

20 lat Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF: Wykorzystanie i zastosowania na całym świecie¹

Matilde Leonardi (0000-0003-0552-8923)², Haejung³, Nenad Kostanjsek⁴, Arianna Fornari², Alberto Raggi (0000-0002-7433-7779)², Andrea Martinuzzi (0000-0002-0319-3579)⁵, Manuel Yáñez⁶, Ann-Helene Almborg⁷, Magdalena Fresk⁶, Yanina Besstrashnova (0000-0002-5249-3674)⁸, Alexander Shoshmin⁷, Shamyry Sulyvan Castro (0000-0002-2661-7899)⁹, Eduardo Santana Cordeiro (0000-0003-1621-951X)¹⁰, Marie Cuenot¹¹, Christine Haas¹², Soraya Maart¹³, Thomas Maribo (0000-0003-0856-6837)^{14,15},

¹ Artykuł o tytule „20 lat Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF: Wykorzystanie i zastosowania na całym świecie” autorstwo: Matilde Leonardi, Haejung Lee, Nenad Kostanjsek, Arianna Fornari, Alberto Raggi, Andrea Martinuzzi, Manuel Yanez, Ann-Helene Almborg, Magdalena Fresk, Yanina Besstrashnova i in., opublikowany w International Journal of Environmental Research and Public Health, recenzowanym czasopiśmie indeksowanym w PubMed, CITESCORE 5.4, Wydanie specjalne Ocena stanu zdrowia i interwencji pod redakcją Dr. Tsung-Cheng Hsieh, Wydawca: Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI), Sprawdź dostępność aktualizacji, **Cytat:** Leonardi, M.; Lee, H.; Kostanjsek, N.; Fornari, A.; Raggi, A.; Martinuzzi, A.; Yáñez, M.; Almborg, A.-H.; Fresk, M.; Besstrashnova, Y.; i in. 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 11321. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>, Redaktor naukowy: Tsung-Cheng Hsieh, Otrzymano: 27 lipca 2022 r., Zatwierdzono: 2 września 2022 r., Opublikowano: 8 września 2022 r. **Komentarz wydawcy:** MDPI zachowuje neutralność względem wszelkich rozstrzeżeń sądowych w odniesieniu do opublikowanych map jak również przynależności instytucjonalnej. **Prawa autorskie:** © 2022 według autorów. Licencjobiorca MDPI, Bazylea, Szwajcaria. Ten artykuł jest tekstem o charakterze otwartym a jego rozpowszechnienie jest możliwe na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

² Neurologia, Zdrowie Publiczne, Wydział Niepełnosprawności, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, 20133 Mediolan, Włochy

Korespondencja: matilde.leonardi@istituto-besta.it; Tel.: +39-02-2394-2511 (wew. 2521); Fax: +39-02-2363-973

³ Wydział Fizykoterapii, Wyższa Szkoła Zdrowia i Opieki Społecznej, Uniwersytet Silla, Busan 46958, Korea

⁴ Jednostka ds. Klasyfikacji, Terminologii i Standardów, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), 1211 Genewa, Szwajcaria

⁵ Departament Conegliano-Pieve di Soligo, Instytut Naukowy IRCCS E. Medea, 31015 Conegliano, Włochy

⁶ Generalna Dyrekcja Informacji i Badań Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia, Mexico City 03100, Meksyk

⁷ Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej, 10333 Sztokholm, Szwecja

⁸ Federalne Centrum Naukowe Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami im. Albrechta, 195067 Sankt Petersburg, Rosja

⁹ Wydział Fizykoterapii, Universidade Federal do Ceara-UFC, Fortaleza 60020-181, Brazylia

¹⁰ Międzynarodowe Stowarzyszenie Ekspertów i Badaczy Funkcjonowania i ICF, Uniwersytet w Sao Paulo, Sao Paulo 05508-220, Brazylia

¹¹ Szkoła Zdrowia Publicznego, Ecole des Hautes Etudes en Sante Publique (EHESP), 35043 Rennes, Francja

¹² Szpital Uniwersytecki w Jenie, 07743 Jena, Niemcy

¹³ Wydział Nauk o Zdrowiu i Rehabilitacji, Katedra Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet w Kapsztadzie, Kapsztad 7700, Republika Południowej Afryki

¹⁴ Wydział Zdrowia Publicznego, Uniwersytet w Aarhus, 8000 Aarhus, Dania

¹⁵ DEFACTUM, Jakość Korporacyjna – Region Centralnej Danii, 8000 Aarhus, Dania

Janice Miller¹⁶, Masahiko Mukaino¹⁷, Stefanus Snyman (0000-0003-3372-3304)^{18,19},
Ulrike Trinks²⁰, Heidi Anttila²¹, Jaana Paltamaa (0000-0003-2146-3453)²²,
Patricia Saleeby (0000-0003-2569-7193)²³, Lucilla Frattura²⁴, Ros Madden²⁵, Catherine Sykes²⁵,
Coen H. van Gool²⁶, Jakub Hrkal²⁷, Miroslav Zvolsky²⁷, Petra Sládková²⁷, Marie Vikdal²⁸,
Guðrún Auður Harðardóttir²⁹, Josephine Foubert³⁰, Robert Jakob³,
Michaela Coenen (0000-0001-7492-7907)^{31,32}, Olaf Kraus de Camargo (0000-0002-7927-7189)³³

Streszczenie

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) została zatwierdzona w 2001 roku i od tego czasu kilka badań wykazało zwiększone zainteresowanie jej wykorzystaniem w różnych sektorach. Brakuje najnowszego przeglądu podsumowującego jej zastosowania. Niniejsze badanie ma na celu przedstawienie zaktualizowanego przeglądu około 20 lat stosowania ICF za pomocą międzynarodowego kwestionariusza online, opracowanego przez autorów i wysłanego do każdego z Centrów Współpracy Światowej Organizacji Zdrowia w Rodzinie Międzynarodowych Klasyfikacji (WHO-FIC CCs). Dane zostały zebrane między październikiem 2020 r. a grudniem 2021 r., a do przedstawienia głównych wyników wykorzystano opisowe analizy treści. Wyniki pokazują, że w większości krajów respondentów reprezentowanych przez WHO-FIC CC, ICF była stosowana głównie w praktyce klinicznej, opracowywaniu polityki i polityce społecznej oraz w obszarach edukacji. Pomimo zastosowań w różnych sektorach, ICF nie jest obowiązkowa w większości krajów, ale tam, gdzie jest stosowana, zapewnia biopsychospołeczne ramy dla rozwoju polityki w zakresie zdrowia, funkcjonowania i niepełnosprawności. Badanie dostarcza informacji na temat potrzeb związanych z zastosowaniami ICF, które mogą być przydatne do organizowania ukierunkowanych planów

¹⁶ Kanadyjski Instytut Informacji Zdrowotnej (CIHI), Ottawa, ON K2A 4H6, Kanada

¹⁷ Wydział Medycyny Rehabilitacyjnej, Szkoła Medycyny, Uniwersytet Zdrowia Fujita, Toyoake 470-1101, Aichi, Japonia

¹⁸ Centrum Technologii Społecznościowych, Uniwersytet Nelsona Mandeli, Gqeberha 6019, Republika Południowej Afryki

¹⁹ Centrum Współpracy WHO-FIC, Południowoafrykańska Rada Badań Medycznych, Kapsztad 8000, Republika Południowej Afryki

²⁰ Niemiecki Instytut Dokumentacji i Informacji Medycznej (DIMDI), 51149 Kolonia, Niemcy

²¹ Fiński Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej (THL), 00271 Helsinki, Finlandia

²² Szkoła Zdrowia i Studiów Społecznych, Uniwersytet Nauk Stosowanych JAMK, 40200 Jyväskylä, Finlandia

²³ Wydział Socjologii, Kryminologii i Pracy Socjalnej, Uniwersytet Bradley, Peoria, IL 61625, USA

²⁴ Obszar klasyfikacji, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, 34128 Triest, Włochy

²⁵ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet w Sydney, Sydney, NSW 2006, Australia

²⁶ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska, 3721 Bilthoven, Holandia

²⁷ Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej, 128 01 Praga, Republika Czeska

²⁸ Dyrektor Centrum NordClass, Wydział Klasyfikacji i Terminologii w Opiece Zdrowotnej, Norweski Dyrektoriat e-Zdrowia, 0277 Oslo, Norwegia

²⁹ Dyrekcja ds. Zdrowia, 105 Reykjavik, Islandia

³⁰ Biuro Statystyki Narodowej ds. Spisu Powszechnego i Analizy Niepełnosprawności, Swyddfa Ystadegau Gwladol, Newport SA42, Wielka Brytania

³¹ Instytut Przetwarzania Informacji Medycznych, Biometrii i Epidemiologii-IBE, Katedra Zdrowia Publicznego i Badań nad Usługami Zdrowotnymi, LMU Monachium, 80539 Monachium, Niemcy

³² Szkoła Zdrowia Publicznego Pettenkofer, 80539 Monachium, Niemcy

³³ Centrum Badań nad Niepełnosprawnością Dziecięcą CanChild, Uniwersytet McMaster, Hamilton, ON L8S 4L8, Kanada

działania. Ponadto ta metodologia badania może być okresowo ponownie stosowana w celu monitorowania wykorzystania ICF w przyszłości.

Słowa kluczowe

międzynarodowa klasyfikacja; funkcjonowanie; niepełnosprawność; zdrowie; ICF; zdrowie publiczne; biopsychospołeczny

1. Wprowadzenie

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) jest międzynarodowym standardem tworzenia ram, opisywania, rejestrowania i pomiaru funkcjonowania i niepełnosprawności [1,2]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca stosowanie tej klasyfikacji wraz z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób, 11. rewizja (ICD-11), która jest wykorzystywana do zgłaszania danych dotyczących śmiertelności i zachorowalności [3]. ICF można również stosować wraz z trzecią klasyfikacją referencyjną, Międzynarodową Klasyfikacją Interwencji Zdrowotnych (ICHI), w celu oceny potrzeb i śledzenia wyników przeprowadzonych interwencji. Używane razem, klasyfikacje te mogą dostarczyć informacji o stanie zdrowia jednostek i populacji [4]. Ze względu na zwiększoną częstość występowania przewlekłych chorób niezakaźnych, starzenie się populacji i zmniejszoną śmiertelność z powodu chorób zakaźnych, nastąpiła zmiana spojrzenia na scenariusze zdrowia i chorób na całym świecie [5]. Jest to tak zwane „przejście epidemiologiczne”, którego główną implikacją jest to, że same dane dotyczące zachorowalności i śmiertelności nie są wystarczające do określenia ogólnego stanu zdrowia populacji, a zatem do jego przedstawienia potrzebna jest alternatywna koncepcja zdrowia [6].

Zdrowie jest definiowane przez WHO od momentu jej powstania w 1948 r., ale dopiero od 2001 r., wraz z ICF, WHO wyraźnie zdefiniowała niepełnosprawność w ramach modelu biopsychospołecznego. Niepełnosprawność to ogólny termin określający upośledzenia, ograniczenia aktywności i ograniczenia uczestnictwa, odnoszący się do negatywnych aspektów interakcji między osobą (z określonym stanem zdrowia) a czynnikami kontekstowymi tej osoby (czynniki środowiskowe i osobiste) [7], które mogą działać jako bariery lub ułatwienia [8].

W ciągu tych pierwszych 20 lat dwie kwestie jasno pokazały globalne znaczenie i potrzebę ICF. Po pierwsze, potrzeba posiadania wiarygodnych danych epidemiologicznych na temat niepełnosprawności, które są niezbędne na poziomie globalnym, a także na poziomie krajowym dla kwestii zdrowia publicznego i rozwoju polityki. Raport WHO na temat niepełnosprawności stwierdza, że ponad 1 miliard ludzi na świecie żyje z jakąś formą niepełnosprawności, co oznacza, że około 15% światowej populacji, w tym do 190 milionów (3,8%) osób w wieku 15 lat i starszych, ma znaczne trudności w funkcjonowaniu, często wymagające usług opieki zdrowotnej [9]. Jednak liczba ta, która prawdopodobnie wzrośnie wraz z przejściem epidemiologicznym, jest szacunkowa, ponieważ tylko niektóre kraje są w stanie podać dokładną liczbę osób objętych definicją osoby z niepełnosprawnościami, gdyż definicje różnią się, a zatem brakuje jednolitego sformułowania. Drugim kamieniem milowym od czasu przyjęcia ICF jest Konwencja ONZ o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami (UNCRPD), ratyfikowana w 2006 r.,

która definiuje, częściowo w oparciu o model biopsychospołeczny ICF, że niepełnosprawność nie jest cechą osoby, ale raczej sytuacją wynikającą z interakcji z różnymi czynnikami [7,10]. Kulturowe dziedzictwo ICF w UNCRPD jest wyrażone poprzez zdefiniowanie niepełnosprawności jako „ewoluującej koncepcji”, ale jednocześnie podkreślenie, że „niepełnosprawność wynika z interakcji między osobami z upośledzeniami a barierami fizycznymi i społecznymi, które utrudniają im pełne i skuteczne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi” [9]. Wspólna koncepcja niepełnosprawności w ICF i UNCRPD sprawia, że ICF jest idealnym narzędziem do monitorowania wpływu i stosowania UNCRPD.

ICF jest wynikiem globalnej współpracy i licznych wysiłków podejmowanych przez naukowców, badaczy, ekspertów w dziedzinie zdrowia publicznego, klinicystów i osoby z niepełnosprawnościami, zapewniając spójną i kompletną conceptualizację niepełnosprawności [2,7,11]. W ciągu tych 20 lat wzrosło wykorzystanie ICF, o czym świadczą liczne publikacje. W latach 2001–2022 opublikowano około 5600 artykułów naukowych zawierających ICF (w całości lub jej skrót) w tytule lub streszczeniu, a w ciągu ostatnich 10 lat każdego miesiąca powstawało od 30 do 40 publikacji naukowych na temat ICF. Pierwszy artykuł na temat możliwego wykorzystania ICF w rehabilitacji został opublikowany przez Ustun i współpracowników w 2003 roku i stwierdzał, że ICF jest cennym narzędziem do gromadzenia i analizowania informacji o zdrowiu populacji z całego świata, a także użytecznym narzędziem do gromadzenia danych [12]. Dwa lata później przegląd literatury badający główne przypadki użycia i zastosowania ICF w różnych sektorach wykazał, że została ona zastosowana do niektórych celów klinicznych, polityki społecznej a także do celów statystycznych, mimo że została „dopiero co wydana” przez WHO [13]. Następnie dwa główne przeglądy podkreśliły wkład ICF w praktykę kliniczną i rehabilitację, a także w środowiska niekliniczne (np. w edukację, zatrudnienie, politykę, rozwój technologii i statystykę) [4,14]. Autorzy zgłosili globalną „zmianę kulturową”, wynikającą z szerokiego rozpowszechnienia ICF w obszarze badań, z dużą liczbą publikacji w czasopismach naukowych i ich wykorzystaniem w wielu różnych dziedzinach [4,14]. Inny przegląd literatury, przeprowadzony w obszarze statystyki zdrowia, wykazał znaczenie stosowania ICF w statystykach dotyczących niepełnosprawności i systemach informacji zdrowotnej, określając możliwe zastosowania w badaniach krajowych i międzynarodowych, a także w krajowych systemach gromadzenia danych [15]. Madden i Bundy, 15 lat po zatwierdzeniu ICF, w przeglądzie zakresu ICF, pokazali, w jaki sposób ICF przyczyniła się do stworzenia konkretnego i standardowego języka w szerokiej panoramie niepełnosprawności, stymulując zmianę myślenia. Autorzy stwierdzili jednak, że dziedziny te „potrzebują czasu, aby zsyntetyzować to, czego się nauczono oraz że potrzebne są dalsze badania i rozwój” [16]. Cała literatura na temat użycia i zastosowań ICF jest bardzo szeroka i różnorodna. Jednak pomimo tego, wyniki dotyczą raczej potencjalnego niż faktycznego wdrożenia ICF. W związku z tym potrzebna jest aktualizacja dotycząca faktycznego wykorzystania i wdrażania ICF, aby właściwie zrozumieć, gdzie jesteśmy i w jakich kierunkach zmierzamy [17].

Niniejsze badanie miało na celu omówienie stanu wdrożenia ICF w 20 lat po jej przyjęciu, poprzez przedstawienie wyników globalnej ankiety przeprowadzonej przez członków Grupy Referencyjnej WHO ds. Funkcjonowania i Niepełnosprawności (FDRG). W szczególności skupiono się na głównych obszarach zastosowań zidentyfikowanych przez członków sieci WHO-FIC (WHO Family of International Classifications), którzy wzięli udział w badaniu.

2. Materiały i metody

2.1. Sieć WHO-FIC CCs

ICD, ICF i ICHI służą jako trzy klasyfikacje referencyjne w ramach WHO-FIC, sieci CC utworzonej w 1970 r. w celu wspierania prac WHO nad międzynarodowymi klasyfikacjami. Główną rolą sieci WHO-FIC jest promowanie wdrażania, stosowania, utrzymywania i aktualizowania klasyfikacji referencyjnych WHO. CC w sieci WHO-FIC pomagają również WHO w przeglądzie i rozwoju klasyfikacji referencyjnych. Państwa członkowskie WHO nieposiadające CC WHO-FIC mogą uczestniczyć w pracach sieci WHO-FIC za pośrednictwem przedstawicieli merytorycznych wyznaczonych przez ich ministerstwa zdrowia.

Sieć WHO-FIC spotyka się corocznie i rozwija swoją pracę za pośrednictwem komitetów i grup referencyjnych, które prowadzą swoją działalność podczas corocznych spotkań i poza nimi [8]. Istnieje 27 CC pochodzących ze wszystkich regionów WHO. Każda klasyfikacja WHO ma grupę referencyjną z uczestnikami wyznaczonymi przez CC. Grupą referencyjną dla ICF i związanych z tym ocen jest FDRG [<https://www.who.int/standards/classifications/who-fic-maintenance>, od 23 sierpnia 2022 r.].

FDRG uruchomiła międzynarodowy kwestionariusz online w celu dostarczania aktualnych informacji na temat stosowania i wdrażania ICF, a także zgłaszanych powiązanych kwestii i przyszłych sugestii. Kwestionariusz został wysłany do WHO-FIC CC i chociaż nie wszystkie kraje są reprezentowane w sieci WHO-FIC CC, zadanie to można powtórzyć w przyszłości z większą liczbą krajów. Kwestionariusz internetowy został utworzony i uruchomiony w 27 CC WHO-FIC w następujących regionach WHO: Regiony obu Ameryk (Argentyna, Brazylia, Kanada, Meksyk, Stany Zjednoczone Ameryki), Region Azji Południowo-Wschodniej (Indie), Region Wschodniośródziemnomorski (Kuwejt), Region Zachodniego Pacyfiku (Australia, Chiny, Japonia, Korea Południowa, Tajlandia), Region Europejski (Belgia, Czechy, Finlandia, Francja, Niemcy, Islandia, Włochy, Norwegia, Rosja, Hiszpania, Szwecja, Holandia, Wielka Brytania) i Afryka (RPA).

2.2. Opracowanie i administrowanie badaniem

Badanie zostało opracowane na podstawie wcześniejszej literatury i opierało się na tematach przedstawionych w Światowym Raporcie na temat Niepełnosprawności WHO i Banku Światowego [10] oraz na podstawie niektórych z najważniejszych pozycji literatury na temat ICF, w tym na pierwszych pracach teoretycznych na temat stosowania ICF [12,13,15], a także na wcześniejszych przeglądach literatury, które zidentyfikowano za pomocą podejścia oddolnego dla głównych obszarów stosowania ICF [4,14].

Badanie zostało następnie sfinalizowane w oparciu o dyskusję między przewodniczącymi i członkami FDRG oraz zostało zaprezentowane przy okazji spotkania CC WHO-FIC w 2020 r., a odpowiedzi zbierano od października 2020 r. do października 2021 r. W oparciu o dyskusję członków FDRG postanowiono nie definiować z góry żadnego obszaru zastosowania (choć od samego początku przewidywano istotne obszary, takie jak zastosowanie kliniczne i zastosowanie w celu informowania o polityce), ale polegać na podejściu oddolnym. Uzasadnienie tego było dwojakie. Po pierwsze, aby uniknąć powielania wyników

wcześniejszej literatury, a po drugie, aby zebrać perspektywę osób, które pracowały przez ponad dwie dekady nad wdrożeniem ICF na różnych poziomach. Umożliwiło to podkreślenie pracy, jaką przedstawiciele wykonali z decydentami, poprzez wdrożenie kliniczne, raportowanie danych lub bardziej ogólnie poprzez promowanie kultury włączenia niepełnosprawności. W ankiecie uwzględniono dwie sekcje (patrz Załącznik A).

Pierwsza sekcja została skierowana do krajów, w których ICF została oficjalnie wdrożona podzielona została na 11 pytań dotyczących: (a) głównych zastosowań ICF; (b) ram regulacyjnych dla dokumentowania, kodowania i zgłaszania danych o stanie funkcjonowania; (c) zasięgu; (d) obiegu danych dla dokumentowania, kodowania i zgłaszania danych o stanie funkcjonowania; (e) jakości danych zakodowanych za pomocą ICF; (f) ważnych obszarów/braków danych/przyszłych potrzeb w zakresie danych; (g) obecnej kadry pracowniczej i wymagań w zakresie szkoleń; (h) obecnej infrastruktury informatycznej (IT) dostępnej do zgłaszania danych o stanie funkcjonowania; (i) instytucji odpowiedzialnej za utrzymanie ICF w kraju; (j) głównych wyzwań związanych z danymi o stanie funkcjonowania w kraju; oraz (k) wpływu głównych wyzwań.

Druga część kwestionariusza była skierowana do krajów, w których ICF nie została jeszcze bezpośrednio wdrożona (np. bezpośrednie kodowanie za pomocą ICF) i składała się z pojedynczego pytania otwartego, w którym wskazano, aby określić informacje wymagane w poprzedniej sekcji, ale przy użyciu standardowych lub niestandardowych danych.

2.3. Opisowa analiza treści

Na potrzeby niniejszego artykułu skupiono się na pytaniu o główne zastosowania ICF. Odpowiedzi na ankietę były przetwarzane przez nasycenie informacjami, na przykład każde pytanie otwarte zostało przekształcone w opcję zamkniętą, a powtarzalności zostały zsumowane poprzez połączenie odpowiedzi o tej samej treści (np. odpowiedź obejmująca zastosowanie kliniczne, taka jak „w celu odniesienia się do stanu zdrowia pacjenta” lub inna, taka jak „w celu pomiaru poprawy stanu pacjentów w czasie”). Za każdym razem, gdy znaleziono nową koncepcję, do głównego pytania dodawano nową opcję. W ten sposób dokonano syntezy, aby uniknąć opcji, które byłyby podobne: na przykład praktyka kliniczna może obejmować podelementy, takie jak rehabilitacja, pediatria, neurologia i tak dalej. Zamiarem było opisanie głównych obszarów: biorąc pod uwagę stosunkowo ograniczoną liczbę respondentów (odpowiadających ośrodkom WHO-FIC), nie mogliśmy uzyskać zbyt dużej szczegółowości (więcej szczegółów można znaleźć w tabeli S1 w materiałach uzupełniających). Po opracowaniu pojedynczych pytań głównych, wykorzystaliśmy częstotliwości i wartości procentowe do przedstawienia danych. Do zarządzania danymi wykorzystano program MS Excel.

W przypadku krajów, które nie zgłosiły formalnego wykorzystania i wdrożenia ICF, krótki opis głównych obszarów został przedstawiony w osobnej sekcji (patrz sekcja 3.5).

3. Wyniki

Ankieta została rozestana do 27 ośrodków WHO-FIC. Otrzymano odpowiedzi od 20 z nich, przy wskaźniku odpowiedzi wynoszącym 74% (rysunek 1). Wyniki pokazały, że stosowanie ICF charakteryzowało się dużą różnorodnością, zarówno pod względem głównych obszarów wykorzystania, jak i poziomów wdrożenia, także w krajach, które były wspierane przez WHO-FIC CC.

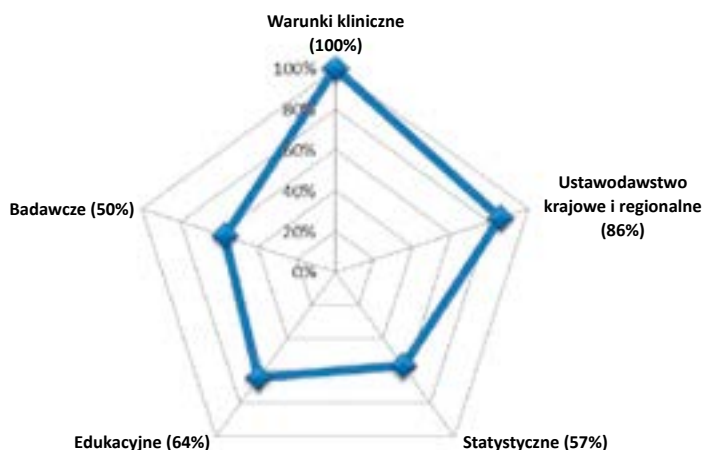


Region obu Ameryk: – Brazylia – Kanada – Meksyk – <i>Argentyna</i> – Stany Zjednoczone	Region Europy: – Włochy – Szwecja – Francja – <i>Hiszpania</i> – Niemcy – Islandia – Finlandia – Norwegia – Szwecja – Dania – Rosja – Niderlandy – <i>Belgia</i> – Czechy – Wielka Brytania	Wschodni region Morza Śródziemnego: – <i>Kuwejt</i>
Region Afryki: – RPA		
Azja Południowo-Wschodnia: – <i>Indie</i>		Region Zachodniego Pacyfiku – Australia – <i>Chiny</i> – Korea Południowa – Japonia – <i>Tajlandia</i>

Rysunek 1. Ośrodki współpracujące z WHO, które odpowiedziały na globalną ankietę. Legenda: kraje zaznaczone kursywą to te, które nie odpowiedziały na ankietę (*Argentyna, Indie, Hiszpania, Belgia, Kuwejt, Chiny, Tajlandia*)

Tylko 14 z 20 ankietowanych krajów zgłosiło bieżące stosowanie ICF w co najmniej jednym obszarze z oficjalnym wsparciem: dlatego zamierzano albo obowiązkowe stosowanie, albo silne zaangażowanie użytkowników. Z drugiej strony, pozostałe 6 krajów poinformowało, że stosowanie ICF nadal nie jest u nich obowiązkowe i zaproponowało niewiele wskazówek, zarówno pod względem ogólnej wiedzy na temat ICF, nielicznych doświadczeń związanych z ich stosowaniem, jak i zamiarów ich stosowania w tych krajach.

Rysunek 2 przedstawia przegląd głównych zastosowań ICF w 14 krajach, które zadeklarowały wyraźne i dobrze zdefiniowane wykorzystanie; Tabela 1 przedstawia szczegółowe informacje na temat głównych zastosowań w poszczególnych krajach.



Rysunek 2. Główne zastosowanie ICF w krajach respondentach (Liczba=14)

Tabela 1. Główne zastosowania ICF zgłoszone przez WHO FIC CCs. Tabele pokazują częstotliwość wdrażania ICF w różnych obszarach dla każdego kraju.

Kraj	Warunki kliniczne	Ustawodawstwo krajowe i regionalne	Zastosowanie statystyczne	Edukacyjne	Badawcze
Niemcy	✓	✓		✓	✓
Francja	✓	✓	✓	✓	
Dania	✓	✓			
Szwecja	✓	✓	✓		
Włochy	✓	✓	✓	✓	✓
Niderlandy	✓	✓		✓	
Finlandia	✓		✓	✓	✓
Australia	✓	✓	✓	✓	✓
RPA	✓	✓		✓	✓
Korea Południowa	✓	✓		✓	✓
Japonia	✓	✓	✓		
Rosja	✓	✓	✓		✓
Republika Czeska	✓				✓
Kanada	✓	✓	✓	✓	✓

3.1. ICF w warunkach klinicznych

Jednym z głównych obszarów, w których ICF była wykorzystywana przez różne kraje, były warunki kliniczne: tam, gdzie była ona wykorzystywana do rejestracji danych w placówkach opieki zdrowotnej, ocena wyników i pomiar niepełnosprawności stanowiły 79% i 64% zastosowań. Szwecja i Australia odnotowały najbardziej rozpowszechnione wykorzystanie ICF w warunkach klinicznych (patrz Tabela 2).

W warunkach klinicznych ICF była używana głównie w kontekście rehabilitacji i oceny wyników. Termin „rehabilitacja” obejmuje nie tylko proces organizowania i planowania terapii medycznej lub leczenia, ale także ocenę stanu funkcjonowania, potrzeb pacjenta i związanych z tym wyników. Większość krajów podała, że ICF była faktycznie wykorzystywana jako model odniesienia w ocenie funkcjonowania, głównie w przypadku określonych stanów zdrowia (np. po urazach mózgu, w zaburzeniach świadomości, w udarze mózgu i w warunkach rehabilitacji po wypisie ze szpitala). ICF była również modelem referencyjnym dla Japonii, Korei Południowej i Kanady, które stosowały inne narzędzia do oceny funkcjonowania, takie jak Miara Niezależności Funkcjonalnej (FIM) [18] i Indeks Barthel (BI) [19], które nie były oparte na ICF.

Tabela 2. Zastosowania ICF w warunkach klinicznych.

Kraj	* Narzędzia oceny	Rehabilitacja i ocena wyników	Higiena jamy ustnej	Choroby rzadkie	Rejestracja danych opieki	Gminna opieka zdrowotna	** Opieka społeczna	Model referencyjny do oceny funkcjonowania	Ocena wykonalności	Podsumowanie zastosowania według kraju
Niemcy	✓									11%
Francja		✓	✓	✓						33%
Dania	✓	✓						✓		33%
Szwecja	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	78%
Włochy	✓	✓						✓		33%
Niderlandy		✓			✓					22%
Finlandia	✓	✓					✓	✓		33%
Australia	✓	✓			✓		✓		✓	56%
RPA	✓	✓						✓		33%
Korea Południowa								✓		11%
Japonia		✓								11%
Rosja	✓	✓						✓	✓	44%
Republika Czeska	✓	✓								22%
Kanada								✓		11%
Podsumowanie zastosowania według obszaru	64%	79%	14%	7%	21%	7%	21%	50%	21%	-

Uwaga. *ICF została wykorzystana jako instrument oceny potrzeb lub funkcjonowania. **Dla osób starszych i z niepełnosprawnościami.

Inne CC odnotowały wykorzystanie ICF w określonych sektorach klinicznych: w opiece społecznej nad osobami starszymi i z niepełnosprawnościami, w rejestracji danych dotyczących opieki i do oceny wykonalności. Niektóre kraje informowały również o stosowaniu ICF w zakresie zdrowia jamy ustnej, w przypadku długotrwałej choroby lub niepełnosprawności, w rzadkich chorobach oraz w gminnej opiece zdrowotnej.

3.2. ICF w ustawodawstwie krajowym i regionalnym

Nasze badanie wykazało, że we wszystkich badanych krajach istniały przepisy, które narzucały stosowanie ICF do celów klasyfikacji. Większość krajów nie posiadała oficjalnych przepisów regulujących stosowanie ICF jako klasyfikacji, większość również poinformowała, że jej stosowanie nie było obowiązkowe, mimo że ocena funkcjonalna była obowiązkowa. Nastąpił jednak ogólny wzrost wdrażania koncepcji ICF, gdyż koncepcja ta została zgłoszona przez 57% krajów, ale w rzeczywistości poziom jej stosowania pozostaje nadal niski. Szwecja, Francja, Włochy i Australia odnotowały najbardziej powszechne wdrożenie ICF w przepisach krajowych i regionalnych (patrz Tabela 3).

Jeśli chodzi o zastosowanie ICF w przepisach dotyczących polityki zdrowotnej i społecznej, połowa krajów ankietowanych (Niemcy, Francja, Szwecja, Włochy, Rosja, RPA, Kanada) poinformowała o jej wdrożeniu na poziomie regionalnym i krajowym. Jednak w większości tych krajów ICF była wykorzystywana jako ogólne ramy, a tylko w Niemczech jest włączona do obowiązującej polityki zdrowotnej i społecznej. W niektórych krajach ICF jest wykorzystywana do wydawania zaświadczeń oceniających funkcjonowanie (Szwecja, Włochy, Holandia, Australia, Rosja), do ubezpieczenia zdrowotnego (Francja, Szwecja, Australia) lub do udzielania pomocy (Holandia). Pomimo istnienia zaleceń, w których indywidualna ocena funkcjonowania była obowiązkowa, a ICF została uznana za oficjalną klasyfikację funkcjonowania, jej stosowanie nie było obowiązkowe.

Tabela 3. Zastosowanie ICF w prawodawstwie krajowym i regionalnym.

Kraj	Wdrażanie ICF na poziomie regionalnym i krajowym	ICF jako ogólne ramy polityki społecznej i legislacji	Wykorzystanie ICF włączone do obowiązującej polityki zdrowotnej i społecznej	Wspomaganie decyzji w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych	Certyfikaty dla oceny funkcjonowania	Udzielanie pomocy	Podsumowanie zastosowania według kraju
Niemcy	✓		✓				33%
Francja	✓	✓		✓			50%
Dania		✓					17%
Szwecja	✓	✓		✓	✓		67%
Włochy	✓	✓			✓		50%
Niderlandy					✓	✓	33%
Finlandia							-
Australia		✓		✓	✓		50%
RPA	✓						17%

Kraj	Wdrażanie ICF na poziomie regionalnym i krajowym	ICF jako ogólne ramy polityki społecznej i legislacji	Wykorzystanie ICF włączone do obowiązującej polityki zdrowotnej i społecznej	Wspomaganie decyzji w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych	Certyfikaty dla oceny funkcjonowania	Udzielanie pomocy	Podsumowanie zastosowania według kraju
Korea Południowa		✓					17%
Japonia		✓					17%
Rosja	✓				✓		33%
Republika Czeska							-
Kanada	✓	✓					33%
Podsumowanie zastosowania według obszaru	50%	57%	7%	21%	36%	7%	-

3.3. Statystyczne zastosowanie ICF

Raporty na temat statystycznego wykorzystania ICF były dostępne w CC w Szwecji, Francji, Włoszech, Rosji, RPA, Australii, Kanadzie, Japonii i Korei Południowej (patrz Tabela 4). Najwyższy poziom wdrożenia odnotowano w przypadku gromadzenia danych za pomocą narzędzi opartych na ICF (29% krajów), przy czym Włochy, Australia i Rosja odnotowały najbardziej powszechne stosowanie ICF. Jednak około 36% respondentów zgłosiło wykorzystanie instrumentów do gromadzenia danych, które nie są oparte na ICF, ale mogą być powiązane z ICF.

Przepływ danych różni się w zależności od zastosowania: niektóre kraje (Włochy) zgłosiły brak przepływu danych, ale istnienie krajowego repozytorium istniejących danych nadzorowanego przez Ministerstwo Zdrowia (MoH). Inne CC (RPA, Australia, Korea Południowa) poinformowały o wykorzystaniu narzędzi opartych na ICF (np. ICan Function Mobile, ICare Government Insurance and Care Schemes) do gromadzenia danych związanych z ICF. W innych krajach (Szwecja, Finlandia, Rosja, Japonia, Kanada), pomimo rehabilitacji prowadzonej w ramach ICF, dane są kodowane za pomocą innego systemu kodowania. Na przykład w Finlandii dane dotyczące funkcjonowania w praktyce klinicznej i do celów badawczych są gromadzone za pomocą kilku narzędzi pomiarowych i zostały powiązane z ICF przez The Functioning Measure Database (TOIMIA) udostępnioną przez Fiński Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej. TOIMIA to ogólnodostępne, bezpłatne narzędzie w języku fińskim, przeznaczone dla ekspertów i specjalistów zainteresowanych sposobami pomiaru funkcjonowania w praktyce klinicznej i badaniach, mające na celu ujednoczenie pojęć stosowanych w narzędziach pomiarowych i harmonizację oceny funkcjonowania (ICF). Opisuje właściwości psychometryczne, zalecane zastosowanie i powiązane kody ICF z pozycjami pomiarowymi ponad 120 instrumentów wyników funkcjonowania. Inne kraje (Włochy, Korea Południowa, Australia, RPA) gromadzą dane dotyczące niepełnosprawności w oparciu o niektóre elementy ICF. Na przykład w Korei Południowej dane

dotyczące funkcjonowania i niepełnosprawności zostały zebrane za pomocą Koreańskiej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, która jest zmodyfikowaną wersją ICF i została opracowana przez Statistics Korea. Nie została ona jednak jeszcze wdrożona w żadnym z krajowych badań statystycznych.

W większości krajów (Francja, Dania, Niderlandy, Republika Czeska) dane dotyczące funkcjonowania i niepełnosprawności nie są standardowo kodowane; ponadto nie były dostępne krajowe informacje na temat jakości danych. W innych krajach, ICF lub jej części były wykorzystywane do gromadzenia danych w badaniach krajowych (np. we Francji w krajowym badaniu dotyczącym niepełnosprawności; w Australii, gdzie gromadzone są dane dotyczące usług dla osób z niepełnosprawnościami lub spisu ludności). W innych krajach jest ona wykorzystywana jako określenie niepełnosprawności na poziomie regionalnym (np. we Włoszech za pośrednictwem Włoskiego Narodowego Instytutu Statystycznego – ISTAT) lub do gromadzenia danych zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym (np. w Rosji za pośrednictwem Federalnego Rejestru Osób z Niepełnosprawnościami).

Tabela 4. Zastosowanie ICF w obszarach statystycznych.

Kraj	Gromadzenie danych (badania krajowe i regionalne)	Gromadzenie danych (narzędzia oparte na ICF)	Gromadzenie danych (system kodowania nie oparty na ICF)	Podsumowanie zastosowania według kraju
Niemcy				-
Francja	✓			33%
Dania				-
Szwecja			✓	33%
Włochy	✓	✓		66%
Niderlandy				-
Finlandia			✓	33%
Australia	✓	✓		66%
RPA		✓		33%
Korea Południowa		✓		33%
Japonia			✓	33%
Rosja	✓		✓	66%
Republika Czeska				-
Kanada			✓	33%
Podsumowanie zastosowania według obszaru	29%	29%	36%	-

3.4. Inne zastosowania ICF: edukacja (system szkolny), szkolenia w zakresie ICF i badania nad ICF

Większość krajów (Niemcy, Francja, Szwecja, Włochy, Niderlandy, Finlandia, Australia, Republika Południowej Afryki, Korea Południowa, Japonia, Rosja, Republika Czeska, Kanada) zgłosiła wykorzystanie ICF w obszarach edukacyjnych, szkoleniowych lub badawczych. W szczególności Włochy i Finlandia odnotowały w pełni powszechne wykorzystanie, a obszar badań był tym, w którym najczęściej stosowano ICF (patrz Tabela 5). Te obszary zastosowań zostały już zgłoszone we wcześniejszych badaniach i nie pojawiły się żadne nowe obszary zastosowań poza nimi [4,14].

Z odpowiedzi CC na ankietę wynika, że koncepcyjny model biopsychospołeczny ICF był szeroko stosowany w edukacji w celu zrozumienia związków między chorobą, upośledzeniami i aktywnościami, a także ich interakcji z czynnikami środowiskowymi. Jednak w większości przypadków kodowanie nie zostało uwzględnione w edukacji.

Włochy i Finlandia podały, że zindywidualizowany program edukacyjny dla uczniów z niepełnosprawnościami został zmodyfikowany w oparciu o wersję ICF dla dzieci i młodzieży (ICF-CY) i niedawno wdrożony do systemu edukacji.

W Korei Południowej opracowano narzędzie internetowe do oceny stanu funkcjonalnego uczniów z niepełnosprawnościami w celu uzyskania wsparcia edukacyjnego, a w Australii zaproponowano ICF do wykorzystania w projektowaniu metod dystrybucji zasobów w edukacji szkolnej.

Współpracujące ośrodki uczestniczące w tym badaniu informują, że wykorzystanie ICF zostało uwzględnione w różnych programach edukacyjnych na uniwersytetach, a niektóre z nich w programach studiów magisterskich, warsztatach szkoleniowych lub dedykowanych konferencjach. Większość CC opracowała jedno lub więcej szkoleń na temat ICF i jego wykorzystania. WHO-FIC CCs w Republice Południowej Afryki prowadzi, w imieniu WHO-FIC CCs i pod auspicjami FDRG oraz Komitetu ds. Edukacji i Wdrażania, stronę internetową poświęconą pakietom szkoleniowym ICF [20]. Ma ona stanowić wielojęzyczne repozytorium zasobów, z którego mogą korzystać osoby opracowujące materiały szkoleniowe ICF, aby wymieniać się pomysłami i korzystać z dostępnych materiałów; umożliwia to zwiększenie spójności w prowadzeniu szkoleń ICF. W 2001 r. Włochy opracowały podstawowe i zaawansowane kursy ICF, które zostały wdrożone przez tysiące zainteresowanych w najróżniejszych sektorach. Wiele krajów (np. Francja, Niemcy, Holandia, Finlandia i RPA) poinformowało, że szkolenie dotyczące wielowymiarowego podejścia do niepełnosprawności było obowiązkowe w przypadku niektórych zawodów (np. medycyna rehabilitacyjna, terapia zajęciowa lub fizykoterapia). Włochy poinformowały również o wykorzystaniu ICF do szkolenia nauczycieli szkół podstawowych i średnich.

Tabela 5. Wdrożenie ICF w obszarze edukacyjnym, szkolenia na temat ICF i wykorzystanie ICF w badaniach.

Kraj	Systemy szkolne	Szkolenie w zakresie ICF	Badania nad ICF w określonych sytuacjach i warunkach zdrowotnych	Podsumowanie zastosowania według kraju
Niemcy		✓	✓	66%
Francja		✓		33%
Dania				-
Szwecja				-
Włochy	✓	✓	✓	100%
Niderlandy		✓		33%
Finlandia	✓	✓	✓	100%
Australia	✓		✓	66%
RPA		✓	✓	66%
Korea Południowa	✓		✓	66%
Japonia				-
Rosja			✓	33%
Republika Czeska			✓	33%
Kanada		✓	✓	66%
Podsumowanie zastosowania według obszaru	29%	50%	64%	-

Inne zastosowanie w obszarach edukacyjnych w projektowaniu podstaw programowych, na przykład dla pielęgniarek i pokrewnych pracowników służby zdrowia (np. terapia zajęciowa i fizykoterapia), zostało zgłoszone przez CC z Niderlandów i Kanady. Członkowie niemieckiego oddziału badawczego ICF we współpracy z wybranymi członkami FDRG opracowali internetowe narzędzie szkoleniowe do nauczania modelu ICF i jego zastosowania, ICF e-learning Tool. Obecnie moduł wprowadzający narzędzia do nauki ICF był dostępny online w kilku językach (duńskim, angielskim, fińskim, francuskim, polskim, szwedzkim), a inne tłumaczenia są w toku. Moduł wprowadzający ICF był przydatny dla każdego, kto był zainteresowany poznaniem podstawowych informacji na temat ICF i jej zastosowania. Docelowi odbiorcy narzędzia e-learningowego ICF obejmują ogół społeczeństwa, osoby z niepełnosprawnościami, pracowników opieki i wsparcia, pracowników służby zdrowia oraz osoby z sektora edukacji i innych sektorów zaangażowanych w usługi dla osób z niepełnosprawnościami [21]. Z odpowiedzi uzyskanych w badaniu wynika, że istnieje silna potrzeba kształcenia pracowników służby zdrowia i specjalistów z innych sektorów (np. edukacji) w zakresie gromadzenia danych i raportowania informacji przy użyciu ICF i jej systemu kodowania.

Dzięki naszemu badaniu pojawiły się różne przykłady wykorzystania ICF w obszarach badawczych, przy czym większość krajów zgłosiła jej zastosowanie głównie w dziedzinie rehabilitacji i edukacji. WHO-FIC CCs (projekty UE MHADIE, MURINET, MARATONE,

PARADISE, COURAGE w Europie) informowały o międzynarodowych grantach wykorzystujących ICF i jej perspektywę biopsychospołeczną jako ramy, a kilka CCs zgłosiło, że ICF była wykorzystywana w krajowych i międzynarodowych grantach jako podstawa do rozwoju badań. W WHO FIC-CC przeprowadzono kilka badań dotyczących raportowania klinicznego w zakresie określonych schorzeń, takich jak urazowe uszkodzenia mózgu, urazy układu mięśniowo-szkieletowego, urazy dłoni, prawie wszystkie zaburzenia neurologiczne i psychiatryczne oraz w wielu innych specjalizacjach. Zastosowania zostały również przeprowadzone w określonych warunkach, takich jak opieka neuropielęgniarska, neurorehabilitacja, patologia mowy, rehabilitacja fizyczna lub neurologia dziecięca. Niektóre kraje (np. Republika Czeska, Finlandia, Norwegia, Rosja, Australia, Brazylia, Kanada) poinformowały o wykorzystaniu narzędzi opartych na ICF, takich jak WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), ICF Core Sets i ICF checklist do oceny niepełnosprawności w badaniach klinicznych.

3.5. Pierwsze zastosowania w krajach, które formalnie nie korzystają z ICF

Niektóre kraje, w szczególności Wielka Brytania, Stany Zjednoczone Ameryki, Brazylia, Meksyk, Islandia i Norwegia, poinformowały, że ICF nie jest oficjalnie stosowana, ale mimo to odnotowały zastosowanie ICF lub instrumentów związanych z ICF w różnych obszarach. Takie doświadczenia, które są nadal nieformalne, wskazują kierunek, w którym zmierzają te kraje.

W Wielkiej Brytanii ICF nie była aktywnie wykorzystywana w ramach Narodowej Służby Zdrowia, jednak użyteczność ICF została sprawdzona w wielu projektach prowadzonych w kontekście klinicznym, edukacyjnym, statystycznym, zdrowotnym i politycznym. Projekty te nie były bezpośrednio wykorzystywane w oficjalnych statystykach, ale pomogły w opracowaniu informacji na temat roli, jaką ICF może odgrywać w gromadzeniu danych, analitycznych projektach badawczych i działaniach politycznych. Stany Zjednoczone nie zgłosiły formalnego przyjęcia ICF, ale opisano pewne dowody wskazujące na wykorzystanie ICF w edukacji i praktyce. Zastosowania te nie zostały jednak przekazane do sieci WHO-FIC CCs, a zalecono i poparto alternatywny mechanizm gromadzenia danych dotyczących funkcjonowania (badanie stowarzyszeń zawodowych w USA). Brazylia i Meksyk poinformowały o istnieniu konkretnych przepisów opartych na ICF w celu kierowania planowaniem bezpieczeństwa socjalnego, opracowywaniem i wdrażaniem odpowiedniej polityki. Jednak w obu krajach ICF nie jest wykorzystywana jako oficjalne ramy, a informacje na temat gromadzenia danych, przepływu danych i poziomów wdrożenia są niewystarczające. W Islandii i Norwegii korzystanie z ICF nie było obowiązkowe i nie zostało jeszcze wdrożone, mimo że zostało przetłumaczone i jest dostępne online na oficjalnych stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, a także wykorzystywane jako ramy w krajowych wytycznych dotyczących rehabilitacji.

4. Dyskusja

Celem tego badania było przedstawienie, 20 lat po jego zatwierdzeniu, globalnego i zaktualizowanego obrazu głównych zastosowań ICF, a tym samym zbadanie w ramach sieci WHO-FIC CC, czy i w jaki sposób ICF została wdrożona w różnych obszarach. Badanie ujawniło znaczne różnice w stosowaniu ICF w badanych krajach. Wnioski te posłużą jako ważne dane wyjściowe do monitorowania postępów we wdrażaniu ICF w nadchodzących latach, ponieważ można je uznać za punkt wyjścia do dodania informacji z krajów bez CC, ale korzystających z ICF. Badanie to było pierwszym krokiem w kierunku zidentyfikowania mocnych i słabych stron ICF i jej wdrożenia; ma to duże znaczenie dla WHO w celu informowania i kierowania aktualizacją i ulepszaniem klasyfikacji, co jest procesem, który nigdy się nie zatrzymał i nie zatrzyma. Znaczna część literatury naukowej dotyczy zastosowań ICF w kontekście klinicznym, tj. tworzenia list kategorii ICF i sposobów ich wdrażania w różnych warunkach lub z różnymi typami pacjentów. Obejmuje to jednak tylko część wpływu ICF: zmiana modelu postrzegania niepełnosprawności i podejścia do niej jest głównym osiągnięciem ICF. Taka zmiana przechodzi od perspektywy teoretycznej, którą obejmuje ICF, tj. modelu biopsychospołecznego, do sposobu, w jaki ICF można wdrożyć, aby umożliwić zmianę modelu; oznacza to wdrożenie ICF w systemach administracyjnych i statystycznych. Jednak tego rodzaju informacje są trudne do uchwycenia poprzez analizę opublikowanej literatury, a zatem nasze badanie ujawniło brak przechwytywania tych informacji w systemach administracyjnych i statystycznych. Przyczyny prawdopodobnie nie są techniczne, a ponieważ istnieją instrumenty do wdrażania ICF, jest to kolejny krok dalszego wdrażania, który musi być celem krajów i CC.

W naszym badaniu stwierdzono, że ICF jest często wykorzystywana jako koncepcyjna struktura ramowa, a głównymi obszarami zastosowania są polityka zdrowotna i społeczna, warunki kliniczne i edukacja. Wiele krajów zgłosiło poprawę wykorzystania ICF do kodowania stanu funkcjonowania, ale 20 lat po jej zatwierdzeniu poziom wdrożenia pozostaje niski. W większości krajów stosowanie ICF zostało uwzględnione w przepisach dotyczących polityki zdrowotnej i społecznej, ale mimo to stosowanie ICF nie było obowiązkowe w żadnym z krajów ankietowanych. Obszary zastosowania ICF na świecie były zgodne z ich zakresem i zasadami, ale pojawiły się pewne ważne potrzeby i kwestie. W szczególności trudności w stosowaniu kodów i kwalifikatorów ICF, gromadzeniu informacji o jakości danych lub braku przyjaznych dla użytkownika elektronicznych narzędzi opartych na ICF (Tabela S1 w materiałach uzupełniających). Oprócz kwestii, które zostały zgłoszone w naszym badaniu, należy przyznać, że w ciągu ostatnich 20 lat opracowano kilka elementów wspierających wdrażanie ICF. Przykłady tego obejmują: dedykowaną listę kontrolną ICF (tj. wybór odpowiednich kategorii ICF dla określonych warunków w oparciu o analizę grup pacjentów); zestawy podstawowe ICF, które są obecnie dostępne dla kilku warunków i ustawień aplikacji; kwestionariusze i harmonogramy oparte na ICF oraz różne moduły szkoleniowe. Dlatego też, jeśli należy szukać przyczyn tak niskiego poziomu wdrożenia, prawdopodobnie nie są one techniczne, ale polityczne. Aby przezwyciężyć taką sytuację, potrzebne są większe wysiłki na rzecz włączenia perspektywy politycznej do wdrażania ICF: jeśli jesteśmy w stanie zapewnić wskazania

kliniczne oparte na „medycynie opartej na dowodach”, musimy również nauczyć się, jak przygotować wskazówki dla decydentów, aby byli w stanie opracować „politykę opartą na informacjach”.

Jednym z obszarów zastosowania ICF, który stale napędza proces wdrażania ICF, jest dziedzina kliniczna. Osoby zaangażowane w edukację ICF zdały sobie sprawę, że bezpośrednie użycie kategorii i kwalifikatorów ICF sprawiłoby, że wdrożenie ICF byłoby skomplikowane, a zatem próbowały zwiększyć prawdopodobieństwo użycia ICF poprzez opracowanie narzędzi, takich jak listy kontrolne i zestawy podstawowe pochodzące z ICF, instrumenty oceny oparte na ICF i procedury oceny oparte na ICF. Lista kontrolna ICF, wybór kategorii ICF, jest najczęściej używanym narzędziem pochodzącym z ICF, następnym są zestawy podstawowe ICF, które stanowiły pierwszą próbę zwiększenia wykorzystania ICF i zostały opracowane przy użyciu znormalizowanej procedury badawczej w celu kierowania gromadzeniem danych dotyczących funkcjonowania i niepełnosprawności [22]. Zestawy podstawowe ICF to wybrane kategorie ICF uzgodnione jako istotne dla określonych warunków lub obszarów klinicznych [23-28]. Najczęściej stosowanym narzędziem oceny opartym na ICF jest WHODAS 2.0, stosowany w różnych środowiskach i krajach [29-31], ale istnieje wiele innych, które są przeznaczone do pomiaru niepełnosprawności w określonych populacjach klinicznych (np. pacjenci z zaburzeniami psychiatrycznymi i poznawczymi [32], stwardnieniem rozsianym [33] lub miastenią [34]). W naszej ankiecie niektóre CC podały przykłady wprowadzenia ICF do rutynowej działalności klinicznej, z których najbardziej znane to szpitale rehabilitacyjne dla dorosłych lub dzieci [35,36].

Wykorzystanie ICF w sektorze edukacji może wspierać ciągłość informacji na temat funkcjonowania od momentu rozpoczęcia nauki w szkole i podczas przechodzenia z jednego poziomu edukacji na kolejny lub do późniejszej pracy i zatrudnienia. Ciągłość ta może być istotna dla populacji pediatrycznej na świecie, ponieważ w odróżnieniu od narzędzi często stosowanych do oceny funkcjonalnej, takich jak Miara Niezależności Funkcjonalnej dla Dzieci (WeeFIM) [37-39] czy też Ewidencja Niepełnosprawności Pediatrycznej (PEDI) [40], dostarcza ona informacji na temat upośledzeń lub ograniczeń. ICF może ponadto łączyć informacje o niepełnosprawności z innymi elementami funkcjonowania ważnymi dla uczenia się (np. uczestnictwo), poprawiając w ten sposób opis stanu zdrowia i upośledzenia, a także identyfikując kluczową rolę czynników środowiskowych. Co więcej, ICF stanowi podstawę do ustalania celów poprzez wspieranie integracji informacji pochodzących z różnych źródeł, środowisk i perspektyw.

Szkolenie w zakresie ICF jest również ważną kwestią, która pojawiła się w badaniu. Wdrażanie globalnej wiedzy na temat ICF może przyczynić się do wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej i poprawy stanu zdrowia pacjentów. Nasze badanie sugeruje, że należy poprawiać programy ciągłego rozwoju zawodowego dla pracowników służby zdrowia i innych odpowiednich specjalistów. Szkolenia online, takie jak narzędzie e-learningowe ICF, ułatwiają działania szkoleniowe niezależnie od miejsca i czasu oraz pozwalają oszczędzać zasoby osobowe.

Ogólnie rzecz biorąc, infrastruktura informatyczna dostępna do dokumentowania, kodowania i raportowania stanu funkcjonowania pozostaje słaba, co zostało podkreślone przez wielu respondentów. Główne wyzwania, które wywołują się z naszej ankiety, to: niska świadomość na wszystkich poziomach na temat szeregu korzyści płynących

z zastosowania ICF, niskie zapotrzebowanie na dane kodowane zgodnie z ICF, brak motywacji ekonomicznej w mechanizmach refundacji dla dostawców usług zdrowotnych i społecznych oraz silna potrzeba krajowych standardów rehabilitacji opartych na ICF. Do tego dochodzi fakt, że zbyt mało osób jest przeszkolonych w zakresie korzystania z ICF oraz fakt, że materiały szkoleniowe i narzędzia oparte na ICF (w tym ich integracja z istniejącymi systemami informatycznymi) nie są wystarczająco przyjazne dla użytkownika. Ograniczenia te są jednak częścią ścieżki wdrażania ICF, a istnieje kilka elementów, które stanowią dobre powody do kontynuowania globalnego wdrażania ICF.

Większość dostępnej literatury na temat ICF ma na celu przedstawienie wykorzystania ICF pod względem użycia kategorii ICF do opisu funkcjonowania i niepełnosprawności w grupie pacjentów, w oparciu o zbiór danych klinicznych lub definicję zestawu kategorii ICF poprzez przegląd literatury lub konsultacje ekspertów, tj. procedurę definicji zestawu podstawowego ICF. Z drugiej strony, zgodnie z naszą najlepszą wiedzą, opublikowano niewiele artykułów koncentrujących się na głównych zastosowaniach ICF, które odnoszą się do nich pod względem obszarów. Wyjątkami są artykuły Ustun i współpracowników [12], Cerniauskaite i współpracowników [4] oraz Jelsma [14]. Autorzy tych manuskryptów pochodzą z WHO lub z sieci WHO-FIC CC; jest to prawdopodobnie główny powód zbieżności głównych zastosowań, w szczególności w sektorze klinicznym i rehabilitacyjnym, w tym rozwoju instrumentów opartych na ICF [4,12,14]. Nasz artykuł, przeciwnie, przedstawił razem obszary wdrażania związane z ICF, podczas gdy w poprzednich badaniach były one kwestionowane, mimo że były zasadniczo spójne: przykłady tego odnoszą się do szkolenia ICF [41], do wykorzystania ICF do przechwytywania informacji o niepełnosprawności [42] i do zajmowania się kwalifikowalnością niepełnosprawności [43].

Pomimo tego, że ICF, jako klasyfikacja, została zatwierdzona przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia i dlatego jest oficjalnym dokumentem WHO, liczba krajów, które aktywnie uczestniczą w sieci WHO-FIC CCs jest ograniczona do 27. Kraje te stanowią około 15% krajów na całym świecie, ale ponad połowę światowej populacji. Jednak spośród tych 27 krajów te, które faktycznie dostarczyły informacje, stanowią tylko 14 z nich, z czego połowa pochodzi z Europy. Co więcej, osoby, które odpowiedziały na ankietę, są członkami sieci WHO-FIC: wszystkie z nich to osoby, które były szeroko zaangażowane we wdrażanie ICF w swoich krajach, a niektóre z nich również we wczesnych fazach rozwoju ICF.

Prowadzi to do rozważenia głównego ograniczenia tego badania; opierało się ono na dyspozycyjności przedstawicieli różnych CC, a zatem nie powinno być uważane za wyczerpujące.

5. Wnioski

Chociaż niniejsze badanie jest ograniczone, ponieważ dotyczy tylko ośrodków WHO-FIC i krajów, w których się znajdują, pokazuje ono, że od czasu jego zatwierdzenia w 2001 r. ICF jest stosowana nie tylko w CC, ale na całym świecie jako globalne ramy opisu funkcjonowania i niepełnosprawności. WHO może zwiększyć wykorzystanie ICF, gdyż obecnie udostępniła nową internetową wersję ICF 2020, najnowszą i najbardziej kompletną wersję, która jest lepsza od ICF-CY, obecnie nieużywanej, i zawiera kategorie

istotne dla rozwoju danej osoby w całym okresie jej życia. Korzystanie z ICF 2020 pozwala krajom dysponować oficjalną wersją, dla której mogą przygotować tłumaczenie.

Wykorzystanie ICF świadczy o rzeczywistym zainteresowaniu osób zajmujących się funkcjonowaniem i niepełnosprawnością na poziomie krajowym i mamy nadzieję, że te przypadki stosowania stanowią przykład rosnącego zainteresowania funkcjonowaniem populacji, ponieważ żaden inny instrument nie jest w stanie uchwycić spójnych i wiarygodnych danych dotyczących funkcjonowania i niepełnosprawności tak dobrze, jak ICF. Opierając się na tym badaniu, mamy nadzieję, że inne kraje włączą się w gromadzenie przypadków użycia ICF za pomocą narzędzia WHO, dostępnego na stronie internetowej WHO, aby zwiększyć jego globalne znaczenie.

Zmiana modelu postrzegania niepełnosprawności i podejścia do niej jest głównym osiągnięciem ICF; jak na 20-letnią klasyfikację jest to wielki sukces.

Materiały uzupełniające:

Dodatkowe informacje można pobrać ze strony: <https://www.mdpi.com/article/10.3390/ijerph191811321/s1>, Tabela S1: Tabela głównych zastosowań.

Udział autorów:

Konceptualizacja, M.L.; metodologia, M.L.; analiza formalna, A.F.; badanie, M.L., H.L., N.K., A.M., M.Y., A.-. H.A., M.F., Y.B., A.S., S.S.C., E.S.C., M.C. (Marie Cuenot), C.H., S.M., T.M., J.M., M.M., S.S., U.T., H.A., J.P., P.S. (Patricia Saleeby), L.F., R.M., C.S., M.Z., P.S. (Petra Sladkova), M.V., G.A.H., J.F., R.J., M.C. (Michaela Coenen) i O.K.d.C.; przechowywanie danych, A.F.; pisanie – przygotowanie oryginalnej wersji roboczej, A.F., M.L. i A.R.; pisanie – przegląd i edycja, A.F., M.L., H. L., C.H.v.G., H.A., C.S., O.K.d.C., J.H., J.M. i S.S.; nadzór, M.L., A.F. i A.R. Wszyscy autorzy przeczytali manuskrypt i zgodzili się na jego opublikowaną wersję.

Finansowanie:

Autorzy nie otrzymali żadnego finansowania na tę pracę. Alberto Raggi i Arianna Forrani są wspierani przez włoskie Ministerstwo Zdrowia (RRC). Andrea Martinuzzi otrzymał wsparcie Ministerstwa Zdrowia Włoch (RC2021-22).

Oświadczenie Instytucjonalnej Komisji Weryfikacyjnej:

Odstąpiono od oceny etycznej i zatwierdzenia tego badania, ponieważ wszyscy zaangażowani respondenci byli współautorami niniejszego artykułu i opracowywali pytania ankietowe. W związku z tym potrzebę zatwierdzenia etycznego uznano za niepotrzebną, ponieważ nie zebrano żadnych wrażliwych informacji, zgodnie z definicją zawartą w ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych (RODO).

Oświadczenie o świadomej zgodzie:

Nie dotyczy.

Oświadczenie o dostępności danych:

Zestaw danych wspierający wnioski wynikające z tego artykułu jest zawarty w artykule i jego dodatkowym pliku (materiał uzupełniający Tabela S1). Wszystkie informacje na temat wykorzystania bazy danych i analizy przeprowadzonej w tym badaniu są dostępne u odpowiedniego autora na uzasadnioną prośbę.

Podziękowania:

Chcemy podziękować wszystkim uczestnikom biorącym udział w badaniu.

Konflikt interesów:

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Załącznik A

Kwestionariusz ankiety ICF USE CASES dla członków WHO CC FDRG

Prosimy Państwa o podanie następujących informacji związanych z wykorzystaniem ICF do gromadzenia danych dotyczących funkcjonowania w Państwa kraju we współpracy z Państwa krajowym Centrum Współpracy (CC):

1. Dla krajów już korzystających z ICF

- a Jakie są **główne zastosowania** ICF w Twoim kraju (tj. statystyczne (gromadzenie i rejestrowanie danych dotyczących funkcjonowania (np. w badaniach populacji i badaniach lub w systemach informacji zdrowotnej); kliniczne (ocena potrzeb, dopasowanie leczenia do określonych warunków, ocena zawodowa, rehabilitacja i ocena wyników); polityka zdrowotna i społeczna (ocena i ewaluacja niepełnosprawności, refundacja, planowanie bezpieczeństwa socjalnego, projektowanie i wdrażanie polityki; inne (edukacyjne: projektowanie programów nauczania oraz podnoszenie świadomości i podejmowanie działań społecznych; pomiary wyników badań, jakości życia lub czynników środowiskowych).
- b Proszę opisać **ramy regulacyjne** dotyczące dokumentowania, kodowania i raportowania danych dotyczących stanu funkcjonalnego (FS) za pomocą ICF i powiązanych instrumentów, takich jak WHO-DAS 2.0).
- c Jaki jest poziom **wdrożenia** (ile zgłoszonych danych dotyczących FS jest kodowanych i zgłaszanych za pomocą ICF; czy istnieją inne terminologie lub instrumenty używane do agregowania i porównywania danych dotyczących FS?).
- d Proszę opisać **obieg danych** do dokumentowania, kodowania i raportowania danych FS.
- e Jaka jest **jakość** danych FS zakodowanych w ICF?
- f Proszę określić ważne obszary/**braki danych/przyszłe potrzeby w zakresie danych**, dla których dane FS powinny być dostępne.
- g Proszę opisać obecną **kadre pracowniczą i wymagania szkoleniowe** w zakresie dokumentowania, kodowania i raportowania danych FS.
- h Proszę opisać obecną **infrastrukturę informatyczną (IT)** dostępną do dokumentowania, kodowania i raportowania danych FS.
- i Proszę podać instytucję odpowiedzialną za **utrzymywanie** ICF w kraju.

- j Jakie są główne **wyzwania** związane z danymi FS w Państwa kraju? Proszę zidentyfikować i określić te wyzwania, np.: ...
 - k Jaki jest **wpływ** tych głównych wyzwań związanych z danymi FS na dostępność danych, ich porównywalność, dokładność itp.?
2. **Dla krajów, które nie korzystają z ICF:**
- a Proszę określić powyższe (tj. cel, zakres, przepływ danych, jakość...) przy użyciu niestandardowych danych.

Dziękujemy

Dla FDRG

Matilde Leonardi, Haejung Li, Olaf Kraus de Camargo

MATERIAŁ UZUPEŁNIAJĄCY Tabela S1 Główne zastosowania

Światowa Organizacja Zdrowia - Rodzina Międzynarodowej Klasyfikacji Centrów Współpracy (WHO-CC FIC) odpowiedzi państw zaangażowanych udzielone w ramach globalnego kwestionariusza

Kraj	Główne zastosowania
Niemcy	Zastosowania kliniczne: Wykorzystywanie ICF jako podstawy instrumentów oceny potrzeb jest prawnie wspierane przez Bundesteilhabegesetz (BTHG), § 118 SGB IX w kontekście pomocy integracyjnej dla osób niepełnosprawnych, wdrażanie ICF będzie wprowadzane stopniowo do instrumentów oceny potrzeb opartych na ICF do krajów związkowych Niemiec. Stosowanie ICF jest również zalecane w wytycznych Federalnego Wspólnego Komitetu (G-BA) dotyczących rehabilitacji. Zdrowie i polityka społeczna: Stosowanie ICF jest wpisane w prawną politykę zdrowotną i społeczną. Zastosowanie edukacyjne: Nauczanie podstaw i pojęć ICF jest obowiązkowe i osadzone w programach nauczania kilku zawodów medycznych (np. specjalizacja medycyny rehabilitacyjnej). Badania: ICF, zestawy podstawowe ICF i narzędzia oceny oparte na ICF zostały wykorzystane w kilku projektach badawczych koncentrujących się na szerokim zakresie schorzeń i obszarów zastosowań (edukacja, rehabilitacja, opieka doraźna) we wszystkich grupach wiekowych.
Francja	Zdrowie i polityka społeczna: W toku: przegląd systemu cenowego, usług świadczonych w instytucjach dla osób niepełnosprawnych (SERAFIN-PH) w oparciu o domeny ICF. Statystyki (gromadzenie danych) 2008 krajowe badanie zdrowia osób niepełnosprawnych (ograniczenia aktywności, ograniczenia uczestnictwa, upośledzenia). Następne badania dotyczące niepełnosprawności: z WHODAS 2.0 12 pozycja uwzględniona. Zastosowanie kliniczne: listy kontrolne/dostępne zestawy podstawowe dla rehabilitacji fizycznej i medycznej, zdrowia jamy ustnej; Orphanet (baza danych chorób rzadkich): dodano domeny ICF. Zastosowanie edukacyjne: (O wielowymiarowym podejściu do niepełnosprawności) wśród obowiązkowych umiejętności terapii zajęciowej, fizykoterapii; w niektórych programach studiów magisterskich.
Dania	ICF jest szeroko używana jako model. Zastosowanie kliniczne: (Ocena funkcji po urazowym uszkodzeniu mózgu – TBI). Zalecenia krajowe (sierpień 2020 r.): ICF używana jako punkt wyjścia i przewodnik w TBI: ICF jest punktem odniesienia.

Kraj	Główne zastosowania
Szwecja	<p>Jako ramy: Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej – wsparcie wiedzy w różnych obszarach: wsparcie decyzji w zakresie medycyny ubezpieczeniowej (IMDS). Zgromadzenie się na potrzebach jednostki (IBIC) (opieka społeczna); Opieka zdrowotna gminy; Przepisywanie urzędów wspomagających. Ogólny proces rehabilitacji (bieżący projekt krajowy): w ramach różnych znormalizowanych procesów opieki dla różnych diagnoz. Poziom lokalny i regionalny.</p> <p>Zastosowanie kliniczne: W strukturalnej cyfrowej dokumentacji (EHR) – Opieka zdrowotna gminy (zestaw kodów ICF); Opieka społeczna dla osób starszych i osób z niepełnosprawnością (zestaw kodów ICF); Wykorzystywane w innych obszarach (np. rehabilitacja) na poziomie lokalnym i regionalnym. W różnych zaświadczeniach lekarskich (ICF wdrożonych): do oceny zdolności do pracy (elektronicznie) oraz w Obsłudze Decyzji Medycyny Ubezpieczeniowej (IMDS); w opiece stomatologicznej w przypadku długotrwałej choroby lub niepełnosprawności – do oceny funkcjonowania. Zastosowanie statystyczne: Brak zbierania danych dotyczących funkcjonowania zakodowanych za pomocą ICF na poziomie krajowym; Wsparcie w wykorzystywaniu ICF na poziomie lokalnym i regionalnym do celów statystycznych. Zdrowie i polityka społeczna: W 33 grupach DRG rehabilitacyjnych (związanych z diagnozą); W opiece społecznej dla osób starszych i osób niepełnosprawnych; W Obsłudze Decyzji Medycyny Ubezpieczeniowej (IMDS); W różnych zaświadczeniach do oceny funkcjonowania. Zastosowanie edukacyjne: ICF jest wykorzystywana w różnych programach edukacyjnych na uniwersytetach.</p>
Włochy	<p>ICF nie jest obowiązkową klasyfikacją we Włoszech. Zdrowie i polityka społeczna: W ocenie uczniów i świadczeniach dla dzieci szkolnych z niepełnosprawnościami zgodnie z D.Lgs. 66/2017, osób niepełnosprawnych poszukujących pracy, Narodowym planie działań na rzecz osób niepełnosprawnych 1 i 2, WHO DAS 2.0 uznane jest za podstawę oceny niepełnosprawności: nie jest jeszcze wdrożone, a świadectwa niepełnosprawności znajdują się w aktach INPS bez określonych kwalifikacji. Statystyki: ISTAT; jako opis niepełnosprawności na poziomie regionalnym). Kliniczne: (rehabilitacja lub wiele indywidualnych lub instytucjonalnych inicjatyw). Zastosowanie edukacyjne: (kursy na włoskich uniwersytetach; szkolenia nauczycieli szkół podstawowych i średnich; badania naukowe).</p>
Niderlandy	<p>Polityka zdrowotna i społeczna: (Projektowanie i wdrażanie polityki: np. dotyczącej produktów wspomagających); Zastosowanie edukacyjne: (Projektowanie programu nauczania: w edukacji pielęgniarstwa i szkoleniach dla profesjonalistów z dziedziny opieki zdrowotnej, badaniach). Rehabilitacja (rozumienie kliniczne, rejestracja danych opieki, ocena wyników (specjaliści od rehabilitacji, specjaliści z dziedziny opieki zdrowotnej, pielęgniarstwa i specjaliści od higieny pracy)).</p>
Finlandia	<p>Zastosowanie edukacyjne: (Podstawowe informacje na temat ICF i jak używać ICF w praktyce klinicznej): ICF w programach studenckich mających na celu kształcenie wszystkich specjalistów z zakresu opieki zdrowotnej i społecznej (lekarzy, pielęgniarstwa, specjalistów od rehabilitacji, itp.) na uniwersytetach, uczelniach stosowanych oraz szkołach zawodowych. Edukacja z zakresu ICF w trakcie nauki przez całe życie: warsztaty i szkolenia z ICF dla osób pracujących w praktyce klinicznej. Wiele organizacji przeszkoliło swoich specjalistów w zakresie używania ICF. Zastosowanie kliniczne: (Stosowanie w kilku organizacjach do oceny funkcjonowania i planowania leczenia i rehabilitacji, np. wybrane przykłady): Zwiększające się wdrażanie ICF w sektorach opieki społecznej i zdrowotnej w całej Finlandii (np. szpitale, ośrodki opieki zdrowotnej, prywatne jednostki rehabilitacyjne, stowarzyszenia i inne organizacje sektora trzeciego). Wdrożone na poziomie krajowym w Centrum Wspierania Nauki i Consultingu Valteri (szkoła Valteri zapewnia miejsca dla dzieci potrzebujących specjalnego wsparcia. Działają pod nadzorem Fińskiej Agencji Edukacji). Wdrożone w modelu opieki domowej na terenie Południowo-Karelskiego Okręgu Społeczno-Zdrowotnego (Eksote), w usługach dla osób starszych. Jest to zintegrowany model świadczenia usług i model działania rehabilitacyjnego, obejmujący wsparcie codzienne. ICF aktywnie wykorzystywana w rehabilitacji w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej oraz w edukacji wczesnoszkolnej w Szpitalnym Okręgu Południowo-Zachodniej Finlandii dla dzieci w wieku przedszkolnym. Zastosowanie w badaniach: Badania WHODAS i w wybranych przykładach: projekt iCanFunction (projekt mICF); projekt Vetovoimala; projekt KUURA; projekt INPRO – Interprofesjonalizm w działaniu!</p>

Kraj	Główne zastosowania
Australia	<p>Australia ma szeroki zakres zastosowań ICF na poziomie lokalnym, stanowym i narodowym, a ten zakres ciągle się poszerza. Polityka zdrowotna i społeczna: Na poziomie narodowym koncepcje ICF są wykorzystywane jako podstawa do identyfikacji niepełnosprawności w australijskim spisie ludności oraz w narodowych badaniach ludności prowadzonych przez Australijski Urząd Statystyczny (ABS). Istnieje długa historia narodowego wykorzystywania koncepcji i dziedzin ICF: Badanie Starzenia się, Niepełnosprawności i Opiekunów prowadzone od 1981 roku; W 2006 roku pytania dotyczące niepełnosprawności zostały uwzględnione w Spisie Ludności i Mieszkań, również oparte na koncepcjach ICF; ABS zawiera krótki „moduł niepełnosprawności” w wielu swoich badaniach ludności, co pozwala porównywać osoby z niepełnosprawnością z innymi mieszkańcami Australii; opracowano „flagę niepełnosprawności” do wykorzystania w zbiorach danych administracyjnych (usługowych). (Zastosowanie statystyczne) i opiera się ona na dziedzinach aktywności i uczestnictwa w życiu zgodnych z ICF. Australia przechodzi na nowy model świadczenia usług niepełnosprawnym: Narodowy System Ubezpieczeń na Wypadek Niepełnosprawności (NDIS) (ogłoszony we wrześniu 2020 roku). Na poziomie stanowym ICF jest wykorzystywana jako ramy w programie iCare australijskiego rządu stanowego Nowa Południowa Walia ds. ubezpieczeń i opieki. Obszary aktywności i uczestnictwa zgodne z ICF są używane na poziomie rozdziałów. Zastosowanie edukacyjne: ICF jest częścią programu nauczania specjalistów od opieki zdrowotnej w Australii. Coraz częściej podejmowane są wysiłki w celu uwzględnienia ICF w projektach stanowych zbierania danych. ICF jest proponowana do wykorzystania przy projektowaniu metod rozdziału zasobów dla edukacji szkolnej. Badania: ICF została wykorzystana jako podstawa do badań w dziedzinie logopedii i rehabilitacji fizycznej. Australijska Grupa Interesów w zakresie ICF obejmuje badaczy, a ich prace są omawiane na regularnych spotkaniach. Nie dokonano jeszcze podsumowania całego tego wysiłku. Inne przeglądy autorstwa Australijczyków zazwyczaj obejmują szersze badania międzynarodowe niż koncentrują się wyłącznie na badaniach australijskich.</p>
RPA	<p>Zastosowanie edukacyjne: Koncepcyjna struktura ICF jest wykorzystywana w szkoleniach zawodów medycznych na większości uniwersytetów. Zastosowanie kliniczne: Koncepcyjna struktura jest wykorzystywana do raportowania wyników klinicznych i ocen pacjentów w szpitalach. Badania: Badania wykorzystujące WHODAS i ICF.</p>

Kraj	Główne zastosowania
Korea	<p>Zastosowanie statystyczne: Koreańska Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (KCF) to zmodyfikowana wersja ICF opracowana przez Urzędy Statystyczne Korei. Weszła w życie i została ogłoszona jako Koreańska Standardowa Klasyfikacja Zdrowia w 2018 roku i zaleca się jej używanie w odpowiednich zbiorach danych. Jednakże nie została jeszcze wdrożona w żadnych statystykach krajowych. Pytania od Washington Group zostały wykorzystane w spisie ludności w 2020 roku i dostosowane koncepcyjnie do KCF. Koreański Instytut Rozwoju Osób Niepełnosprawnych – Częstość występowania niepełnosprawności była badana za pomocą 12 elementów z kwestionariusza MDS-Brief, dotyczących trudności w codziennym życiu i uczestnictwa społecznego w środowisku danej osoby. Stwierdzono różnice, porównując wskaźnik częstości występowania obecnej niepełnosprawności w Korei, uważanej za ocenę skupioną na upośledzeniach, z oceną opartą na koncepcji ICF. Polityka zdrowotna i społeczna: WHODAS 2.0 został uwzględniony na liście refundacyjnej Narodowego Ubezpieczenia Zdrowotnego na podstawie ustawy o Narodowym Ubezpieczeniu Zdrowotnym. Jest on wyznaczany jako narzędzie do oceny objawów w badaniach neurologicznych. Koreańska Służba Szpitalna dla Weteranów – Kody ICF są wykorzystywane do długoterminowego zarządzania przypadkami i monitorowania jakości życia. Wybrano dziewięćdziesiąt osiem kodów z ICF 2001, nazwanych „Koreańska Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia Bohun”. Składa się ona z 41 kodów do oceny upośledzenia medycznego i 57 kodów do oceny warunków społecznych potrzebnych do oceny potrzeb. Od września 2020 roku w systemie usług Szpitala Weteranów wdrożono 19 kodów ICF z zakresu warunków społecznych. Szpital Rehabilitacyjny w Seulu – Kody ICF są wykorzystywane do podejścia zespołowego w ocenie pacjenta i planowaniu leczenia. Opracowano zestaw kodów oparty na najczęściej używanych danych dotyczących funkcjonowania pacjentów w szpitalu. Zestaw kodów jest wdrożony w systemie EMR używanym w szpitalu. Centra Zdrowia Społecznościowego – Centra zdrowia społecznościowego prowadzą programy zarządzania przypadkami dla osób niepełnosprawnych (PwD), które zostały wypisane ze szpitalnego leczenia. Wykorzystuje się różne narzędzia oceny do oceny stanu funkcjonalnego PwD. Rozwój narzędzia do oceny ciężkich niepełnosprawności (opartego na stronie internetowej): 126 kodów ICF z dziedziny aktywności i uczestnictwa do oceny funkcjonowania osób z ciężkimi niepełnosprawnościami (Busańskie Centrum Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych). Zastosowanie edukacyjne: Opracowano narzędzie internetowe do oceny stanu funkcjonalnego studentów z niepełnosprawnościami w celu wsparcia edukacyjnego.</p>
Japonia	<p>Zastosowanie kliniczne: W japońskim systemie ubezpieczeń przygotowanie dokumentu o nazwie „Plan Wykonawczy Rehabilitacji” jest obowiązkowe w celu uzyskania zwrotu kosztów rehabilitacji szpitalnej. Dokument ten opiera się na koncepcji ICF i ma na celu dostarczenie informacji na temat funkcjonowania fizycznego i psychicznego, aktywności i uczestnictwa, a także treści rehabilitacji w przypadku zidentyfikowanych problemów pacjenta. Jednakże nie są używane kody ICF, a funkcjonowanie ocenia się za pomocą skali FIM lub indeksu Barthela. Ministerstwo Zdrowia, Pracy i Opieki Społecznej uruchomiło Grupę Roboczą ds. Wdrażania ICF w roku 2019, aby promować kliniczne wykorzystanie ICF i rozdziału V ICD-11. Obecnie grupa pracuje nad opracowaniem przewodnika referencyjnego dla zestawu ICF Generic-30 i rozdziału V ICD-11, a pierwszy projekt ma być ukończony do marca 2021 roku. Planowane jest przeprowadzenie badań terenowych w tym roku. Zastosowanie edukacyjne: W Japonii koncepcyjny model ICF jest szeroko wykorzystywany w edukacji do zrozumienia związków między chorobą, upośledzeniem a aktywnością. Jednak w większości przypadków kodowanie nie jest uwzględniane w procesie edukacyjnym.</p>
Rosja	<p>Zastosowanie kliniczne: Ocena niepełnosprawności, Wczesna interwencja w przypadku dzieci z opóźnieniem rozwoju i zaburzeniami oraz ich rodzinami, Medyczna rehabilitacja dzieci i dorosłych, Kompleksowa rehabilitacja, Ocena potrzeb w opiece wspomaganej (zgodnie z wytycznymi, w których zaleca się stosowanie ICF). Sektor badawczy: Od 2005 roku wykorzystanie ICF w badaniach zidentyfikowano w 422 publikacjach w Rosyjskiej Bibliotece Naukowej, głównie w dziedzinach opieki zdrowotnej i rehabilitacji, edukacji oraz psychologii.</p>

Kraj	Główne zastosowania
Republika Czeska	<p>Źródła danych dotyczących stanu funkcjonalnego w Czechach są różne, ale nie opierają się na ICF.</p> <p>Praktyka kliniczna: ICF jest używana przez niektóre jednostki rehabilitacyjne do pomiaru niepełnosprawności.</p> <p>Polityka zdrowotna i społeczna: niektóre (nowsze) akty prawne i inne instrumenty regulacyjne opierają się na ICF.</p> <p>Wykorzystanie edukacyjne: program nauczania studentów na uniwersytetach (medycyna, fizjoterapia, ergoterapia); szkolenia dla lekarzy rehabilitacji i lekarzy specjalistów ds. oceny, specjalistów ds. opieki społecznej i biegłych sądowych; prezentacje na konferencjach towarzystw medycznych oraz konferencjach poświęconych systemom klasyfikacyjnym.</p> <p>Badania (wybrane przykłady): EU MHADIE: ocena pacjentów po urazie czaszkowo-mózgowym i z stwardnieniem rozsianym za pomocą listy kontrolnej ICF i WHODAS. Lub projekty wykorzystujące ICF jako narzędzie do łączenia systemów opieki zdrowotnej i społecznej. Lub podejście rehabilitacji neuropaliatywnej w celu zachowania jakości życia pacjentów w zaawansowanym stadium wybranych chorób neurologicznych. Lub Czeskie Badanie Zdrowia Psychicznego (CZEMS): wykorzystanie WHODAS do oceny niepełnosprawności. Lub badanie dotyczące użyteczności WHODAS 2.0 u pacjentów geriatrycznych.</p>
Kanada	<p>Zastosowanie edukacyjne: W Kanadzie ICF służy jako odniesienie do standaryzowanej dokumentacji zdrowia w praktyce zawodowej terapeutów zajęciowych, modelach terapii i pochodnych ocen, takich jak Kanadyjska Skala Wydolności w Wykonywaniu Codziennych Czynności (COPM) oraz Narzędzie Badania Modelu Zajęcia Człowieka. ICF została włączona do krajowych programów nauczania na poziomie magisterskim i doktoranckim w dziedzinie fizjoterapii i terapii zajęciowej.</p> <p>Badania: Kanadyjscy badacze w dziedzinie zdrowia, zwłaszcza w sektorze rehabilitacji, opublikowali wiele artykułów skupionych na ICF. Kanadyjski Instytut Informacji Zdrowotnej (CIHI) przeprowadził przegląd literatury w celu zidentyfikowania badań prowadzonych przez kanadyjskich badaczy i ich współpracowników, w których wykorzystywano ICF. Zidentyfikowano 224 publikacje, w okresie od 2004 do 2017 roku.</p>

ICF; *International Classifications of Functioning and Health*. FS; Functional Status. NA; *Not Available*.

Bibliografia

1. World Health Organization. How to Use the ICF: A Practical Manual for Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); Exposure Draft for Comment; WHO: Geneva, Switzerland, 2013.
2. World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF; WHO: Geneva, Switzerland, 2001.
3. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th ed.; WHO: Geneva, Switzerland, 1992-1994.
4. Cerniauskaite, M.; Quintas, R.; Boldt, C.; Raggi, A.; Cieza, A.; Bickenbach, J.; Leonardi, M. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: Its use, implementation and operationalisation. *Disabil. Rehabil.* 2001, 33, 281-309. [CrossRef] [PubMed]
5. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update; WHO: Geneva, Switzerland, 2008.
6. Leonardi, M. Libro Bianco sull'invalidità civile in Italia: Uno studio nelle Regioni del Nord e del Centro; Franco Angeli: Milan, Italy, 2008.

7. Leonardi, M.; Bickenbach, J.; Ustun, T.B.; Kostanjsek, N.; Chatterji, S. The definition of disability: What is in a name? *Lancet* 2006, 368,1219-1221. [CrossRef]
8. Rauch, A.; Cieza, A.; Stucki, G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2008, 44, 329-342. [PubMed]
9. World Health Organization; World Bank. *World Report on Disability*; WHO: Geneva, Switzerland, 2011. Available online: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf (accessed on 20 May 2022).
10. United Nations. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. In *Treaty Series*; UN: New York, NY, USA, 2006; Volume 2515.
11. Bickenbach, J.E.; Chatterji, S.; Badley, E.; Ustun, T. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Soc. Sci. Med.* 1999, 48,1173-1187. [CrossRef]
12. Ustun, T.; Chatterji, S.; Bickenbach, J.; Kostanjsek, N.; Schneider, M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: A new tool for understanding disability and health. *Disabil. Rehabil.* 2003, 25, 565-571. [CrossRef]
13. Bruyere, S.M.; Van Looy, SA; Peterson, D.B. The International Classification of Functioning, Disability and Health: Contemporary literature overview. *Rehabil. Psychol.* 2005, 50,113-121. [CrossRef]
14. Jelsma, J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: A literature survey. *J. Rehabil. Med.* 2009, 41, 1-12. [CrossRef]
15. Kostanjsek, N. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health* 2011,11 (Suppl. 4), S3. [CrossRef]
16. Madden, R.H.; Bundy, A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disabil. Rehabil.* 2019, 41,1450-1462. [CrossRef]
17. Bornbaum, C.C.; Day, A.M.; Izaryk, K.; Morrison, S.J.; Ravenek, M.J.; Sleeth, L.E.; Skarakis-Doyle, E. Exploring use of the ICF in health education. *Disabil. Rehabil.* 2015, 37,179-186. [CrossRef]
18. Linacre, J.M.; Heinemann, J.W.; Wright, B.D.; Granger, C.V.; Hamilton, B.B. The structure and stability of the functional independence measure. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1994, 75,127-132. [CrossRef]
19. Mahoney, F.I.; Barthel, D.W. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md. State Med. J.* 1965,14, 61-65. [PubMed]
20. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF Education Portal*. Available online: www.ICFeducation.org (accessed on 20 June 2022).
21. *ICF Research Branch*. Available online: <https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool> (accessed on 20 May 2022).
22. Mitra, S.; Shakespeare, T. Remodeling the ICF. *Health J.* 2019,12, 337-339. [CrossRef] [PubMed]
23. Yen, T.H.; Liou, T.H.; Chang, K.H.; Wu, N.N.; Chou, L.C.; Chen, H.C. Systematic review of ICF core set from 2001 to 2012. *Disabil. Rehabil.* 2014, 36,177-184. [CrossRef] [PubMed]

24. Uhlig, T.; Lillemo, S.; Moe, R.H.; Stamm, T.; Cieza, A.; Boonen, A.; Mowinckel, P.; Kvien, T.K.; Stucki, G. Reliability of the ICF Core Set for rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 2007, 66,1078-1084. [CrossRef]
25. Geyh, S.; Cieza, A.; Schouten, J.; Dickson, H.; Frommelt, P.; Omar, Z.; Kostanjsek, N.; Ring, H.; Stucki, G. ICF Core Sets for stroke. *J. Rehabil. Med.* 2004, 36,135-141. [CrossRef]
26. Bos, I.; Stallinga, H.A.; Middel, B.; Kuks, J.B.; Wynia, K. Validation of the ICF core set for neuromuscular diseases. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 2013, 49,179-187.
27. Grill, E.; Hermes, R.; Swoboda, W.; Uzarewicz, C.; Kostanjsek, N.; Stucki, G. ICF Core Set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil. Rehabil.* 2005,27,411-417. [CrossRef]
28. Kaech Moll, V.M.; Escorpizo, R.; Portmann Bergamaschi, R.; Finger, M.E. Validation of the Comprehensive ICF Core Set for Vocational Rehabilitation From the Perspective of Physical Therapists: International Delphi Survey. *Phys. Ther.* 2016,96,1262-1275. [CrossRef]
29. Ustun, T.B.; Chatterji, S.; Kostanjsek, N.; Rehm, J.; Kennedy, C.; Epping-Jordan, J.; Saxena, S.; von Korff, M.; Pull, C. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull. World Health Organ.* 2010, 88, 815-823. [CrossRef]
30. Garin, O.; Ayuso-Mateos, J.L.; Almansa, J.; Nieto, M.; Chatterji, S.; Vilagut, G.; Alonso, J.; Cieza, A.; Svetskova, O.; Burger, H.; et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual. Life Outcomes* 2010, 8, 51. [CrossRef]
31. Federici, S.; Bracalenti, M.; Meloni, F.; Luciano, J.V. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil. Rehabil.* 2017, 39, 2347-2380. [CrossRef] [PubMed]
32. Belio, C.; Prouteau, A.; Koleck, M.; Saada, Y.; Merceron, K.; Dayre, E.; Destailats, J.M.; Barral, C.; Mazaux, J.M. Participation restrictions in patients with psychiatric and/or cognitive disabilities: Preliminary results for an ICF-derived assessment tool. *Ann. Phys. Rehabil. Med.* 2014, 57,114-137. [CrossRef] [PubMed]
33. Daste, C.; Abdoul, H.; Foissac, F.; Papelard, A.; Alami, S.; Kwakkenbos, L.; Carrier, M.; Lefevre-Colau, M.; Thombs, B.; Poiraudreau, S.; et al. Development of a new patient-reported outcome measure to assess activities and participation in people with systemic sclerosis: The Cochin 17-item Scleroderma Functional scale. *Br. J. Dermatol.* 2020, 183, 710-718. [CrossRef] [PubMed]
34. Raggi, A.; Leonardi, M.; Schiavolin, S.; Antozzi, C.; Brenna, G.; Maggi, L.; Mantegazza, R. Validation of the MG-DIS: A disability assessment for myasthenia gravis. *J. Neurol.* 2016, 263, 871-882. [CrossRef] [PubMed]
35. Martinuzzi, A.; Carraro, E.; Petacchi, E.; Pasqualotti, S.; Costalunga, M.; Betto, S. Implementation of an ICF-based project/program in a pediatric neuro-rehabilitation hospital: Follow-up evaluation by stakeholders. *Disabil. Rehabil.* 2013, 35,1059-1064. [CrossRef]
36. Rentsch, H.P.; Bucher, P.; Dommen Nyffeler, I.; Wolf, C.; Hefti, H.; Fluri, E.; Wenger, U.; Walti, C.; Boyer, I. The implementation of the "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: An

- interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disabil. Rehabil.* 2003, 25, 411-421. [CrossRef]
37. Guide for the Use of the Functional Independence Measure (WeeFIM) of the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation; Research Foundation of the State University of New York: Albany, NY, USA; Uniform Data Set for Medical Rehabilitation: Buffalo, NY, USA, 1996.
 38. Msall, M.E.; DiGaudio, K.; Rogers, B.T.; LaForest, S.; Catanzaro, N.L.; Campbell, J.; Wilczenski, F.; Duffy, L.C. The functional independence measure for children (WeeFIM®): Conceptual basis and pilot use in children with developmental disabilities. *Clin. Pediatrics* 1994, 33, 421-430. [CrossRef]
 39. Msall, M.E.; DiGaudio, K.; Duffy, L.C.; LaForest, S.; Braun, S.; Granger, C.V. WeeFIM®: Normative sample of an instrument for tracking functional independence in children. *Clin. Pediatrics* 1994, 33, 431-438. [CrossRef]
 40. McCarthy, M.L.; Silberstein, C.E.; Atkins, E.A.; Harryman, S.E.; Sponseller, P.D.; Hadley-Miller, N.A. Comparing reliability and validity of pediatric instruments for measuring health and well-being of children with spastic cerebral palsy. *Dev. Med. Child Neurol.* 2002, 44, 468-476. [CrossRef]
 41. Francescutti, C.; Fusaro, G.; Leonardi, M.; Martinuzzi, A.; Sala, M.; Russo, E.; Frare, M.; Pradal, M.; Zampogna, D.; Cosentino, A.; et al. Italian ICF training programs: Describing and promoting human functioning and research. *Disabil. Rehabil.* 2009, 31 (Suppl. 1), S46-S49. [CrossRef] [PubMed]
 42. Iezzoni, L.I.; Greenberg, M.S. Capturing and classifying functional status information in administrative databases. *Health Care Financ. Rev.* 2003, 24, 61-76. [PubMed]
 43. Francescutti, C.; Frattura, L.; Troiano, R.; Gongolo, F.; Martinuzzi, A.; Sala, M.; Meucci, P.; Raggi, A.; Russo, E.; Buffoni, M.; et al. Towards a common disability assessment framework: Theoretical and methodological issues for providing public services and benefits using ICF. *Disabil. Rehabil.* 2009, 31 (Suppl. 1), S8-S15. [CrossRef] [PubMed]