarneming of door ze uit waarnemingen af te leiden.

ervan, en worden in eerste instantie vastgelegd door diegenen die gekwalificeerd zijn om het fysiek en het psychisch functioneren volgens die maatstaven te beoordelen.

- (6) Stoornissen kunnen tijdelijk of blijvend zijn, verergeren, verbeteren of stabiel zijn, periodiek optreden of continu aanwezig zijn. De afwijking van de populatienorm kan licht of ernstig zijn, en kan fluctueren in de tijd. Deze karakteristieken kunnen worden vastgelegd met behulp van de typering (coderingen achter de punt).
- (7) Stoornissen worden in de ICF geordend naar hun aard, en niet naar hun oorzaak of de wijze van ontstaan. Stoornissen als bijvoorbeeld 'niet kunnen zien' of 'een ledemaat missen' kunnen voortkomen uit een erfelijke afwijking of kunnen door letsel of ziekte zijn veroorzaakt. De aanwezigheid van een stoornis impliceert noodzakelijkerwijs een oorzaak, de oorzaak behoeft echter niet afdoende te zijn om die stoornis te beschrijven. Als er dus sprake is van een stoornis, dan is er in elk geval sprake van een afwijkende functie of anatomische eigenschap, maar deze kan verband houden met één van de vele mogelijke ziekten, aandoeningen of fysiologische stadia.
- (8) Stoornissen kunnen deel uitmaken of de uitdrukking zijn van iemands functioneren, maar dat betekent niet noodzakelijkerwijs dat iemand met een stoornis een ziekte heeft of als ziek beschouwd zou moeten worden.
- (9) Het begrip stoornis is ruimer dan het begrip aandoening of ziekte; de afwezigheid van een been is een stoornis in anatomische eigenschap, maar geen aandoening of ziekte.
- (10) Stoornissen kunnen andere stoornissen tot gevolg hebben; vermindering van spiersterkte kan bijvoorbeeld de bewegingsfunctie verstoren, hartfuncties kunnen verband houden met ademhalingsfuncties, waarneming met denken.
- (11) Sommige categorieën van functies en anatomische eigenschappen vertonen overlap met categorieën van de ICD-10, vooral met betrekking tot het hoofdstuk Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen (XVIII). De twee classificaties verschillen echter qua doelstelling. De ICD-10 classificeert symptomen e.d. in speciale hoofdstukken om morbiditeit of gebruik van zorginstellingen vast te leggen. Dezelfde verschijnselen komen in de ICF voor onder functies, hetgeen gebruikt zou kunnen worden voor preventie of het vaststellen van de behoeften van de patiënt. Het belangrijkste echter is dat de classificatie van functies en die van anatomische eigenschappen bedoeld zijn voor gezamenlijk gebruik met de classificatie van activiteiten en participatie.
- (12) Stoornissen worden geordend in de juiste categorieën door middel van identificatiecriteria (bijv. de aan- of afwezigheid van de stoornis volgens een drempelwaarde). Deze criteria zijn identiek voor functies en anatomische eigenschappen. Het zijn de volgende: (a) verlies of ontbreken; (b) vermindering; (c) aanvulling of toevoeging; (d) afwijking. Als een stoornis

aanwezig is, kan de ernst ervan met behulp van de eerste typering worden vastgelegd.

- (13) Externe factoren zijn van invloed op functies, zoals bijvoorbeeld de invloed die de kwaliteit van de lucht heeft op de ademhaling, licht op het zien, geluid op het horen, afleidende stimuli op de aandacht, bodemgesteldheid op het evenwicht en de temperatuur van de omgeving op de regeling van de lichaamstemperatuur.

4.2 Activiteiten en participatie / beperkingen en participatieproblemen

Definities: *Activiteiten* zijn onderdelen van iemands handelen.

Participatie is iemands deelname aan het maatschappelijk leven.

Beperkingen zijn de moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.

Participatieproblemen zijn de problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.

- (1) De domeinen van activiteiten en participatie worden gegeven in een lijst die alle levensgebieden omvat (van het basale leren tot en met complexe gebieden zoals sociale taken of werk). Via deze lijst kunnen 'activiteiten' (a), 'participatie' (p), of beide worden geklasseerd. De twee typering voor activiteiten en participatie betreffen *uitvoering* en *vermogen*. De gegevens die met de lijst verzameld worden vormen aldus een datamatrix die geen overlap of overbodige gegevens bevat (zie Tabel 2).

Tabel 2. Activiteiten en participatie: datamatrix

Domeinen		Typering	
		<i>Uitvoering</i>	<i>Vermogen</i>
d1	Leren en toepassen van kennis		
d2	Algemene taken en eisen		
d3	Communicatie		
d4	Mobiliteit		
d5	Zelfverzorging		
d6	Huishouden		
d7	Tussenmenselijke interacties en relaties		
d8	Belangrijke levensgebieden		
d9	Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven		

- (2) De **typering van de uitvoering** beschrijft wat iemand in zijn/haar bestaande omgeving doet. Omdat die omgeving de maatschappelijke context inbrengt, kan de uitvoering zoals door deze typering vastgelegd ook worden begrepen als ‘betrokkenheid in een levenssituatie’ of ‘de ervaring van wat beleefd wordt’ van mensen in de huidige context waarin ze leven.¹⁶ Deze context houdt de externe factoren in – alle aspecten van de fysieke en sociale wereld en de wereld van attitudes. De verschijnselen van de bestaande omgeving kunnen met behulp van de externe factoren worden gecodeerd.
- (3) De typering van het **vermogen** beschrijft of iemand een taak of een handeling kan uitvoeren. Dit construct heeft ten doel het niveau van functioneren aan te geven dat iemand kan bereiken in een bepaald deelterrein op een bepaald moment. Voor het vaststellen van iemands volledig vermogen is een ‘gestandaardiseerde’ omgeving nodig om de wisselende invloed van verschillende omgevingen op iemands vermogen te neutraliseren. Deze gestandaardiseerde omgeving kan (a) een feitelijk aanwezige omgeving zijn die gewoonlijk wordt gebruikt voor de vaststelling van het vermogen in een testsituatie, of (b) ingeval dit niet mogelijk is - een aangenomen omgeving waarvan denkkelijk een uniforme invloed uitgaat. Deze omgeving kan de ‘uniforme’ of ‘standaard’-omgeving worden genoemd. Het vermogensconstruct geeft dus iemands aan de omgeving aangepaste vermogen weer. Deze aanpassing moet dezelfde zijn voor iedereen in alle landen ten einde internationale vergelijkingen toe te staan. De verschijnselen van de uniforme of standaardomgeving kunnen meer precies worden gecodeerd door de externe factoren te gebruiken. Het gat tussen het vermogen en de uitvoering kan het verschil weergeven tussen de invloeden van de uniforme en de huidige omgeving en verschaft aldus een nuttige richtlijn over wat er aan iemands omgeving kan worden gedaan om de uitvoering te bevorderen.¹⁷
- (4) De typering van het vermogen en de uitvoering kunnen vervolgens gebruikt worden in combinatie met en zonder hulpmiddel of persoonlijke hulp. Aangezien noch een hulpmiddel noch persoonlijke hulp stoornissen wegneemt, kunnen beide wel functioneringsproblemen opheffen in specifieke domeinen. Deze wijze van coderen is daarom bruikbaar voor het

¹⁶ De definitie van participatie bevat het concept deelname. Definities van ‘deelname’ kunnen betreffen: delen in, deel uitmaken van, betrokkenheid bij een levensgebied, geaccepteerd zijn, of toegang hebben tot bepaalde levensbehoeften. De datamatrix in Tabel 2 biedt alleen de mogelijkheid tot het coderen van participatie in de betekenis van ‘uitvoering’. Dit houdt niet in dat participatie automatisch synoniem is met uitvoering. Het concept ‘deelname aan’ moet tevens worden onderscheiden van de subjectieve ervaring van ‘ergens bijhoren’. Gebruikers die ‘deelname aan’ afzonderlijk willen coderen moeten gebruik maken van de richtlijnen voor coderen in bijlage 2.

¹⁷ Redactioneel: *de suggestie wordt gewekt dat de uitvoering altijd minder is dan het vermogen – bij de uitvoering is er blijkbaar sprake van een minder optimale omgeving in vergelijking met de standaardomgeving - en dat er op basis van het vermogen richtlijnen mogelijk zijn voor het aanpassen (lees verbeteren) van de omgeving. Hier is een kanttekening op zijn plaats: omdat het vermogen wordt gemeten zonder het gebruik van hulpmiddelen of hulp, terwijl er bij de uitvoering wel sprake kan zijn van het gebruik van hulpmiddelen en hulp is het niet zo dat per definitie het vermogen altijd hoger ligt dan de uitvoering! Een echte vergelijking is alleen mogelijk als beide, zowel vermogen als uitvoering, worden gemeten zonder het gebruik van hulpmiddelen en hulp (respectievelijk de derde en eerste typering).*

vaststellen van iemands functioneringsniveau zonder hulpmiddelen (zie de richtlijnen voor het coderen in bijlage 2).

- (5) Problemen in deze domeinen kunnen zich voordoen als er wijzigingen zijn in de kwalitatieve of kwantitatieve wijze van uitvoering. *Beperkingen en participatieproblemen* worden vastgesteld op basis van een algemeen geaccepteerde populatienorm. De standaard of norm waarmee iemands vermogen of uitvoering wordt vergeleken, is die van iemand zonder vergelijkbaar gezondheidsprobleem (ziekte, aandoening of letsel, enz.). De beperking of het participatieprobleem registreert het verschil tussen de geobserveerde en de verwachte uitvoering. Het verwachte uitvoeringsniveau is de populatienorm. Deze vertegenwoordigt de ervaringen/bekwaamheden van personen zonder het specifieke gezondheidsprobleem.
- (6) Een probleem in de uitvoering kan rechtstreeks voortkomen uit de sociale omgeving, zelfs zonder dat het individu een stoornis of een beperking heeft. Bijvoorbeeld iemand die HIV positief is of iemand met een genetische aanleg voor een bepaalde ziekte en die geen stoornissen of beperkingen heeft. Het is heel goed mogelijk dat zo iemand de toegang tot bepaalde voorzieningen ontzegd wordt of geen betaald werk kan krijgen als gevolg van vooroordelen in de samenleving.
- (7) Het is moeilijk om op basis van domeinen onderscheid te maken tussen 'activiteiten' en 'participatie'. Het is eveneens onmogelijk gebleken om het perspectief van het 'individu' en het perspectief van de 'samenleving' van elkaar te onderscheiden op basis van domeinen. Dit blijkt uit de internationale verscheidenheid en verschillen in benadering tussen disciplines en theoretische kaders. De ICF geeft daarom één lijst, waarbij gebruikers zelf, afhankelijk van hun behoeften, kunnen differentiëren tussen activiteiten (a) en participatie (p). Dit wordt verder toegelicht in bijlage 3. In principe zijn er vier mogelijkheden:
 1. een aantal domeinen aanduiden als a en andere als p, zonder dat er sprake is van overlap;
 2. op gelijk wijze als bij 1, maar met een gedeeltelijke overlap;
 3. alle gedetailleerde domeinen aanduiden als a en alle algemene categorieën als p;
 4. alle domeinen zowel voor a als voor p te gebruiken.

4.3 Externe en persoonlijke factoren

Iemands functionele gezondheidstoestand wordt beïnvloed door zowel factoren *buiten* het individu, de externe factoren, als door factoren *binnen* het individu, de persoonlijke factoren.

Onder *externe factoren* wordt verstaan de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven. De factoren bevinden zich buiten het individu, en kunnen een positieve of negatieve invloed hebben op de participatie van het individu als lid van de samenleving, op het uitvoeren van activiteiten van het individu of op de functies en anatomische eigenschappen van diens organisme.

- (1) Externe factoren worden geordend in de classificatie op twee niveaus:
 - (a) *Individueel* - in de onmiddellijke omgeving van het individu, met inbegrip van, maar niet beperkt tot plaatsen zoals de woning, de werkplek en de school. Dit niveau omvat de fysieke en materiële kenmerken van de omgeving waarmee het individu te maken heeft, alsmede het rechtstreekse persoonlijke contact met anderen zoals familieleden, kennissen, collega's/klasgenoten/buren/medebewoners, en onbekenden.
 - (b) *Sociaal* - formele en informele sociale verbanden in de gemeenschap of naaste omgeving die individuen in die omgeving beïnvloeden. Dit niveau omvat organisaties en instellingen op het gebied van de werkomgeving, buurtactiviteiten, communicatie en transport, overheidsdiensten en informele sociale netwerken. Het omvat zowel wetten, regelingen en formele regels als informele regels, houdingen en ideologieën.
- (2) Externe factoren staan in wisselwerking met de componenten 'functies', 'anatomische eigenschappen' en 'activiteit en participatie'. Voor nadere specificatie van de aard en omvang van die wisselwerking is wetenschappelijk onderzoek nodig. Functioneringsproblemen zijn te kenmerken als het resultaat van een complexe wisselwerking tussen iemands functioneren en persoonlijke factoren en de externe factoren die deel uitmaken van de omstandigheden waarin iemand leeft. Door deze wisselwerking kunnen verschillen in omgeving een zeer uiteenlopende inwerking hebben op dezelfde persoon met een bepaalde functionele gezondheidstoestand. Een omgeving met belemmerende factoren, of zonder ondersteunende factoren, zal iemand beperken in de uitvoering. Een andere omgeving met meer ondersteunende factoren kan de uitvoering verbeteren. De samenleving kan iemands uitvoering belemmeren, omdat ze belemmerende factoren creëert, zoals ontoegankelijke gebouwen, of omdat ze niet voorziet in ondersteunende factoren, zoals het niet beschikbaar hebben van hulpmiddelen.

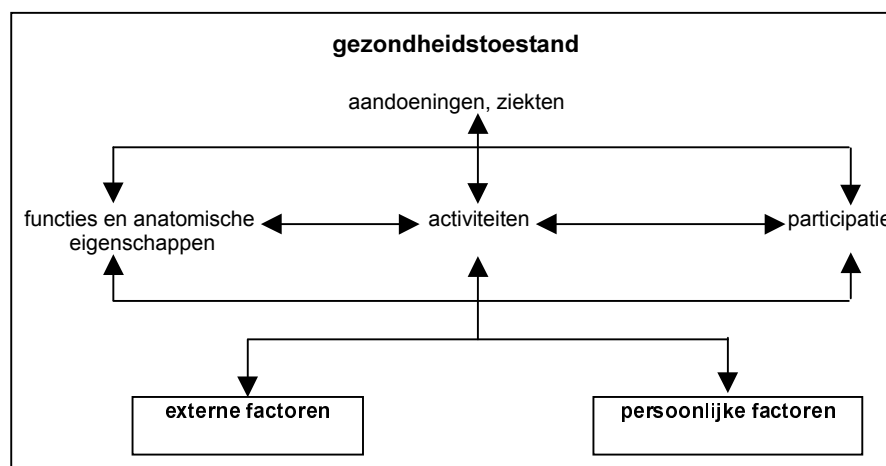
Persoonlijke factoren betreffen de individuele achtergrond van het leven van een individu, en bestaan uit kenmerken van het individu die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand. Deze kunnen omvatten leeftijd, ras, geslacht, opleiding, ervaringen, persoonlijkheid en karakter, bekwaamheden, andere aandoeningen, lichamelijke conditie in het algemeen, levensstijl, levensgewoonten, opvoeding, redzaamheid, sociale achtergrond, beroep en ervaringen uit het heden en verleden. Ze kunnen alle, of elk afzonderlijk, een rol spelen bij het krijgen van functioneringsproblemen, op elk niveau. De ICF bevat geen classificatie of lijst van persoonlijke factoren. In Figuur 1 zijn de persoonlijke factoren weergegeven om te laten zien dat zij het resultaat van bepaalde interventies kunnen beïnvloeden.

5. Een model van het menselijk functioneren

5.1 Het menselijk functioneren, en de factoren die daarop van invloed zijn

De ICF is geen classificatie die ons informatie verschaft over hoe het functioneren zich in de loop van de tijd ontwikkelt. De ICF kan wel worden gebruikt om dat proces te beschrijven, in die zin dat de ICF de middelen verschaft om het verloop van het proces en de verschillende constructen en domeinen die daarbij betrokken zijn, in kaart te brengen. Maar dat kan alleen als gegevens over functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie op verschillende momenten in de tijd worden verzameld. De classificatie verschaft de bouwstenen voor gebruikers die zelf modellen willen ontwikkelen om verschillende aspecten van het proces te bestuderen. De ICF is te zien als een taal: elke gebruiker kan daarmee zijn eigen teksten opstellen, afhankelijk van zijn/haar creativiteit en wetenschappelijke achtergrond. Het schema in figuur 1 helpt wellicht om de huidige bij de WHO gangbare opvatting over de wisselwerking tussen de verschillende componenten in beeld te brengen.¹⁸

Fig. 1 De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren¹⁹



¹⁸ De ICF verschilt in belangrijke mate van de ICIDH uit 1980 wat betreft de manier waarop de onderlinge relaties tussen de componenten van het functioneren worden afgebeeld. Opgemerkt moet worden dat elk schema waarschijnlijk onvolledig is en de zaken niet helemaal juist zal weergeven. Dit komt omdat de relaties in een multidimensioneel schema erg ingewikkeld kunnen zijn. Het schema is ontworpen om die relaties zo goed mogelijk weer te geven, maar alternatieve schema's die andere aspecten van het proces benadrukken, zijn zeker mogelijk. De relaties tussen de componenten en constructen zijn op verschillende manieren te interpreteren (vgl. bijvoorbeeld de invloed van externe factoren op functies van het organisme met de invloed van externe factoren op participatie).

¹⁹ Redactioneel: De naam van figuur 1 geeft in de Engelstalige versie ten onrechte de indruk dat aandoeningen en ziekte componenten zijn van de ICF. Gezondheids- en functioneringsproblemen hebben in het Nederlands spraakgebruik betrekking op de gezondheidstoestand terwijl externe en persoonlijke factoren gezondheidsdeterminanten of risicofactoren betreffen.

Figuur 1 dient als volgt te worden geïnterpreteerd: het menselijk functioneren wordt gezien in het licht van een wisselwerking, een complexe relatie tussen een aandoening of ziekte enerzijds, en de externe en persoonlijke factoren anderzijds. De wisselwerking tussen al deze aspecten heeft een dynamisch karakter: interventies op één aspect of factor kunnen in beginsel veranderingen teweegbrengen in andere daaraan gerelateerde aspecten of factoren. De interacties zijn specifiek en staan niet in een voorspelbare één-op-één relatie tot elkaar. De interactie vindt plaats in beide richtingen; de aanwezigheid van functioneringsproblemen kan van invloed zijn op een aandoening of ziekte. Vaak lijkt het redelijk een beperking te veronderstellen op grond van één of meer stoornissen, of een participatieprobleem op grond van één of meer beperkingen. Het is echter van belang de gegevens betreffende deze constructen, onafhankelijk van elkaar te verzamelen en vervolgens mogelijke relaties en causale verbanden te onderzoeken. Voor een volledige beschrijving van het functioneren zijn alle componenten van belang. Zo kan iemand:

- stoornissen hebben zonder dat hij/zij beperkingen heeft (bijvoorbeeld een misvorming door lepra brengt niet altijd concrete beperkingen met zich mee);
- beperkingen en participatieproblemen hebben zonder dat er sprake is van stoornissen (bijvoorbeeld de verminderde uitvoering van dagelijkse activiteiten, zoals dat bij een groot aantal ziekten voorkomt);
- problemen hebben in de participatie zonder stoornissen of beperkingen (bijvoorbeeld een HIV-positief individu, of een herstelde ex-psychiatrische patiënt die gediscrimineerd wordt);
- beperkingen hebben zonder problemen in de participatie (bijvoorbeeld iemand met beperkingen in de mobiliteit kan door de samenleving voorzien zijn van een andere wijze om zich te verplaatsen en dus participeren in de samenleving);
- een zekere mate van achteruitgang in functioneren ervaren (bijvoorbeeld door het niet gebruiken van ledematen kan spieratrofie ontstaan; hospitalisering kan resulteren in verlies van sociale vaardigheden).

De voorbeelden in bijlage 4 tonen andere mogelijkheden van wisselwerking tussen de constructen.

In het schema in figuur 1 zijn de externe en persoonlijke factoren opgenomen om te tonen dat ook zij van invloed zijn op iemands gezondheidstoestand en de mate van iemands functioneren bepalen. Externe factoren bevinden zich buiten het individu. Voorbeelden zijn: de houding van de samenleving ten aanzien van mensen met een handicap, kenmerkende aspecten van gebouwen, wetten. De ICF bevat een lijst met externe factoren. Persoonlijke factoren worden in de huidige versie van de ICF niet geclassificeerd. Het is aan de gebruiker om deze, indien nodig, vast te leggen. Hiervan kunnen deel uitmaken: geslacht, ras, leeftijd, aspecten van iemands functioneren, lichamelijke conditie, levensstijl, gewoonten, coping-gedrag, opvoeding, sociale achtergrond, opleiding, beroep, vorige en huidige levenservaringen, het algehele gedragspatroon en karakter, persoonlijke psychische eigenschappen en andere kenmerken. Deze kunnen elk afzonderlijk of gezamenlijk van invloed zijn op functioneringsproblemen op elk niveau.

5.2 Medische en sociale modellen

Verschillende conceptuele modellen zijn geopperd om het menselijk functioneren te kunnen interpreteren en verklaren. Deze kunnen worden voorgesteld in een dialectiek van het ‘medische’ tegenover het ‘sociale’ model. Het *medische model* vat het menselijk functioneren op als een persoonlijke kwestie. Stoornissen, beperkingen en participatieproblemen worden in die visie rechtstreeks veroorzaakt door een ziekte, trauma of andere aandoening, en vereisen medische zorg in de vorm van individuele behandeling door beroepsbeoefenaren. Het behandelen van het probleem heeft tot doel genezing dan wel aanpassing en gedragsverandering van de kant van het individu. Medische zorg wordt gezien als de hoofdzaak. Op beleidsniveau bestaat de voornaamste actie uit het wijzigen of hervormen van het gezondheidszorgbeleid. Het *sociale model* benadrukt de sociale aspecten van het menselijk functioneren. Het gaat in de eerste plaats om de volledige integratie van individuen in de samenleving. Gehandicapt zijn is niet zozeer een kenmerk van een individu, maar veeleer een complexe verzameling van omstandigheden die voor een groot deel uit de sociale omgeving voortkomen. Vandaar dat de behandeling van het probleem noodzakelijkerwijs ook bestaat uit acties gericht op die sociale omgeving. Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de samenleving in zijn geheel om de omgeving zodanig te veranderen dat mensen met stoornissen en beperkingen op alle domeinen van het sociale leven optimaal kunnen participeren. Het is dus een kwestie van mentaliteitsverandering en ideologie die sociale veranderingen impliceert. Op beleidsniveau is het een zaak van mensenrechten. Gehandicapt-zijn is kort gezegd een politiek probleem.

De ICF gaat uit van een integratie van deze twee tegenovergestelde modellen door middel van een ‘biopsychosociale’ benadering. Het menselijk functioneren wordt opgevat als een geheel waarin verschillende dimensies zijn te onderscheiden. Zo probeert de ICF een synthese tot stand te brengen in de vorm van een samenhangende visie op de onderscheiden dimensies van de functionele gezondheid op verschillende biologische, individuele en sociale niveaus.²⁰

²⁰ Zie ook bijlage 5 – De ICIDH en mensen met functioneringsproblemen.

6. Gebruik van de ICF

De ICF is een classificatie van het menselijk functioneren. De classificatie is systematisch geordend in gezondheidsdomeinen en met de gezondheid verband houdende domeinen. Op elk niveau zijn de domeinen verder gegroepeerd op grond van gemeenschappelijke kenmerken, en in een zinvolle ordening geplaatst. De classificatie is opgezet volgens een aantal regels (zie bijlage 1). Deze regels hebben betrekking op de onderlinge verwevenheid van de dimensies en op de hiërarchische opbouw van de classificatie (stelsel van niveaus). Echter, op een aantal plaatsen zijn de categorieën binnen de ICF niet op hiërarchische manier, maar als op gelijk niveau geordend.

De nu volgende structurele kenmerken van de classificatie zijn van belang voor het gebruik.

- (1) De ICF geeft operationele definities van de gezondheidsdomeinen en met de gezondheid verband houdende domeinen in plaats van spreek- of vaktaal te gebruiken. In deze definities worden de essentiële kenmerken van elk domein beschreven, zoals kwaliteiten, eigenschappen en relaties, en wat is geïnccludeerd en geëxcludeerd. De definities bevatten vaak gebruikte ankerpunten voor de gegevensregistratie, zodat ze gebruikt kunnen worden voor toepassing in vragenlijsten. Resultaten uit bestaande gegevensregistraties kunnen aan de hand van ICF-termen worden gecodeerd. Bijvoorbeeld de gezichtsscherpte wordt gedefinieerd in termen van monoculaire en binoculaire gezichtsscherpte van dichtbij of in de verte, op een zodanige wijze dat de ernst van het gezichtsscherpteprobleem gecodeerd kan worden als licht, matig, ernstig of totaal.
- (2) De ICF gebruikt een alfanumeriek systeem waarbij de letters b, s, d en e de domeinen functies, anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie en externe factoren aanduiden. Deze letters worden gevolgd door een numerieke code die begint met het nummer van het hoofdstuk (één cijfer), gevolgd door het tweede niveau (twee cijfers) en het derde en het vierde niveau (elk één cijfer).
- (3) De ICF-categorieën zijn ingebed. Dit houdt in dat meer algemene categorieën zodanig gedefinieerd zijn dat ze de meer gedetailleerde subcategorieën beschrijven. Zo bevat het hoofdstuk 4, over mobiliteit, in de component 'activiteiten en participatie', bijvoorbeeld de categorieën staan, zitten, lopen, dragen, enz. De beknopte (minder gedetailleerde) versie telt twee niveaus. De volledige (meer gedetailleerde) versie telt verder tot vier niveaus. De codes van beide versies komen overeen, d.w.z. dat de beknopte versie is afgeleid van de volledige.
- (4) De aard van iemands functioneren kan worden vastgelegd door middel van een reeks codes in elk van de dimensies. Deze kunnen onafhankelijk van elkaar zijn of onderling met elkaar in verband staan.

- (5) De ICF codes zijn pas compleet indien voorzien van een typering, waarmee de mate van gezondheid word weergegeven, zoals bijvoorbeeld de ernst van een probleem. Typeringen worden gecodeerd met één, twee of meer cijfers achter de decimale punt. Bij elk gebruik van een code moet minimaal één van deze typeringen worden ingevuld. Zonder typering zijn de codes betekenisloos.
- (6) De eerste typering voor functies en anatomische eigenschappen, voor activiteiten en participatie (d.w.z. de typering van uitvoering en vermogen), en voor externe factoren beschrijven alle de mate waarin er een probleem bestaat in de desbetreffende component.
- (7) De drie componenten (f/s, d en e) zijn volgens dezelfde schaal gekwantificeerd. Een probleem hebben kan betekenen een stoornis, beperking, participatieprobleem of belemmerende factor, afhankelijk van de betreffende categorie. De geëigende kwalificatie, zoals de in het onderstaande tussen haakjes geplaatste woorden, dient in overeenstemming met het betreffende deeldomein van classificatie te worden gekozen:

xxx.0 GEEN probleem	(geen, afwezig, verwaarloosbaar ...)	0 - 4 %
xxx.1 LICHT probleem	(gering, laag ...)	5 - 24 %
xxx.2 MATIG probleem	(tamelijk ...)	25 - 49 %
xxx.3 ERNSTIG probleem	(aanzienlijk, hoog, sterk...)	50 - 95 %
xxx.4 VOLLEDIG probleem	(totaal ...)	96 - 100 %
xxx.8 niet gespecificeerd		
xxx.9 niet van toepassing		

Door middel van onderzoek zullen meetinstrumenten moeten worden ontwikkeld die deze kwantificering op uniforme wijze gebruiken. Er zijn brede reeksen percentages gemaakt voor het geval dat geijkte meetinstrumenten of andere standaarden beschikbaar zijn om de stoornis, de beperking, het participatieprobleem of de belemmerende factor te kwantificeren. Als bijvoorbeeld 'geen probleem' of 'volledig probleem' wordt aangegeven mag dit een foutenmarge hebben tot 5%. Een 'matig probleem' reikt niet verder dan de helft van de schaal van een volledige moeilijkheid. De percentages moeten in de verschillende domeinen worden geijkt op populatiestandaarden uitgedrukt in percentielen.

- (8) In het geval van externe factoren kan de eerste typering ook gebruikt worden voor de meting van positieve aspecten in de omgeving, i.c. de ondersteunende factoren, of de invloed van de negatieve factoren, i.c. de belemmerende factoren. Om deze aan te geven kan voor beide dezelfde 0-4 schaal worden gebruikt, waarbij de punt vervangen wordt door een + teken: bijvoorbeeld de constructie e110+2. Externe factoren kunnen ofwel worden gecodeerd (a) in relatie tot elk begrip; ofwel (b) zonder relatie tot een construct. Het eerstgenoemde is te prefereren omdat het de desbetreffende beïnvloeding duidelijker aangeeft.

- (9) Voor verschillende gebruikers kan het van belang zijn om andere soorten informatie aan het coderen van elk item toe te voegen. Er is een hele reeks van aanvullende typering die nuttig kunnen zijn. Tabel 3 bevat zowel aanvullende informatie over de uniforme eerste typering als suggesties over mogelijke tweede typering die kunnen worden ontwikkeld.
- (10) De beschrijvingen van gezondheidsdomeinen en met gezondheid verband houdende domeinen verwijzen naar een bepaald tijdsmoment, een momentopname. Gebruik ervan op verschillende achtereenvolgende tijdsmomenten biedt de mogelijkheid tot beschrijving van een tijdsverloop en proces.
- (11) In de ICF kan iemands functioneren worden bepaald door een reeks coderingen die alle componenten van de classificatie omvat. Aldus kan het maximum aantal coderingen dat op iemand van toepassing wordt verklaard, bestaan uit 34 coderingen op hoofdstukniveau (8 functies, 8 anatomische eigenschappen, 9 uitvoering en 9 vermogen), en 362 op het tweede niveau. Op het derde en vierde niveau zijn er 1424 coderingen beschikbaar die tezamen de volledige versie van de classificatie uitmaken. In werkelijkheid zullen toepassingen van de ICF kunnen volstaan met een reeks van 3 tot 18 coderingen voor een gevalsbeschrijving op het tweede niveau. Het meer gedetailleerde vierde niveau is over het algemeen bedoeld voor specialistische zorg (bijvoorbeeld de resultaten van revalidatie, geriatrie of geestelijke gezondheidszorg) terwijl de classificatie van het tweede niveau gebruikt wordt voor onder andere surveys en de beoordeling van gezondheidsuitkomsten.

Verdere richtlijnen voor coderen worden beschreven in bijlage 1. Gebruikers wordt ten sterkste aangeraden een training in het gebruik van de classificatie te volgen hetzij via de WHO hetzij via de WHO Collaborating Centres

Tabel 3: Typeringen²¹

Component	Eerste typering	Tweede typering
Functionies (b)	Uniforme typering met negatieve schaal om de ernst van de stoornis in functie vast te leggen Voorbeeld: b167.3 ernstige stoornis in mentale functies gerelateerd aan taal	Geen
Anatomische eigenschappen (s)	Uniforme typering met negatieve schaal om de ernst van de stoornis in anatomische eigenschap vast te leggen Voorbeeld: s730.3 ernstige stoornis in anatomische eigenschap van bovenste ledemaat	Om de aard van de stoornis in anatomische eigenschap vast te leggen. 0 geen verandering 1 volledige afwezigheid 2 gedeeltelijke afwezigheid 3 extra deel 4 afwijkende dimensies 5 discontinuïteit 6 afwijkende positie 7 kwalitatieve verandering in anatomische eigenschap, incl. ophoping van vocht 8 niet gespecificeerd 9 niet van toepassing Voorbeeld: s7300.36 ernstige afwijkende positie van bovenste ledemaat
Activiteiten en Participatie (d)	Uitvoering Uniforme typering Probleem van de persoon in de eigen situatie Voorbeeld: a5101.1_lichte moeite (.1) in de uitvoering met douchen/baden	Vermogen Uniforme typering Beperking zonder ondersteuning Voorbeeld: a5101._2 matige moeite (.2) in het vermogen te douchen/baden
Externe factoren (e)	Uniforme typering met negatieve en positieve schaal om vast te leggen de mate waarin iemand te maken heeft met belemmerende of ondersteunende factoren Voorbeeld: e130.2 de onderwijsinstellingen vormen een matig obstakel; omgekeerd zou e130+2 betekenen dat onderwijsinstellingen een matige ondersteunende factor vormen	Geen

²¹ Redactioneel: In deze tabel is een aantal voorbeelden aangepast omdat de letterlijke vertaling uit het Engels mogelijk tot verwarring leidt, zoals bijvoorbeeld bij uitvoering en vermogen.

7. Resolutie 54ste World Health Assembly

Resolutie WHA54.21 luidt als volgt:

De 54ste World Health Assembly,

1. AANVAARDT de tweede editie van de Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps (ICIDH), met de titel 'International Classification of Functioning, Disability and Health', voortaan afgekort als ICF;
2. DRINGT AAN bij lidstaten gebruik te maken van de ICF voor onderzoek, monitoren en rapportage zoals aangewezen, rekening houdend met bijzondere situaties van de lidstaten en in het bijzonder met het oog op toekomstige revisies;
3. VERZOEKT de Directeur-generaal de lidstaten, op hun verzoek, te ondersteunen bij gebruikmaking van de ICF.

ICF

Classificatie op het eerste niveau

Lijst van hoofdstuktitels in de classificatie

Funcities

Hoofdstuk

- 1 Mentale funcities
- 2 Sensorische funcities en pijn
- 3 Stem en spraak
- 4 Funcities van hart en bloedvatenstelsel, hematologisch systeem, afweersysteem en ademhalingsstelsel
- 5 Funcities van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel
- 6 Funcities van urogenitaal stelsel en reproductieve funcities
- 7 Funcities van bewegingssysteem en aan beweging verwante funcities
- 8 Funcities van huid en verwante structuren

Anatomische eigenschappen

Hoofdstuk

- 1 Anatomische eigenschappen van zenuwstelsel
- 2 Anatomische eigenschappen van oog, oor en verwante structuren
- 3 Anatomische eigenschappen van structuren betrokken bij stem en spraak
- 4 Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel
- 5 Anatomische eigenschappen van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel
- 6 Anatomische eigenschappen van urogenitaal stelsel
- 7 Anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging
- 8 Anatomische eigenschappen van huid en verwante structuren

Activiteiten en participatie

Hoofdstuk

- 1 Leren en toepassen van kennis
- 2 Algemene taken en eisen
- 3 Communicatie
- 4 Mobiliteit
- 5 Zelfverzorging
- 6 Huishouden
- 7 Tussenmenselijke interacties en relaties
- 8 Belangrijke levensgebieden
- 9 Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

Externe factoren

Hoofdstuk

- 1 Producten en technologie
- 2 Natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin
- 3 Ondersteuning en relaties
- 4 Attitudes
- 5 Diensten, systemen en beleid

ICF

Classificatie op het tweede niveau

Lijst van hoofdstuktitels, bloktitels en categorieën
in de classificatie

FUNCTIES

Hoofdstuk 1 Mentale functies

Algemene mentale functies (b110-b139)

- b110 Bewustzijn
- b114 Oriëntatie
- b117 Intellectuele functies
- b122 Globale psychosociale functies
- b126 Temperament en persoonlijkheid
- b130 Energie en driften
- b134 Slaap
- b139 Algemene mentale functies, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Specifieke mentale functies (b140-b189)

- b140 Aandacht
- b144 Geheugen
- b147 Psychomotorische functies
- b152 Stemming
- b156 Perceptie
- b160 Denken
- b164 Hogere cognitieve functies
- b167 Mentale functies gerelateerd aan taal
- b172 Mentale functies gerelateerd aan rekenen
- b176 Bepalen sequentie bij complexe bewegingen
- b180 Ervaren van zelf en tijd
- b189 Specifieke mentale functies, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

- b198 Mentale functies, anders gespecificeerd
- b199 Mentale functies, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 2 Sensorische functies en pijn

Visuele en verwante functies (b210-b229)

- b210 Visuele functies
- b215 Functies van aan oog verwante structuren
- b220 Gewaarwordingen van oog en verwante structuren
- b229 Visuele en verwante functies, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Hoorfuncties en vestibulaire functies (b230-b249)

- b230 Hoorfuncties
- b235 Vestibulaire functies
- b240 Gewaarwordingen gepaard gaande met hoorfuncties en vestibulaire functies
- b249 Hoorfuncties vestibulaire functies, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Andere sensorische functies (b250-b279)

- b250 Smaak
- b255 Reuk

b260 Proprioceptie
b265 Tast
b270 Sensorische functies verwant aan temperatuur en andere stimuli
b279 Andere sensorische functies, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Pijn (b280-b289)

b280 Pijngevoel
b289 Pijngevoel, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

b298 Sensorische functies en pijn, anders gespecificeerd
b299 Sensorische functies en pijn, niet gespecificeerd.

Hoofdstuk 3 Stem en spraak

b310 Stem
b320 Artikulatie
b330 Vloeiendheid en ritme van spreken
b340 Alternatieve vormen van stemgebruik
b398 Stem en spraak, anders gespecificeerd
b399 Stem en spraak, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 4 Functies van hart en bloedvatstelsel, hematologisch systeem, afweersysteem en ademhalingsstelsel

Functies van hart en bloedvatstelsel (b410-b429)

b410 Hartfuncties
b415 Functies van bloedvaten
b420 Bloeddruk
b429 Functies van hart en bloedvatstelsel, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Functies van hematologisch systeem en afweersysteem (b430-b439)

b430 Functies van hematologisch systeem
b435 Functies van afweersysteem
b439 Functies van hematologisch systeem en afweersysteem, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Functies van ademhalingsstelsel (b440-b449)

b440 Ademhaling
b445 Functies van ademhalingsspieren
b449 Functies van ademhalingsstelsel, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Andere functies en gevoeligheden van hart en bloedvatstelsel en ademhalingsstelsel (b450-b469)

b450 Andere ademhalingsfuncties
b455 Inspanningstolerantie
b460 Gevoeligheden gepaard gaande met cardiovasculaire en respiratoire functies

- b469 Andere functies en gewaarwordingen van hart en bloedvatenstelsel en ademhalingsstelsel, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd
- b498 Functies van hart en bloedvatenstelsel, hematologisch systeem, afweersysteem en ademhalingsstelsel, anders gespecificeerd
- b499 Functies van hart en bloedvatenstelsel, hematologisch systeem, afweersysteem en ademhalingsstelsel, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 5 Functies van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel

Functies van spijsverteringsstelsel (b510-b539)

- b510 Opname van voedsel
- b515 Vertering
- b520 Assimilatie
- b525 Defecatie
- b530 Handhaving lichaamsgewicht
- b535 Gewaarwordingen verband houdend met spijsverteringsstelsel
- b539 Functies van spijsverteringsstelsel, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Functies van metabool stelsel en hormoonstelsel (b540-b559)

- b540 Algemene metabole functies
- b545 Water-, mineraal- en elektrolytenbalans
- b550 Thermoregulatorische functies
- b555 Functies van endocriene klieren
- b559 Functies van metabool stelsel en hormoonstelsel, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd
- b598 Functies van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel, anders gespecificeerd
- b599 Functies van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 6 Functies van urogenitaal stelsel en reproductieve functies

Functies gerelateerd aan urine (b610-b639)

- b610 Productie en opslag van urine
- b620 Functies gerelateerd aan urinelozing
- b630 Gewaarwordingen gepaard gaande met urinelozing
- b639 Functies gerelateerd aan urine, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Genitale en reproductieve functies (b640-b679)

- b640 Seksuele functies
- b650 Functies gerelateerd aan menstruatie
- b660 Functies gerelateerd aan voortplanting
- b670 Gewaarwordingen gepaard gaande met genitale en reproductieve functies
- b679 Genitale en reproductieve functies, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

- b698 Functies van urogenitaal stelsel en reproductieve functies, anders gespecificeerd
- b699 Functies van urogenitaal stelsel en reproductieve functies, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 7 Functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies

Functies van gewrichten en botten (b710-b729)

- b710 Mobiliteit van gewrichten
- b715 Stabiliteit van gewrichten
- b720 Mobiliteit van botten
- b729 Functies van gewrichten en botten, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Spierfuncties (b730-b749)

- b730 Spiersterkte
- b735 Spiertonus
- b740 Spieruithoudingsvermogen
- b749 Spierfuncties, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Bewegingsfuncties (b750-b789)

- b750 Motorische reflexfuncties
- b755 Onwillekeurige bewegingsreacties
- b760 Controle van willekeurige bewegingen
- b765 Onwillekeurige bewegingen
- b770 Gangpatroon
- b780 Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties
- b789 Bewegingsfuncties, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

- b798 Functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies, anders gespecificeerd
- b799 Functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 8 Functies van huid en verwante structuren

Functies van huid (b810-b849)

- b810 Beschermende functies van huid
- b820 Herstelfuncties van huid
- b830 Andere functies van huid
- b840 Gewaarwording verband houdend met huid
- b849 Functies van huid, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Functies van haren en nagels (b850-b869)

- b850 Functies van haar
- b860 Functies van nagels
- b869 Functies van haren en nagels, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

- b898 Functies van huid en verwante structuren, anders gespecificeerd
- b899 Functies van huid en verwante structuren, niet gespecificeerd

ANATOMISCHE EIGENSCHAPPEN

Hoofdstuk 1 Anatomische eigenschappen van zenuwstelsel

- s110 Anatomische eigenschappen van hersenen
- s120 Anatomische eigenschappen van ruggenmerg en verwante
- s130 Anatomische eigenschappen van hersenvliezen [meninges]
- s140 Anatomische eigenschappen van sympathische zenuwstelsel
- s150 Anatomische eigenschappen van parasymphatische zenuwstelsel
- s198 Anatomische eigenschappen van zenuwstelsel, anders gespecificeerd
- s199 Anatomische eigenschappen van zenuwstelsel, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 2 Anatomische eigenschappen van oog, oor en verwante structuren

- s210 Anatomische eigenschappen van oogkas [orbita]
- s220 Anatomische eigenschappen van oogbol [bulbus oculi]
- s230 Anatomische eigenschappen van structuren rond oog [organa oculi accessoria / structura oculi accessoriae]
- s240 Anatomische eigenschappen van uitwendig oor [auris externa]
- s250 Anatomische eigenschappen van middenoor [auris media]
- s260 Anatomische eigenschappen van binnenoor [auris interna]
- s298 Anatomische eigenschappen van oog, oor en verwante structuren, anders gespecificeerd
- s299 Anatomische eigenschappen van oog, oor en verwante structuren, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 3 Anatomische eigenschappen van structuren betrokken bij stem en spraak

- s310 Anatomische eigenschappen van neus [nasus]
- s320 Anatomische eigenschappen van mond
- s330 Anatomische eigenschappen van keelholte [pharynx]
- s340 Anatomische eigenschappen van strottenhoofd [larynx]
- s398 Anatomische eigenschappen van structuren betrokken bij stem en spraak, anders gespecificeerd
- s399 Anatomische eigenschappen van structuren betrokken bij stem en spraak, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 4 Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel

- s410 Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel
- s420 Anatomische eigenschappen van afweersysteem
- s430 Anatomische eigenschappen van ademhalingsstelsel
- s498 Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel, anders gespecificeerd
- s499 Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 5 Anatomische eigenschappen van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel

- s510 Anatomische eigenschappen van speekselklieren [glandulae salivariae]
- s520 Anatomische eigenschappen van slokdarm [oesophagus]
- s530 Anatomische eigenschappen van maag [gaster]
- s540 Anatomische eigenschappen van darmen
- s550 Anatomische eigenschappen van alvleesklier [pancreas]
- s560 Anatomische eigenschappen van lever [hepar]
- s570 Anatomische eigenschappen van galblaas [vesica biliaris] en galwegen
- s580 Anatomische eigenschappen van endocriene klieren
- s598 Anatomische eigenschappen van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel, anders gespecificeerd
- s599 Anatomische eigenschappen van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 6 Anatomische eigenschappen van urogenitaal stelsel

- s610 Anatomische eigenschappen van urinewegstelsel
- s620 Anatomische eigenschappen van bekkenbodemp [diaphragma pelvis]
- s630 Anatomische eigenschappen van voortplantingsstelsel
- s698 Anatomische eigenschappen van urogenitaal stelsel, anders gespecificeerd
- s699 Anatomische eigenschappen van urogenitaal stelsel, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 7 Anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging

- s710 Anatomische eigenschappen van hoofd en hals
- s720 Anatomische eigenschappen van schoudergordel
- s730 Anatomische eigenschappen van bovenste extremiteit
- s740 Anatomische eigenschappen van bekkengordel
- s750 Anatomische eigenschappen van onderste extremiteit
- s760 Anatomische eigenschappen van romp
- s770 Anatomische eigenschappen van extra structuren verwant aan beweging
- s798 Anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, anders gespecificeerd
- s799 Anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 8 Anatomische eigenschappen van huid en verwante structuren

- s810 Anatomische eigenschappen van huidgebieden
- s820 Anatomische eigenschappen van huidklieren
- s830 Anatomische eigenschappen van nagels
- s840 Anatomische eigenschappen van haar
- s898 Anatomische eigenschappen van huid en verwante structuren, anders gespecificeerd
- s899 Anatomische eigenschappen van huid en verwante structuren, niet gespecificeerd

ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE

Hoofdstuk 1 Leren en toepassen van kennis

Doelbewust gebruiken van zintuigen (d110-d129)

- d110 Gadeslaan
- d115 Luisteren
- d120 Doelbewust gebruiken van andere zintuigen
- d129 Doelbewust gebruiken van zintuigen, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Basaal leren (d130-d159)

- d130 Nadoen
- d135 Herhalen
- d140 Leren lezen
- d145 Leren schrijven
- d150 Leren rekenen
- d155 Ontwikkelen van vaardigheden
- d159 Basaal leren, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Toepassen van kennis (d160-d179)

- d160 Richten van aandacht
- d163 Denken
- d166 Lezen
- d170 Schrijven
- d172 Rekenen
- d175 Oplossen van problemen
- d177 Besluiten nemen
- d179 Toepassen van kennis, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd
- d198 Leren en toepassen van kennis, anders gespecificeerd
- d199 Leren en toepassen van kennis, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 2 Algemene taken en eisen

- d210 Ondernemen van enkelvoudige taak
- d220 Ondernemen van meervoudige taken
- d230 Uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen
- d240 Omgaan met stress en andere mentale eisen
- d298 Algemene taken en eisen, anders gespecificeerd
- d299 Algemene taken en eisen, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 3 Communicatie

Communiceren - begrijpen (d310-d329)

- d310 Begrijpen van gesproken boodschappen
- d315 Begrijpen van non-verbale boodschappen
- d320 Begrijpen van formele gebarentaal
- d325 Begrijpen van geschreven boodschappen
- d329 Communiceren - begrijpen, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Communiceren – zich uiten (d330-a349)

- d330 Spreken
- d335 Zich non-verbaal uiten
- d340 Zich uiten via formele gebarentaal
- d345 Schrijven van boodschappen
- d349 Communiceren – zich uiten, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Conversatie en gebruik van communicatie-apparatuur en -technieken (d350-d369)

- d350 Converseren
- d355 Bespreken
- d360 Gebruiken van communicatieapparatuur en –technieken
- d398 Communicatie, anders gespecificeerd
- d399 Communicatie, niet gespecificeerd

*Hoofdstuk 4 Mobiliteit**Veranderen en handhaven van lichaamshouding (d410-d429)*

- d410 Veranderen van basale lichaamshouding
- d415 Handhaven van lichaamshouding
- d420 Uitvoeren van transfers
- d429 Veranderen en handhaven van lichaamshouding, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Dragen, verplaatsen en manipuleren van iets of iemand (d430-d449)

- d430 Optillen en meenemen
- d435 Verplaatsen van iets of iemand met onderste extremiteiten
- d440 Nauwkeurig gebruiken van hand
- d445 Gebruiken van hand en arm
- d449 Dragen, verplaatsen en manipuleren van iets of iemand, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Lopen en zich verplaatsen (d450-d469)

- d450 Lopen
- d455 Zich verplaatsen
- d460 Zich verplaatsen tussen verschillende locaties
- d465 Zich verplaatsen met speciale middelen
- d469 Lopen en zich verplaatsen, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Zich verplaatsen per vervoermiddel (d470-d489)

- d470 Gebruiken van vervoermiddel
- d475 Besturen
- d480 Rijden op dieren als vervoermiddel
- d489 Zich verplaatsen per vervoermiddel, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd
- d498 Mobiliteit, anders gespecificeerd
- d499 Mobiliteit, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 5 Zelfverzorging

- d510 Zich wassen
- d520 Verzorgen van lichaamsdelen
- d530 Zorgdragen voor toiletgang
- d540 Zich kleden
- d550 Eten
- d560 Drinken
- d570 Zorgdragen voor eigen gezondheid
- d598 Zelfverzorging, anders gespecificeerd
- d599 Zelfverzorging, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 6 Huishouden

Verwerven van behoeften (d610-d629)

- d610 Verwerven van woonruimte
- d620 Verwerven van goederen en diensten
- d629 Verwerven van behoeften, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Huishoudelijke taken (d630-d649)

- d630 Bereiden van maaltijden
- d640 Huishouden doen
- d649 Huishoudelijke taken, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Verzorgen van wat bij huishouden behoort en assisteren van andere personen (d650-d669)

- d650 Verzorgen van wat bij huishouden behoort
- d660 Assisteren van andere personen
- d669 Verzorgen van wat bij huishouden behoort en assisteren van andere personen, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd
- d698 Huishouden, anders gespecificeerd
- d699 Huishouden, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 7 Tussenmenselijke interacties en relaties

Algemene tussenmenselijke interacties (d710-d729)

- d710 Basale tussenmenselijke interacties
- d720 Complexe tussenmenselijke interacties
- d730 Omgaan met onbekenden
- d740 Formele relaties
- d750 Informele sociale relaties
- d760 Familierelaties
- d770 Intieme relaties
- d779 Bijzondere tussenmenselijke relaties, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd
- d798 Tussenmenselijke interacties en relaties, anders gespecificeerd
- d799 Tussenmenselijke interacties en relaties, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 8 Belangrijke levensgebieden

Opleiding (d810-d839)

- d810 Informele opleiding
- d815 Voorschoolse opleiding
- d820 Schoolse opleiding
- d825 Beroepsopleiding
- d830 Hogere opleiding
- d839 Opleiding, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Beroep en werk (d840-d859)

- d840 Werkend leren
- d845 Verwerven, behouden en beëindigen van werk
- d850 Betaald werk
- d855 Onbetaald werk
- d859 Beroep en werk, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Economisch leven (d860-d879)

- d860 Basale financiële transacties
- d865 Complexe financiële transacties
- d870 Economische zelfstandigheid
- d879 Economische leven, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd
- d898 Belangrijke levensgebieden, anders gespecificeerd
- d899 Belangrijke levensgebieden, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 9 Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

- d910 Maatschappelijk leven
- d920 Recreatie en vrije tijd
- d930 Religie en spiritualiteit
- d940 Mensenrechten
- d950 Politiek en burgerschap
- d998 Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven, anders gespecificeerd
- d999 Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven, niet gespecificeerd

EXTERNE FACTOREN

Hoofdstuk 1 Producten en technologie

- e110 Producten of stoffen voor menselijke consumptie
- e115 Producten en technologie voor persoonlijk gebruik in het dagelijks leven
- e120 Producten en technologie voor verplaatsing van personen binnenshuis en buitenshuis en voor vervoer
- e125 Producten en technologie voor communicatiedoeleinden
- e130 Producten en technologie voor onderwijs doeleinden
- e135 Producten en technologie voor werkdoeleinden
- e140 Producten en technologie voor culturele, ontspannings- en sportdoeleinden
- e145 Producten en technologie voor toepassing bij religie en spiritualiteit
- e150 Technische aspecten van openbare gebouwen
- e155 Technische aspecten van private gebouwen
- e160 Aspecten van ruimtelijke ordening
- e165 Activa
- e198 Producten en technologie, anders gespecificeerd
- e199 Producten en technologie, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 2 Natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin

- e210 Fysische geografie
- e215 Bevolking
- e220 Flora en fauna
- e225 Klimaat
- e230 Natuurlijke gebeurtenissen
- e240 Licht
- e245 Cyclische veranderingen in de tijd
- e250 Geluid
- e255 Trillingen
- e260 Luchtkwaliteit
- e298 Natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin, anders gespecificeerd
- e299 Natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 3 Ondersteuning en relaties

- e310 Naaste familie
- e315 Verre familie
- e320 Vrienden
- e325 Kennissen, leeftijd- en seksegenoten, collega's, burens en stad- of dorpsgenoten
- e330 Meerderen
- e335 Ondergeschikten
- e340 Persoonlijke verzorgers en assistenten
- e345 Onbekenden

- e350 Gedomesticeerde dieren
- e355 Hulpverleners in de gezondheidszorg
- e360 Andere dienstverleners
- e398 Ondersteuning en relaties, anders gespecificeerd
- e399 Ondersteuning en relaties, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 4 Attitudes

- e410 Persoonlijke attitudes van naaste familieleden
- e415 Persoonlijke attitudes van verre familieleden
- e420 Persoonlijke attitudes van vrienden
- e425 Persoonlijke attitudes van kennissen, leeftijds- en seksegenoten, collega's, burens en stad- of dorpsgenoten
- e430 Persoonlijke attitudes van meerderen
- e435 Persoonlijke attitudes van ondergeschikten
- e440 Persoonlijke attitudes van persoonlijke verzorgers en assistenten
- e445 Persoonlijke attitudes van onbekenden
- e450 Persoonlijke attitudes van hulpverleners in de gezondheidszorg
- e455 Persoonlijke attitudes van andere dienstverleners
- e460 Maatschappelijke attitudes
- e465 Sociale normen, gewoonten en ideologieën
- e498 Attitudes, anders gespecificeerd
- e499 Attitudes, niet gespecificeerd

Hoofdstuk 5 Diensten, systemen en beleid

- e510 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot productie van consumenten producten
- e515 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot bebouwde omgeving
- e520 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot ruimtelijke ordening
- e525 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot huisvesting
- e530 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot openbare nutsvoorziening
- e535 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot communicatie
- e540 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot vervoer
- e545 Voorzieningen, systemen en beleid ter bescherming van bevolking
- e550 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot juridische zaken
- e555 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot organisatorische verbanden
- e560 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot media
- e565 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot economische zaken
- e570 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot sociale zekerheid
- e575 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot welzijn
- e580 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot gezondheidszorg
- e585 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot onderwijs
- e590 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot werkgelegenheid
- e595 Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot politieke zaken
- e598 Voorzieningen, systemen en beleid, anders gespecificeerd
- e599 Voorzieningen, systemen en beleid, niet gespecificeerd
