

Application and integration of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in vocational rehabilitation

Citation for published version (APA):

Finger, M. (2014). *Application and integration of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in vocational rehabilitation*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20140515mf>

Document status and date:

Published: 01/01/2014

DOI:

[10.26481/dis.20140515mf](https://doi.org/10.26481/dis.20140515mf)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

English Summary

Work is a central aspect in people's lives and is one of the most powerful social determinants of health, as stated by the WHO. Work is also widely associated with being integrated into society and economic self-sufficiency. For many people in western culture, their job also represents a source for self-confidence, self-worth, social status and is even related to the person's identity. From the perspective of society, economic consequences of illness and disease and the costs of disability benefits are increasing. According to the OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), in 2008 the total cost of sickness absence and both sickness and disability benefits were on average equivalent to about 2% of gross domestic product (GDP). While these facts lead policy makers and health care providers to increasingly encourage workers to stay at work or to return to work as early as possible after enduring an injury or sickness, strategies on how to achieve this differ depending on the respective political and social system and the economy. One key element of disability management and policy that is gaining more and more attention in the last decade is vocational rehabilitation. The increasing interest in vocational rehabilitation and the return-to-work process has led to the development of a wide range of interventions and vocational rehabilitation programs. Nevertheless, few common standards for identifying, evaluating and monitoring work-related abilities and problems are used. This lack of a common understanding of functioning not only hampers the exchange of information within a setting, but also hinders an efficient communication between different stakeholders, e.g. clinicians, payers, employers and politicians.

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), endorsed by the World Health Assembly in May 2001 provides a reference framework for conceptualizing, describing and documenting human functioning in the context of health in a standardized way. Therefore it is expected that the ICF could provide a common language and foundation to define standards in vocational rehabilitation, too.

The overall objective of this thesis is to introduce and evaluate the ICF as a reference framework of functioning in the field of vocational rehabilitation, and to develop ICF-based tools to facilitate the clinical integration of the ICF in vocational rehabilitation. To answer the overall objectives three specific aims will be looked at: (1) to establish content validity of the ICF as a reference framework of functioning in vocational rehabilitation, (2) to develop an international standard and methodological approach for creating ICF-based applications in vocational rehabilitation, and (3) to apply ICF based tools in a clinical case example in vocational rehabilitation.

The objective of the study described in **Chapter 2** was to describe functioning and health of individuals in vocational rehabilitation from the clinical perspective using the ICF. In a cross-sectional multicentre study data were collected and rated by health pro-

professionals using a case record form based on an extended ICF-checklist that contained 292 ICF categories. The population (n=152) in this study consisted of patients with different professions or trades and who have received different vocational rehabilitation interventions. Eighty-nine patients were in vocational rehabilitation due to musculoskeletal conditions, 39 due to neurologic conditions and 24 due to internal medicine or mental problems. 100 categories from all four ICF components were identified to be relevant for the functioning of at least 20% of the patients. The ICF was found to be useful and comprehensive in identifying a set of variables (ICF categories) that describe functioning problems and relevant environmental factors among individuals participating in vocational rehabilitation.

To complement the information gained in the cross-sectional study we conducted a secondary data analysis of concepts that could not be linked to the ICF (**Chapter 3**). These data were derived from a systematic review, an expert survey and a patient focus group study that were conducted to develop the ICF Core Set for vocational rehabilitation. The overall objective of this study was to explore and examine those vocational rehabilitation-related concepts which could not be linked to distinct ICF codes. An explorative and qualitative analysis of the data was performed. From 3458 concepts identified, 1093 were assigned to the corresponding parts of the ICF, 1924 were linked to a personal factors classification and 441 concepts were identified as not covered by the ICF framework. These 441 concepts were then grouped into 6 themes that included concepts such as well-being and quality of life, which could be further investigated in the future. In conclusion, the ICF can be considered a valid and comprehensive framework to describe and document functioning in vocational rehabilitation, and that can be complemented with specific work models or classifications as needed.

In **Chapter 4** the development of the ICF Core Sets for vocational rehabilitation is described. An international conference that followed a formal decision-making and consensus-based process based on the evidence from four preparatory studies -a systematic literature review, an expert survey, a cross-sectional study (Chapter 2), and a patient focus group study was held. Twenty-three experts from all six WHO regions who have an expertise in vocational rehabilitation attended the consensus conference, during which they finalized the comprehensive and the brief ICF Core Sets for vocational rehabilitation. They included 90 ICF categories in the comprehensive ICF Core Set (activities and participation = 40, environmental factors = 33, body functions = 17), while the brief ICF Core Set included 13 second level categories (activities and participation = 6, environmental factors = 4, body functions = 3). This expert opinion and evidence-based ICF Core Set could serve as an international standard for what to measure and report concerning functioning of individuals engaged in vocational rehabilitation. The ICF Core Set could also provide a common language among clinicians, researchers, insurers, and policymakers in the implementation of successful vocational rehabilitation programs and interventions.

Although with the development of the ICF Core Set for vocational rehabilitation a standard on what to look at was defined, no reliable and valid ICF-based instruments for measuring work functioning was identified. Hence the aims of the study described in **Chapter 5** were: (1) to outline the process for developing an ICF-based questionnaire, the Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ) to assess functioning in vocational rehabilitation and (2) to report preliminary psychometric evidence. Starting from the 13 categories of the brief ICF Core Set for vocational rehabilitation, 31 additional categories from the comprehensive ICF Core Set were selected, using an explorative Rasch-analysis and evidence from the vocational rehabilitation literature review. Questions were worded to assess the identified ICF categories based on existing questions from the WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) and the World Health Survey (WHS). WORQ was then translated from English to German, as the psychometric testing took part in a Vocational Rehabilitation Centre in the German-speaking part of Switzerland. The psychometric evaluation of WORQ showed high test–retest reliability (Spearman correlation 0.79) ($n = 53$) and good internal consistency (Cronbach’s Alpha 0.88) ($n = 74$). WORQ showed moderate correlation with Beck Depression Inventory II (Spearman correlation 0.511) and low correlation (Spearman correlation -0.353) with SF-36. This first version of WORQ appears to be a reliable ICF-based questionnaire to evaluate functioning in vocational rehabilitation. WORQ is easy to administer by health and vocational professionals alike. The additional information gained when using WORQ would contribute to improving interdisciplinary understanding of the patient’s situation and therefore support the integrative planning of the return-to-work process or engagement in gainful employment. However, additional studies are needed to gain insight into the dimensionality of WORQ as well as its prognostic value concerning return-to-work. Even though the first version of WORQ proved to be a useful instrument in the tested setting, further examination of its use in multiple clinical settings and health conditions as well as in research is also warranted. In conclusion, the ICF Core Set for vocational rehabilitation offers an international standard for the evaluation and documentation of functioning in vocational rehabilitation. With the first version of WORQ a user-friendly ICF-based instrument to measure work functioning is now available.

The objective of the teaching case described in **Chapter 6** was to illustrate an application of ICF-based tools in a multidisciplinary return-to-work (RTW) program for patients with non-specific low back pain (NLBP). Multidisciplinary teamwork is increasingly recognized as a critical factor for success in vocational rehabilitation. This case demonstrates how the integration of the ICF can enhance communication between stakeholders, help structure rehabilitation plans and foster common goal-setting. It may also be used in clarifying team roles by enhancing transparency in goal- setting and intervention planning across disciplines. In addition, this teaching case could demonstrate possibilities of how ICF-based tools such as the *RehabManagement-Sheet* and

WORQ can help guiding a rehabilitation process, encourage a comprehensive assessment and facilitate team-based and profession-based goal-setting and documentation.

In **Chapter 7**, the general discussion, the main findings and methodological reflections are described. Implications for clinical practice and research arising from the studies presented in this thesis are discussed and recommendations for further research are provided.

In conclusion, the ICF proved to be a valid framework to describe functioning in vocational rehabilitation. With the ICF Core Set for vocational rehabilitation an international ICF- based standard could be defined and with WORQ an instrument that assesses self-reported functioning in patients participating in vocational rehabilitation. The next steps toward the implementation of the ICF and ICF-based tools in clinical practice and research should encompass:

- The education of health professionals i.e. integrating the ICF into curricula for the basic professional training of health professionals.
- The introduction of health professionals to the basics of the ICF by using available resources such as the freely accessible ICF e-Learning tool.
- The integration of the ICF in electronic health records and documentation tools.
- Active participation in the ICF update-process.
- Efforts to disentangle the concepts of functioning (ICF) and well-being in vocational rehabilitation.
- The further development of ICF-based instruments that are self-explanatory and comfortable to use.

Deutsche Zusammenfassung

Arbeit ist ein zentraler Aspekt im Leben von Menschen und ist zudem gemäss WHO eine der wichtigsten sozialen Determinanten von Gesundheit. Soziale Integration und wirtschaftliche Unabhängigkeit basieren vielfach auf einer erfolgreichen Berufstätigkeit. Die Arbeit stellt bei vielen Menschen in der westlichen Gesellschaft eine nicht zu unterschätzende Grundlage für Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und sozialen Status dar und wird darüber hinaus oftmals mit der Identität der Person assoziiert. Aus Sicht der Gesellschaft sind die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen und Krankheit, sowie die Kosten für medizinische Behandlungen und Invalidenrenten erheblich. Nach Angaben der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung), betragen im Jahr 2008 die Gesamtkosten von Arbeitsausfällen und Kranken- und Invaliditätsleistungen im Durchschnitt etwa 2% des Bruttoinlandsprodukts (BIP).

Während Kostendruck und Erkenntnisse aus Medizin und Wissenschaft zunehmend sowohl politische Entscheidungsträger wie auch Gesundheitsfachleute dazu bewegen, Arbeitnehmer zu ermutigen bei der Arbeit zu bleiben oder so früh wie möglich nach einer Verletzung oder Krankheit, an den Arbeitsplatz zurückzukehren, unterscheiden sich die jeweiligen Strategien, in Abhängigkeit der politischen- und sozialen Systeme und der wirtschaftlichen Situation, erheblich. Ein Schlüsselement des Disability-Managements (dt. Arbeits-, Berufsunfähigkeits-, oder auch Behinderungs-Management), welches in den letzten zehn Jahren zunehmend mehr Aufmerksamkeit gewonnen hat, ist die berufliche Rehabilitation. Dieses Interesse am gesamten „Return-To-Work“ Prozess, beginnend bei der Erkrankung oder dem Unfall bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, hat zur Entwicklung einer breiten Palette von Interventionen und Programmen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation geführt. Gemeinsame Standards für die Erfassung, Beurteilung und Dokumentation von Funktionsfähigkeit und Behinderungen existieren jedoch nicht. Dieser Mangel an einem gemeinsamen Verständnis, behindert nicht nur den Austausch von Informationen innerhalb eines Rehabilitationssettings, sondern auch eine effiziente Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren, z. B. Gesundheitsfachleuten, Kostenträgern, Arbeitgebern und Politikern.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Mai 2001 verabschiedet wurde, bietet einen standardisierten Bezugsrahmen für die Konzeption, Beschreibung und Dokumentation der Funktionsfähigkeit von Menschen im Kontext einer gesundheitlichen Problematik. Es ist zu erwarten, dass die ICF auch im Kontext der beruflichen Rehabilitation als gemeinsame Sprache und Rahmenklassifikation zum Definieren von Standards dienen kann.

Das übergeordnete Ziel dieser Thesis ist, die ICF als Bezugsrahmen, im Bereich der beruflichen Rehabilitation einzuführen und zu evaluieren und ICF-basierte Instrumente zu entwickeln, um die Integration der ICF in die Praxis der beruflichen Rehabilitation zu erleichtern. Zur Beantwortung des übergeordneten Ziels wurden drei spezifische Ziele definiert:

(1) Evaluieren und etablieren der Inhaltsvalidität der ICF als Bezugsrahmen für die Erfassung der Funktionsfähigkeit von Personen in der beruflichen Rehabilitation, (2) definieren eines internationalen Standards zur Erfassung der Funktionsfähigkeit und zum entwickeln eines methodischen Ansatzes für die Erstellung von ICF-basierte Instrumenten in der beruflichen Rehabilitation, und (3) aufzeigen von klinischen Anwendung von ICF-basierten Instrumenten im Rahmen eines Fallbeispiels in der beruflichen Rehabilitation.

Das Ziel der in **Kapitel 2** beschriebenen Studie war es, die Funktionsfähigkeit und die Behinderung von Menschen in der beruflichen Rehabilitation aus der Sicht von Gesundheitsfachpersonen mit Hilfe der ICF zu beschreiben. In einer multizentrischen Querschnittsstudie wurden anhand einer ICF-Checkliste, mittels der Analyse von Krankenakten und Patienteninterviews, Daten zur Funktionsfähigkeit von Personen in der beruflichen Rehabilitation erhoben und bewertet. Die erweiterte ICF-Checkliste enthielt 292 ICF-Kategorien. Die Studienteilnehmer ($n = 152$) hatten einen vielfältigen beruflichen Hintergrund und absolvierten fallspezifisch unterschiedliche Rehabilitationsmassnahmen. Neunundachtzig Patienten nahmen aufgrund einer Erkrankung des Bewegungsapparats an den beruflichen Rehabilitationsmassnahmen teil, 39 aufgrund neurologischer Erkrankungen und 24 wegen internistischen oder psychischen Problemen. Insgesamt wurden 100 ICF Kategorien identifiziert, welche für mindestens 20% der Patienten relevant waren. Diese Kategorien stammten aus allen Bereichen der ICF; Körperfunktion und –Struktur, Aktivität und Partizipation und Umweltfaktoren. Die ICF erwies sich als nützliche und umfassende Klassifikation zur Identifizierung von Variablen (ICF Kategorien), für die Erfassung und Beschreibung von Problemen der Funktionsfähigkeit und von relevanten Umweltfaktoren, bei Personen in der beruflichen Rehabilitation.

Um die Informationen aus der Querschnittsstudie zu ergänzen, führten wir, in der Folge die in **Kapitel 3** beschriebenen Studie durch, eine Sekundäranalyse von Konzepten, die nicht mit spezifischen Kategorien der ICF verknüpft (gelinkt) werden konnten. Diese Daten entstammten einer systematischen Review, einem Expertensurvey, und einer Patienten Fokusgruppenstudie, welche im Rahmen der Entwicklung des ICF -Core-Sets für die berufliche Rehabilitation, durchgeführt wurden. Das übergeordnete Ziel dieser Konzeptanalyse war es diejenigen Konzepte in der beruflichen Rehabilitation zu analysieren und zu gruppieren, welche nicht zu einem spezifischen ICF -Codes gelinkt werden konnten. Eine explorative und qualitative Analyse der Daten wurde durchgeführt. Von den 3458 identifizierten Konzepten, wurden 1093 den entsprechenden Teilen der ICF zugeordnet. 1924 Konzepte wurden als persönliche Faktoren klassifiziert

und 441 Konzepte wurden als ausserhalb des bio-psychosozialen Modells der ICF stehend klassifiziert. Diese 441 Konzepte wurden zu 6 Themen zusammengefasst. „Wohlbefinden und Lebensqualität“ gehörten zu diesen Themen und sollten in ihrer Interaktion mit Funktionsfähigkeit und Behinderung in Zukunft weiter untersucht werden. Abschliessend kann gesagt werden, dass die ICF eine valide und umfassende Rahmenklassifikation darstellt, um Funktionsfähigkeit und Umweltfaktoren im Rahmen der beruflichen Rehabilitation zu erfassen und zu dokumentieren. Die ICF kann dabei bei Bedarf durch spezifische arbeitsorientierte Klassifikationen und Modelle ergänzt werden.

In **Kapitel 4** wurde die Entwicklung des ICF Core Sets für die berufliche Rehabilitation im Rahmen einer internationalen Konsensuskonferenz beschrieben. Dreiundzwanzig Experten aus allen sechs WHO-Regionen und mit vielfältigen Fachkenntnissen im Gebiet der beruflichen Rehabilitation nahmen teil. Sie entschieden in einem formalen Entscheidungs- und Konsensus-Findungsprozess, welche ICF Kategorien ins Core Set eingeschlossen werden sollten. Ihre Entscheidungen basierten sie auf ihre Erfahrung und die Evidenz aus vier vorbereitenden Studien - einer systematischen Literaturreview, einem Expertensurvey, einer Querschnittsstudie (Kapitel 2) und einer Patienten Fokusgruppenstudie. Das *Umfassende ICF Core Set für die berufliche Rehabilitation* umfasst 90 ICF-Kategorien; Aktivitäten und Partizipation = 40 Kategorien, Umweltfaktoren = 33 Kategorien, Körperfunktionen = 17 Kategorien. Das *Kurze ICF Core Set für die berufliche Rehabilitation* enthält 13 ICF Kategorien; Aktivitäten und Partizipation = 6, Umweltfaktoren = 4, Körperfunktionen = 3. Dieses auf Expertenkonsensus und Evidenz basierende ICF Core Set für die berufliche Rehabilitation kann als internationaler Standard aufzeigen, welche Aspekte der Funktionsfähigkeit bei Personen in der beruflichen Rehabilitation gemessen und rapportiert werden sollten. Das ICF Core Set kann zudem als gemeinsame Sprache für Gesundheitsfachleute, Forscher, Versicherer und die Politiker dienen und dadurch zu einer erfolgreichen Gestaltung und Durchführung von Programmen und Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation beitragen.

Obwohl mit der Entwicklung der ICF -Core-Sets für die berufliche Rehabilitation ein Standard geschaffen wurde, welcher aufzeigt, welche Aspekte der Funktionsfähigkeit gemessen und dokumentiert werden sollen, wurde kein reliables, valides und ICF-basiertes Instrument zum Messen der Funktionsfähigkeit gefunden. Daher ergaben sich für die in **Kapitel 5** beschriebene Studie folgende Ziele: (1) Den Entwicklungsprozess für einen ICF-basierten Fragebogen zur Erfassung der Funktionsfähigkeit im Rahmen der beruflichen Rehabilitation zu beschreiben. Dieser Fragebogen - der Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ) - sollte unabhängig von der jeweiligen medizinischen Diagnose und vom Rehabilitationssetting einsetzbar sein. (2) Erste Psychometrische Daten erheben und die Nützlichkeit des WORQ in der Klinik evaluieren.

Grundlage für die Entwicklung des WORQ bildeten die Kategorien des *Kurzen ICF Core Sets für die berufliche Rehabilitation*. Ergänzend zu diesen, wurden mit Hilfe einer explorativen Raschanalyse und basierend auf einer Literaturreview 31 weitere Katego-

rien aus dem *Umfassenden ICF Core Set* ausgewählt. Um die ausgewählten ICF Kategorien zu erfassen, wurden in Analogie zu bestehenden Fragen aus dem WHO Disability Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) und dem World Health Survey (WHS) Fragen formuliert. Der WORQ wurde dann von Englisch auf Deutsch übersetzt, da die psychometrische Testung in einem Zentrum für berufliche Rehabilitation im deutschsprachigen Teil der Schweiz stattfand.

Die psychometrischen Auswertungen des WORQ zeigten eine hohe Test-Retest-Reliabilität (Spearman Korrelation 0,79) (n=53) und eine gute interne Konsistenz (Cronbach's Alpha 0,88) (n = 74). WORQ zeigte eine moderate Korrelation mit dem Beck Depression Inventory II (Spearman Korrelation 0,511) und eine geringe Korrelation (Spearman Korrelation -0,353) mit dem SF-36. Diese erste Version des WORQ stellt ein zuverlässiges Instrument zur Erfassung eines ICF basierten Funktionsprofils, für Personen in der beruflichen Rehabilitation, dar. WORQ ist für Gesundheitsfachleute einfach zu erheben. Die zusätzlichen Informationen, welche bei der Anwendung des WORQ gewonnen werden, können zur Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation und zur erweiterten Erfassung der Situation des Patienten beitragen und eine strukturierte Planung des Return-To-Work-Prozesses unterstützen. Es sind allerdings weitere Studien erforderlich, um Einblick in die Dimensionalität des WORQ zu erhalten, sowie seine prognostischen Aussagekraft für eine erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz zu erforschen. Auch wenn die erste Version des WORQ sich als ein nützliches Instrument zur Erfassung der Funktionsfähigkeit im getesteten Setting erwiesen hat, ist eine weitere Prüfung in unterschiedlichen klinischen Settings und bei unterschiedlichen Krankheits- und Verletzungsbildern angezeigt. Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass mit dem ICF Core Set für die berufliche Rehabilitation ein internationaler Standard zur Erfassung und Dokumentation der Funktionsfähigkeit in der Beruflichen Rehabilitation geschaffen wurde. Mit der ersten Version des WORQ ist jetzt ein benutzerfreundliches, ICF-basiertes Instrument zur Messung der Funktionsfähigkeit verfügbar.

In **Kapitel 6** wurde eine klinische Fallstudie über eine Anwendung von ICF-basierten Instrumenten in einem multidisziplinären Return-To-Work-Programm, für Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen (NLBP) beschrieben. Multidisziplinäre Teamarbeit wird zunehmend als kritischer Faktor für die Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzproblemen aber auch für einen Erfolg in der beruflichen Rehabilitation anerkannt. Dieser Fall zeigt auf, wie die Integration der ICF die Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachpersonen, der Patientin und weiteren Akteuren, durch transparente Zielsetzung und die gemeinsame Erstellung von ICF basierten Rehabilitationsplänen fördern kann. Der Einsatz von ICF basierten Instrumenten kann zu einer Klärung von Zuständigkeiten und Teamrollen beitragen und die Steuerung, sowie die Dokumentation des Rehabilitationsprozesses können strukturiert und vereinfacht werden.

In **Kapitel 8** werden die hauptsächlichen Resultate und methodologische Überlegungen besprochen. Implikationen für die klinische Praxis und Forschung, die sich aus

den Untersuchungen in dieser Arbeit ergeben werden diskutiert und Empfehlungen für künftige Forschungsprojekte gemacht.

Insgesamt erwies sich die ICF als valide Rahmenklassifikation zur Erfassung und Dokumentation der Funktionsfähigkeit von Personen in der beruflichen Rehabilitation. Mit dem ICF-Core-Set für die berufliche Rehabilitation konnte ein internationaler Standard definiert werden und mit dem WORQ wurde ein Instrument geschaffen, welches die Funktionsfähigkeit aus Sicht des Patienten in der beruflichen Rehabilitation erfasst.

Weiterführende Schritte in der Einführung und Anwendung der ICF und von ICF-basierten Instrumenten in der klinischen Praxis und Forschung sollten folgende Punkte in Betracht ziehen:

- Ausbilden von Gesundheitsfachpersonen wie z.B. der Integration der ICF in Lehrpläne und Curricula der Grundausbildung und der Weiterbildung.
- Einführen von Gesundheitsfachpersonen in die Grundlagen der ICF durch das Bekanntmachen von vorhandene kostenlosen Weiterbildungsressourcen wie z.B. dem ICF e-Learning Tool und dem ICF Manual.
- Integrieren der ICF in elektronische Dokumentationssysteme und Patientenakten.
- Aktives teilnehmen am ICF-Update-Prozess.
- Evaluieren der komplexen Verstrickungen von Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und „Well-Being“ im Kontext der beruflichen Rehabilitation.
- (Weiter)Entwickeln von ICF-basierten, benutzerfreundlichen und psychometrisch validen Instrumenten.