

Wojciech Adam Skiba

Uniwersytet Wrocławski

ORCID: 0000-0003-3809-1035

Zastosowanie metodologii ICF w terapii osób z chorobą psychiczną jako przykład integracji działań z zakresu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i rehabilitacji, na przykładzie projektu Centrum Zdrowia Psychicznego¹

Streszczenie

Artykuł przedstawia zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) w terapii osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach projektu Centrum Zdrowia Psychicznego+. Autor analizuje integrację działań z zakresu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i rehabilitacji, oceniając skuteczność wprowadzonego modelu. W oparciu o opinie specjalistów biorących udział w projekcie wskazano zarówno potencjalne korzyści, jak i wyzwania związane z praktycznym wykorzystaniem ICF.

Słowa kluczowe

rehabilitacja, polityka społeczna, zdrowie psychiczne, zarządzanie terapią, innowacje społeczne

¹ Wrocławskie Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, *Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Model wdrażania*, cz. 1: Opis, cz. 2: Procedury, [2017], <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/projekty/innowacje-spoleczne-rezultaty/deinstytucjonalizacja-w-psihiatrii/> [dostęp: 10.10.2020].

Application of the ICF Methodology in the Treatment of People with Mental Illness as an Example of Integrating Healthcare, Social Assistance, and Rehabilitation: The Case of the Mental Health Center+ Project

Abstract

The article explores the application of the International classification of functioning, disability and health (ICF) in the treatment of individuals with mental health disorders within the Mental Health Center+ project. It analyzes the integration of healthcare, social services, and rehabilitation, and evaluates the effectiveness of the implemented model. Based on professionals' feedback, the paper highlights both the potential benefits and challenges of using ICF in practice.

Keywords

rehabilitation, social policy, mental health, therapy management, social innovation

1. Wstęp

Jednym z głównych wyzwań dla polityki społecznej jest osiągnięcie zamierzonych efektów realizowanych interwencji. Problem ten dotyczy w szczególności rozwiązywania tych problemów społecznych, które ze względu na swoją złożoność wymagają współdziałania więcej niż jednego obszaru polityki społecznej. Przykładem może być obszar zdrowia psychicznego. Choroby i zaburzenia psychiczne są jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności. Oddziałują na całokształt życia dotkniętych nimi osób, powodując często ich całkowitą utratę możliwości pełnienia ról społecznych oraz brak możliwości samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb. Skutkuje to spełnieniem kryterium orzekania względem takich osób znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Jednocześnie dotychczas stosowane metody oddziaływania terapeutycznego w ramach systemu ochrony zdrowia i systemu rehabilitacji nie przynosiły w odniesieniu do tej kategorii osób zadowalających rezultatów. Wydaje się, że na taki stan rzeczy składało się kilka przyczyn, a jedną z nich, oprócz utrudnionego dostępu do leczenia w ramach systemu publicznego, jest brak integracji działań społecznych i zdrowotnych w podejściu terapeutycznym, które jest przecież charakterystyczne dla paradygmatu psychiatrii środowiskowej².

² Prot-Klinger K., *Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem – próba integracji podejść*, „Psychiatria” 2013, t. 10, nr 3–4, s. 101–108.

W artykule omówiony zostanie sposób zastosowania ICF w projekcie realizowanym przez Wrocławskie Centrum Zdrowia w partnerstwie z organizacjami pozarządowymi: Stowarzyszeniem Ostoja oraz Fundacją Nadzieja i Troska, a także Gminą Wrocław. Przedstawiona zostanie ocena rezultatów tego zastosowania na podstawie opinii sędziów kompetentnych.

2. Rola integracji działań polityki zdrowotnej, świadczeń społecznych w procesie kompleksowej rehabilitacji

Integracja działań polityki zdrowotnej z systemem świadczeń społecznych, w tym pomocy społecznej, stanowi fundamentalny element zwiększania efektywności terapii, szczególnie w kontekście leczenia osób chorych psychicznie. Model taki opiera się na założeniu, że zdrowie jednostki jest nie tylko wynikiem interwencji medycznych, ale także rezultatem jej warunków społeczno-ekonomicznych i dostępu do wsparcia w ramach szeroko pojętej polityki społecznej. Współpraca międzysektorowa, jak np. realizowane w tym projekcie zaangażowanie organizacji pozarządowych odpowiedzialnych za rehabilitację społeczną i zawodową, pozwala na skuteczniejsze wsparcie pacjentów, umożliwiając kompleksowe podejście do ich potrzeb. Zwraca na to uwagę m. in. J. Wciórka³, podkreślając, że terapia społeczna, a więc suma oddziaływań niezwiązanych stricte z medycyną, jest dziś terapią sensu stricto, która w wielu przypadkach jest podstawą oddziaływania terapeutycznego, a nie jego uzupełnieniem. Takie właśnie założenie stanowiło podstawę opracowania modeli psychiatrii środowiskowej i pilotażu w ramach konkursu na innowacje społeczne – opracowanie i przetestowanie modelu psychiatrii środowiskowej, w ramach którego należało zaprojektować nowe instrumenty i instytucje, komplementarne względem istniejących rozwiązań systemowych, a następnie rozwiązania prawne tworzące kształt systemu ochrony zdrowia psychicznego⁴. Wskazana komplementarność miała zapewnić przede wszystkim wzajemną integrację działań z dwóch, często niekomunikujących się podsystemów polskiego systemu polityki społecznej: ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

3. Zastosowanie metodologii ICF w projekcie

Z punktu widzenia psychiatrii środowiskowej ICF, jako narzędzie łączące podejście biomedyczne i społeczne w celu wyjaśniania przyczyn choroby i niepełnosprawności cechujące się kompleksowością i indywidualizacją podejścia, wydaje się być odpowiednim narzędziem wspierającym zmianę paradygmatu terapeutycznego. Bez takiej zmiany metodycznej, przy braku innych narzędzi

³ Wciórka J., *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, Dz.U. 2018 poz. 852.

i powszechnej niewiedzy personelu medycznego na temat zasad tzw. psychiatrii środowiskowej, trudno byłoby przełamać stereotypowe podejście terapeutyczne, które zamyka się w zasadzie quatum produktów zdefiniowanych na poziomie rozporządzenia koszykowego: poradnia zdrowia psychicznego – poradnia środowiskowa – oddział dzienny – oddział psychiatryczny zamknięty. Innymi słowy, psychiatria środowiskowa na poziomie wskaźników pracy Centrów Zdrowia Psychicznego została sprowadzona do dotychczasowych wskaźników (produktów), będących podstawą rozliczania i oceny podmiotów realizujących zadania z tego zakresu świadczeń.

W opracowanym i testowanym przez Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ modelu psychiatrii środowiskowej przewidziano kompleksowe wsparcie dla osób z problemami i chorobami psychicznymi. Jego zakres i intensywność, w założeniach Modelu, była funkcją zdiagnozowanych potrzeb pacjenta. Istotną innowacją, z punktu widzenia dotychczasowych praktyk terapeutycznych, było opracowanie i wdrożenie narzędzia w postaci indywidualnego zarządzania procesem terapeutycznym i rehabilitacją w oparciu o ICF. Jednym z podstawowych założeń modelu było poddanie każdego z trafiających do CZP+ pacjentów kompleksowej diagnozie wykonywanej przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny (ZT). W skład ZT wchodził specjaliści różnych dziedzin: psychiatrzy, psychoterapeuci, psychologowie kliniczni, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki psychiatryczne, pracownicy socjalni. Minimalny skład ZT zakładał uczestnictwo psychologa klinicznego i przedstawiciela jednego z pozostałych zawodów oraz możliwość odbycia konsultacji z lekarzem psychiatrą. Efektem diagnozy na poziomie ZT było wskazanie bądź brak wskazania do objęcia pacjenta intensywnym zarządzaniem procesem terapeutycznym przy zastosowaniu ICF i przydzielenia pacjentowi opiekuna tego procesu – koordynatora procesu zdrowienia, którym w zakresie wymaganych kompetencji zawodowych był zawsze psycholog⁵.

3.1. Indywidualne zarządzanie procesem zdrowienia – dla kogo?

Objęcie pacjenta indywidualnym procesem zdrowienia, według schematu zarządzania procesem rehabilitacji w oparciu o ICF, jest czynnikiem zwiększającym koszty procesu terapeutycznego. Jednocześnie jest to metoda radykalnie zwiększająca efektywność tego procesu w przypadku kategorii pacjentów, którzy nie są w stanie w momencie podjęcia decyzji o terapii samodzielnie zarządzać tym procesem. Odsetek osób z doświadczeniem choroby psychicznej, które wymagają takiego wsparcia, jest istotnie większy niż w populacji wszystkich osób przewlekle chorych/niepełnosprawnych, z uwagą na zaburzenia funkcji poznawczych i intelektualnych. Brak takiej zindywidualizowanej formy wsparcia powoduje, iż klasyczne formy terapii przynoszą mało satysfakcjonujące rezultaty i spychają osoby z takimi dysfunkcjami na margines życia społecznego, skutecznie izolując je od możliwości pełnienia ról społecznych charakterystycznych dla danego etapu życia, zwłaszcza aktywności zawodowej.

⁵ Porównaj: Skiba W., Siwicki D., *Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce – dwie ścieżki, jeden cel. Analiza porównawcza założeń i pierwszych etapów wdrożenia modeli psychiatrii środowiskowej*, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2023.

Decyzję o zaproponowaniu pacjentowi pełnego uczestnictwa w programie indywidualnego wsparcia w procesie zdrowienia podejmuje Zespół Terapeutyczny na podstawie diagnozy, przy pełnej akceptacji pacjenta. Wskazaniami do zaoferowania takiej formy wsparcia było m.in:

- wysokie prawdopodobieństwo utrzymania się bądź pogłębienia izolacji społecznej przy zachowaniu dotychczasowych form wsparcia,
- brak postępów bądź regres w procesie zdrowienia, przy stosowaniu dotychczasowych metod terapeutycznych,
- diagnoza wskazująca na występowanie u danego pacjenta nierozwiązywalnych problemów związanych z jego sytuacją psychospołeczną, relacjami z otoczeniem społecznym,
- egzystowanie w sytuacji zależnej: zależność od świadczeń z pomocy społecznej, świadczenia rentowego, wsparcia członków gospodarstwa domowego, inna zależność.

3.2. Stosowanie ICF w projekcie. Charakterystyka procedur projektu

Stosowanie ICF w projekcie, co do zasady, było zgodne z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia określonymi w polskim wydaniu podręcznika⁶ oraz wskazaniami dla procesu zarządzania w oparciu o ICF w materiałach szkoleniowych. Zgodnie z tym opracowano wytyczne umieszczone w zbiorze procedur modelu. Obejmowały one charakterystykę kolejnych etapów procesu zarządzania przypadkiem w oparciu o ICF. W szczególności były to:

- Sporządzenie opisu i diagnozy, zawierającej dane medyczne, w postaci dokumentacji medycznej, gromadzone jako część diagnostyczna w narzędziu służącym wspieraniu (zarządzaniu) procesu zdrowienia, autodiagnoza, czyli opis z punktu widzenia pacjenta; jego celem jest przedstawienie własnej oceny stanu zdrowia i sytuacji społecznej. Opinia specjalisty ochrony zdrowia – sporządzona była, co do zasady, przez lekarza psychiatrę, a w przypadku braku potrzeby konsultacji psychiatrycznej przez psychologa klinicznego. W przypadku czynników z kategorii aktywność i uczestnictwo opisu dokonać może także pozostały personel, w szczególności koordynator procesu zdrowienia.
- Sporządzenie profilu kategorialnego, zapewniającego całościowy opis stanu funkcjonowania pacjenta i wpływu czynników środowiskowych oraz osobistych na jego funkcjonowanie w określonym czasie. W przypadku schorzeń, dla których istnieją uznane przez WHO oficjalne arkusze kategorialne (schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa i depresja) wykorzystano w praktyce diagnostycznej. Odpowiedzialny za sporządzanie profilu pacjenta był koordynator procesu zdrowienia, przy konsultacji z zespołem terapeutycznym, w szczególności w zakresie określania poziomu upośledzenia/uszkodzenia funkcji i struktur ciała. Bezwzględny wskazaniem do zaangażowania specjalisty właściwego do oceny danej funkcji/struktury jest brak narzędzi do dokonania takiej oceny przez koordynatora procesu zdrowienia.

⁶ World Health Organization, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Geneva 2001.

- Opracowanie arkusza interwencji i wyznaczenie celów procesu zdrowienia. Cele procesu były wypracowane wspólnie przez Koordynatora procesu zdrowienia i uczestnika, przy współudziale innych członków zespołu terapeutycznego oraz otoczenia społecznego uczestnika, najczęściej rodziny. Współdziałanie otoczenia społecznego i zespołu terapeutycznego w tym działaniu zależało od zdiagnozowanych deficytów i wynikającej z nich konieczności grupowego uzgodnienia określonych działań, które będą niezbędne dla efektywnego rozwiązania problemów. Cele były hierarchizowane i wiązane w spójne, ustalone hierarchicznie cykle interwencji, a oddziaływanie miało charakter iteracyjny; realizacja celów danego cyklu warunkowała przejście do kolejnego, wyższego hierarchicznie cyklu interwencji, a w przypadku niezrealizowania celu cyklu wiązała się z koniecznością jego modyfikacji.

Realizacja poszczególnych zadań składających się na cel danego cyklu procesu zdrowienia wymagała przypisania konkretnemu członkowi personelu odpowiedzialności za realizację danego zadania. Odpowiedzialność ta wynikała z formalnych kompetencji dla realizacji poszczególnych zadań (np. leczenie psychiatryczne – lekarz psychiatra, psychoterapia – psycholog i psychoterapeuta), zakresów obowiązków poszczególnych członków zespołu terapeutycznego, decyzji zespołu w sytuacjach niejednoznacznych.

- Sporządzenie tabeli interwencji ICF. Tabela zawierała kompletny wykaz oddziaływań terapeutycznych i innych działań związanych z realizacją celów i zadań ujętych w danym cyklu terapeutycznym. Za sporządzenie tabeli odpowiadał koordynator procesu zdrowienia. W tabeli interwencji określany był personel odpowiedzialny za realizację danego zadania oraz rodzaje interwencji składające się na realizację danego zadania (celu częściowego). Ponadto należało wskazać wartość początkową (wynikającą z diagnozy danej osoby) oraz wartość założoną dla danego celu interwencji. Koordynator procesu zdrowienia zobowiązany był do ciągłego monitorowania przebiegu procesu poszczególnych interwencji i zarządzania ryzykami występującymi w trakcie jego przebiegu.

4. Ocena zastosowania narzędzi opartych na ICF w terapii osób z doświadczeniem choroby psychicznej

Po zakończeniu realizacji projektu kadra terapeutyczna poproszona została o ocenę zastosowanej metodologii zarządzania procesem terapeutycznym; dotyczyła ona kilku wymiarów stosowania ICF. Badanie przeprowadzono przy użyciu ankiety eksperckiej wśród kadry projektu zaangażowanej w stosowanie ICF: lekarzy, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, pracowników socjalnych i koordynatorów procesu zdrowienia. Z założenia badaniem objęto cały personel, ale udział był dobrowolny i anonimowy. Spośród 36 indagowanych ankietę ekspercką wypełniło 29 pracowników.

Ankieta ekspercka to metoda badawcza polegająca na uzyskaniu opinii specjalistów w danej dziedzinie w celu oceny, przewidywania lub analizy złożonych problemów. Jest stosowana w badaniach

naukowych, ewaluacji programów oraz analizach strategicznych. Pytania dotyczyły kilku aspektów stosowania ICF w projekcie.

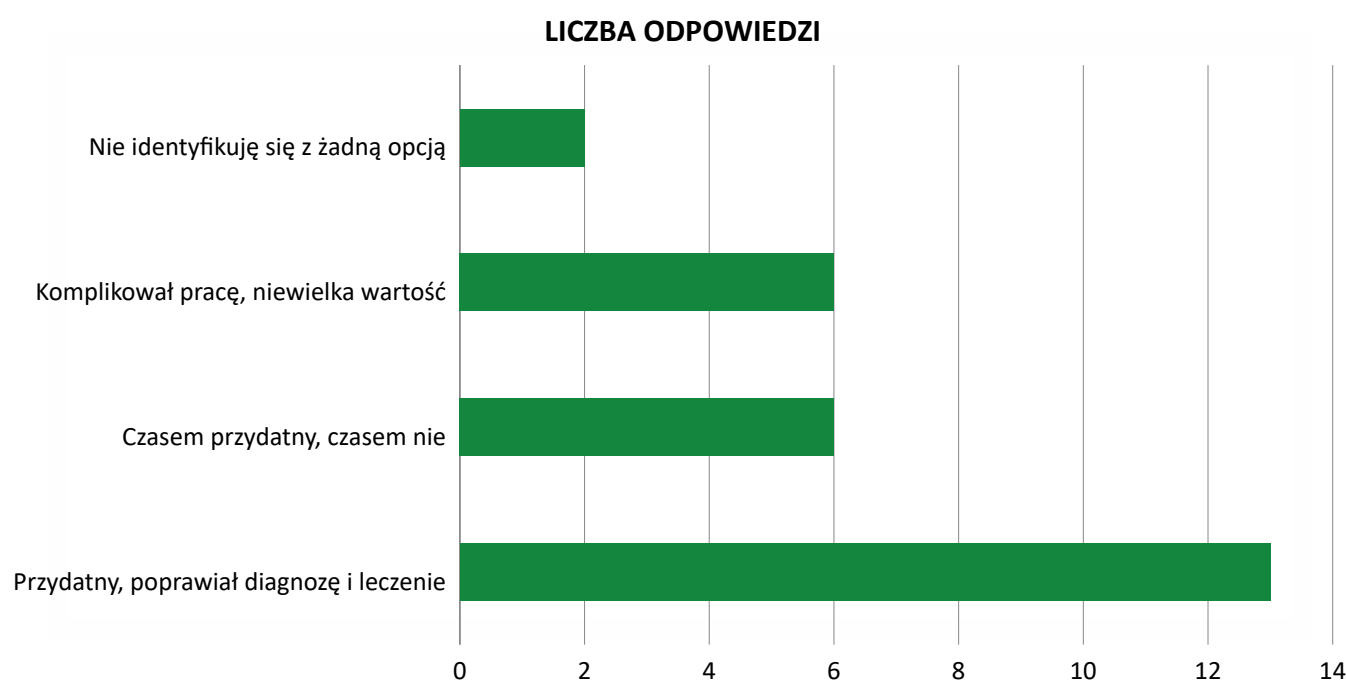
Pierwszy z tych aspektów dotyczył oceny zastosowania metodologii ICF w organizacji procesu terapeutycznego i zarządzania tym procesem. Personel poproszony został o wyliczenie zalet i wad tego rozwiązania oraz wskazanie ewentualnych wątpliwości. Wśród zalet dominowały opinie związane z uniwersalizacją procesu oceny stanu zdrowia i funkcjonowania pacjenta, na co wskazało 7 z 12 osób, wśród których przeprowadzono ocenę. Wskazywały one także na możliwość oceny nasilenia poszczególnych objawów w oparciu o kryteria ilościowe. 5 osób wskazało na wyczerpujący charakter klasyfikacji.

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak ocenia Pan zastosowanie ICF w procesie zarządzania terapią pacjentów? Większość objętych badaniem pozytywnie lub raczej pozytywnie oceniła zastosowanie metodologii ICF w terapii osób, które na podstawie oceny wstępnej włączone zostały w tryb intensywnego zarządzania procesem terapeutycznym. Opinie takie wyraziło 19 na 27 osób. Poszczególne osoby zwracały uwagę na różne aspekty ICF, dzięki którym uznały przydatność tego narzędzia, dla 9 z nich wspólnym mianem był pozytywny wpływ na jakość diagnozy i możliwość zarządzania przypadkiem w sposób adekwatny dla zindywidualizowanych potrzeb danej osoby, a przez to pozytywny wpływ na perspektywę sukcesu terapeutycznego. Innym aspektem było zwrócenie uwagi na sfery często pomijane w diagnozie, jak szerszy kontekst środowiskowy, różne pozornie peryferyjne aspekty funkcjonowania, na które pacjent lub terapeuta inaczej nie zwróciliby uwagi. Kolejnym wspólnym mianownikiem dla pozytywnych ocen była uniwersalność języka oceny i jednoznaczność, przy właściwym stosowaniu narzędzia, danych diagnostycznych, możliwość włączania w diagnozę w uporządkowany sposób dodatkowych narzędzi, jak testy, które obiektywizowały stawiane rozpoznania. Część osób (również 5 wskazań) podnosiła jednakże dokładnie przeciwstawne argumenty, wskazując na subiektywizm narzędzia i brak możliwości obiektywnej interpretacji danych liczbowych (wartości kwalifikatorów) przypisywanych poszczególnym kodom w profilach kategoryalnych pacjentów. Wydaje się, że głównym czynnikiem, który wpłynął na te opinie, było niedostateczne przeszkolenie pracowników, którzy zostali później włączeni do zespołu (w miejsce pracowników, którzy odeszli z pracy), i nieobjęcia ich gruntownym kilkudniowym szkoleniem. Szkolenie to zastąpiono wewnętrznym szkoleniem stanowiskowym, które było krótsze i prowadzone nie przez zewnętrznego specjalistę, lecz innego członka zespołu. W efekcie nowi członkowie zespołu stosowali narzędzie „powierzchniowo”, co powodowało trudności w jego stosowaniu i skłonność do alternatywnego posługiwania się tradycyjnym opisem, do którego przywykli. Jednocześnie zwrotnie mogło to oddziaływać na jakość terapii pacjentów skierowanych do intensywnego zarządzania przypadkiem, poprzez niedostateczną identyfikację istotnych czynników wpływających na diagnozę, następnie planowanie terapii i rehabilitacji oraz zarządzanie tymi procesami. Wskutek tego osiągnięte efekty mogły być gorsze, a czas terapii dłuższy.

4.1. Ocena zastosowania metodologii ICF w procesie terapeutycznym

Badani na ogół dostrzegali przydatność metodologii ICF w procesie zarządzania terapią osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi. Na użyteczność modelu jednoznacznie wskazało 13 badanych, zgadzając się ze stwierdzeniem, że podnosił on trafność diagnozy i poprawiał długoterminowe warunki leczenia. Na częściową przydatność wskazało dalsze 6 osób, łącznie więc ponad dwie trzecie badanych dostrzegło korzyści ze stosowania tej metodologii. Przeciwnego zdania było jedynie 6 badanych, którzy wskazywali, że niepotrzebnie komplikował pracę, wydłużał czas potrzebny na wsparcie jednej osoby, nie dając wiele w zamian. Dwójka z badanych osób nie potrafiła określić swojego stosunku do wskazanego problemu.

Wykres 1. Ocena zastosowania ICF w procesie zarządzania terapią pacjentów



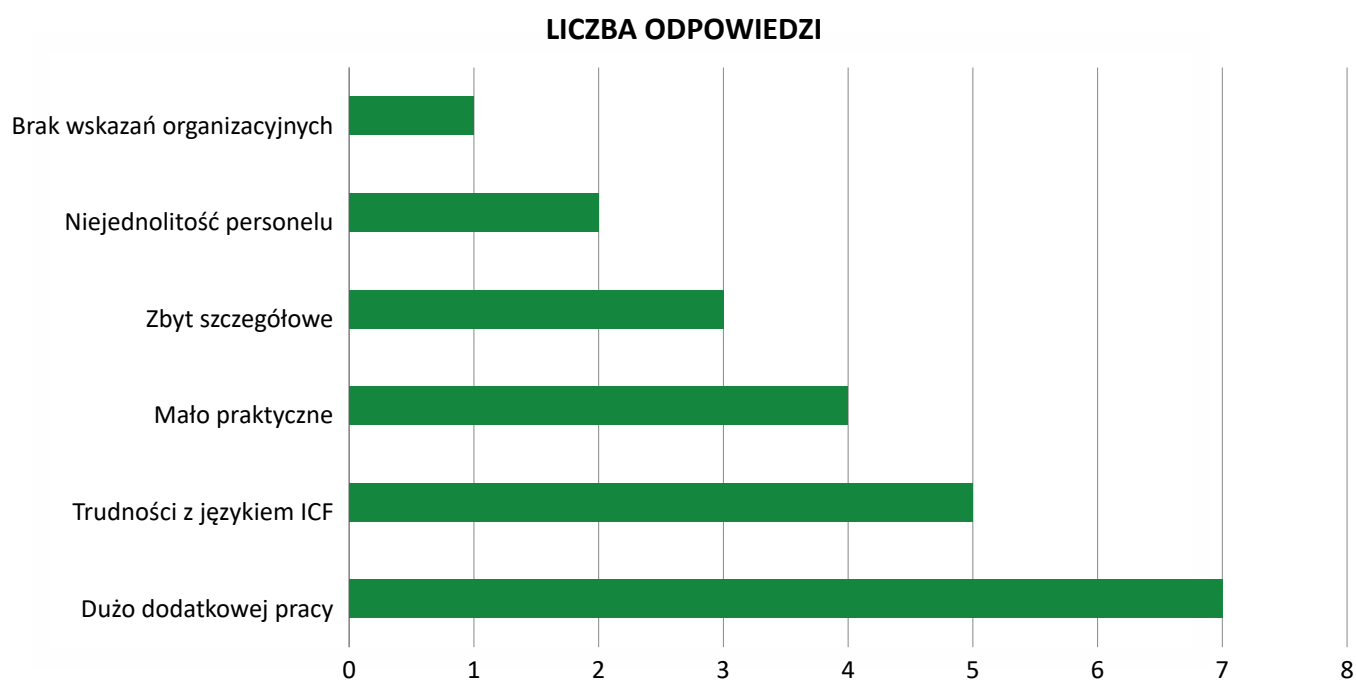
Źródło: opracowanie własne

4.2. Problemy związane ze stosowaniem ICF w opinii badanych

Analiza odpowiedzi respondentów wykazała, że największym problemem była konieczność sporządzania podwójnych opisów. W opinii autora źródłem tego problemu mógł być proces opisany w komentarzu do wykresu 1, a więc przede wszystkim pewne braki w procesie szkolenia z używania tego skompilowanego narzędzia. Dane zawarte w profilu kategoryjnym pacjenta były dla większości badanych zbyt ogólne, aby w pełni odzwierciedlały stan pacjenta, co w opinii ankietowanych powodowało konieczność podwójnych opisów. Wynikać to także mogło z czasochłonności prawidłowego sporządzenia dokumentacji w oparciu o ICF, konieczności poparcia danych liczbowych (kwalifikatorów) obiektywnym materiałem diagnostycznym w postaci przeprowadzonych dodatkowych

testów, pomiarów, arkuszy obserwacji itp. Wydaje się, że wspólnym mianownikiem dla większości zgłaszanych problemów były niedociągnięcia organizacyjno-zarządcze związane z wdrażaniem ICF oraz zbyt niska motywacja części personelu, zwłaszcza lekarskiego, do jego stosowania. Swoiste próby „sabotowania” ICF przez lekarzy, w powiązaniu z ich tradycyjnie wysoką pozycją w strukturze prestiżu personelu zespołów terapeutycznych w lecznictwie psychiatrycznym, powodują wielokrotnie oddziaływanie na pozostały personel na zasadzie „przykładu płynącego z góry”. W efekcie stosowanie narzędzia wymagało stałego monitoringu i stymulacji personelu ze strony kadry zarządzającej, co wiązało się z dodatkowym wysiłkiem i inicjowaniem dodatkowych interakcji – ciągłego zwracania uwagi na jeden z elementów procesu. Zauważono także, że efektywne stosowanie narzędzia wymagałoby odpowiedniego, dedykowanego oprogramowania komputerowego, umożliwiającego szybkie, intuicyjne stosowanie ICF. Stosowanie papierowej dokumentacji przy skali i złożoności narzędzia było wyzwaniem samym w sobie.

Wykres 2. Najczęściej zgłaszane problemy związane ze stosowaniem ICF w projekcie

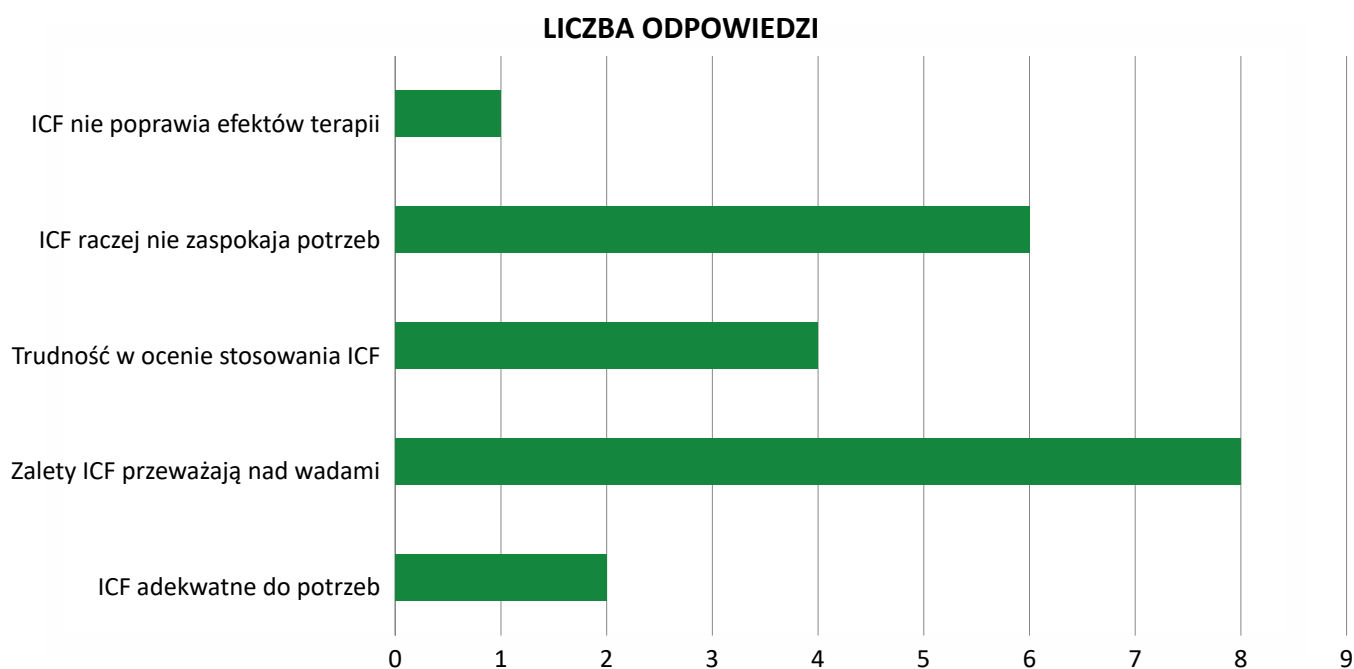


Źródło: opracowanie własne

4.3. Ocena adekwatności ICF w stosunku do potrzeb pacjentów

Kolejnym aspektem oceny stosowania ICF w terapii i rehabilitacji osób z chorobą psychiczną były opinie kadry na temat stopnia, w jakim ta metodologia stanowi adekwatną odpowiedź na potrzeby pacjentów. Opinie na ten temat okazały się dość mocno spolaryzowane, przy niewielkiej przewadze opinii raczej pozytywnych i dość znaczącym udziale negatywnych i ambiwalentnych. Opinie pozytywne koncentrowały się przede wszystkim na kwestii możliwości narzędzia, które – dzięki swojej

wielowymiarowości, obejmowaniu wszystkich aspektów zdrowia i codziennego funkcjonowania człowieka we wszystkich aspektach rzeczywistości – daje unikatową możliwość kompleksowego rozwiązania jego problemów, co znacznie zwiększa szansę na skuteczną terapię najtrudniejszych przypadków w takich schorzeniach jak schizofrenia czy ciężka depresja. Podkreślano także możliwość szybkiej i ciągłej ewaluacji dotychczasowej terapii, łatwe ustalenie jej słabych stron i możliwość korekty działań. Doceniając zalety narzędzia, jednocześnie niektórzy członkowie personelu podkreślali, że z ich perspektywy nie jest to samodzielne narzędzie, które może zastąpić dotychczasową formę dokumentacji, np.: „Wydaje się, że nie jest narzędziem niezbędnym, ani wnoszącym bardzo istotną wartość dla pacjenta. Może być jednak pewnego rodzaju wyznacznikiem obszarów funkcjonowania ważnych z punktu widzenia diagnozy klinicznej i funkcjonalnej. Sam ICF nie jest jednak w stanie zastąpić opisowego wywiadu zawierającego znacznie bardziej szczegółową i często opierającą się na niuansach informację”. Wydaje się, że tego typu ambiwalentne oceny wynikały przede wszystkim ze złego zrozumienia narzędzia. W istocie przecież pełny opis, zawierający wszystkie konieczne niuanse stanowić powinien część składową procesu stosowania metodologii ICF i jest konieczny do sporządzenia pełnego profilu danego pacjenta. Wśród ocen negatywnych dominowały opinie zwracające uwagę na nadmierny, nieadekwatny do potencjalnych korzyści, poziom skomplikowania narzędzia, duże ryzyko nieadekwatnej oceny pacjenta oraz skrajnie różnej oceny pacjentów w podobnym stanie klinicznym przez różne osoby stosujące to samo narzędzie. Wskazywany tu problem braku standaryzacji postępowania wydaje się również wynikać z braków wiedzy tych członków personelu co do właściwego sposobu używania tej metodyki postępowania, np. konieczności sporządzania dokładnego opisu, wywiadu z chorym czy członkami rodziny, a także stosowania dodatkowych testów, komplikujących i wydłużających proces diagnozy. Problem ten ilustruje jedna z opinii „Niejednokrotnie sytuacja pacjenta wymaga bardziej dogłębnego opisu, podania szczegółów, nie jest możliwe oparcie się tylko i wyłącznie o zakodowane w poszczególnych kategoriach informacje”. Jest to więc *de facto* opinia przeciwko postępowaniu się wyłącznie samym profilem kategoryalnym, bez dostępu do innych, niezbędnych elementów dokumentacji.

Wykres 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy ICF jest adekwatną odpowiedzią na potrzeby pacjentów?”

Źródło: opracowanie własne

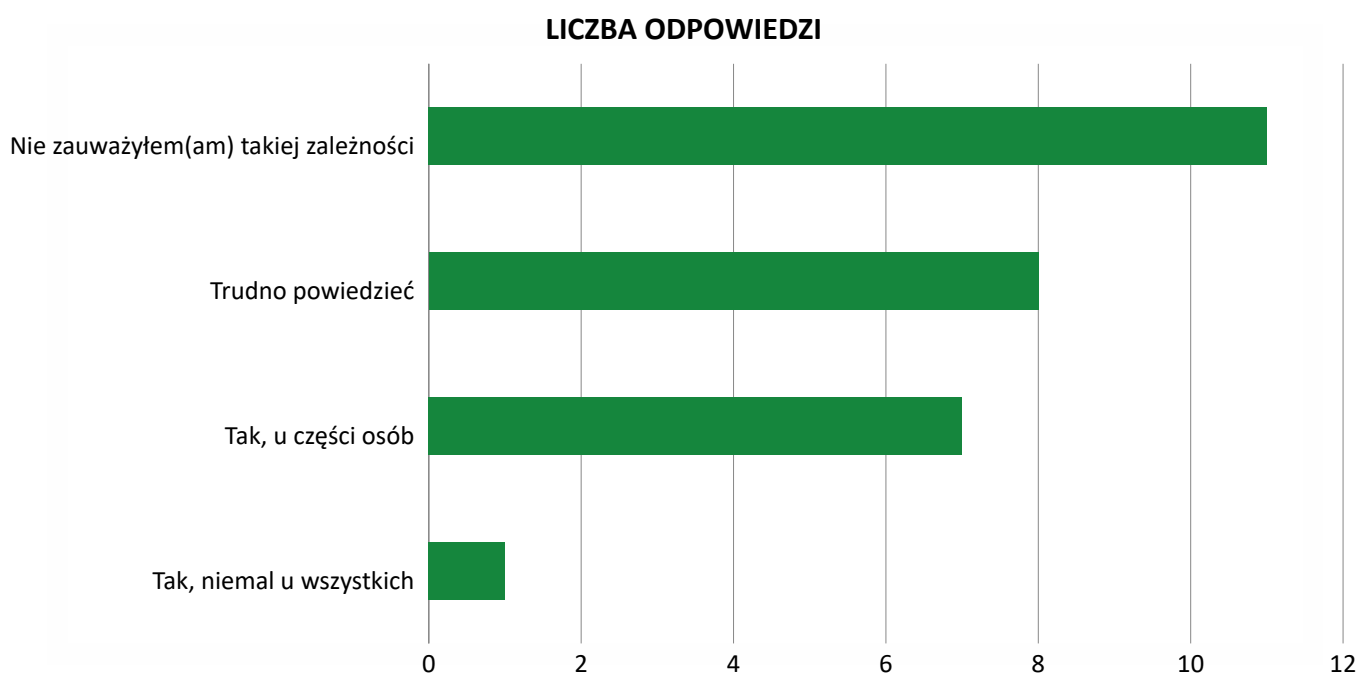
4.4. ICF jako potencjalna wartość dodana w terapii

Kolejną kwestią, będącą przedmiotem badania opinii specjalistów zaangażowanych w terapię osób z problemem psychicznym, była odpowiedź na pytanie, czy dzięki ICF w terapii pacjentów pojawia się swoista „wartość dodana”, a jeśli tak, to na czym ona polega. Większość odpowiedzi korelowała tu z wcześniej przedstawianymi informacjami dotyczącymi oceny adekwatności w stosunku do potrzeb pacjenta. Na pojawienie się pewnej, choćby ograniczonej, wartości dodanej wskazało 19 z 27 osób udzielających odpowiedzi na to pytanie. Najczęściej, w opinii badanych, wartość ta wiązała się ze wsparciem, jakim jest ICF, w procesie diagnozowania i zarządzania procesem terapeutycznym. W opiniach stwierdzano, że bez tego narzędzia wymuszającego wieloaspektową, holistyczną diagnozę, a następnie stały monitoring i ewaluację postępów, nie uzyskano by wielu informacji (diagnoza byłaby niepełna, a planowana ścieżka terapeutyczna nieadekwatna do faktycznych potrzeb). Jako istotną wartość wskazywano także możliwość kodowania danych w uniwersalny sposób: „Możliwość kodowania informacji jest dużą zaletą narzędzia i stanowi podstawę jego uniwersalności, co dodatkowo przekłada się na efektywne opracowywanie danych”. Pozostałych 8 uczestników badania nie wskazało żadnej wartości dodanej w terapii pacjenta.

4.5. Opinie o związku pomiędzy ICF a wynikami terapeutycznymi

W ocenie personelu terapeutycznego stosowanie ICF w zarządzaniu procesem zdrowienia przeważnie pozostawało bez istotnego związku z osiąganymi rezultatami. W opiniach podkreślano brak związku pomiędzy stosowaniem narzędzia oraz osiąganymi rezultatami. Jako powód podawano zwykle stosunkowo krótki czas stosowania narzędzia, a także liczne trudności z jego stosowaniem, brak odpowiedniej biegłości w używaniu narzędzia przez wszystkich członków zespołów terapeutycznych, a także przyzwyczajenia do stosowania dotychczasowych form prowadzenia dokumentacji. Część personelu wskazała na pozytywny wpływ ICF przy konsekwentnym stosowaniu u pacjentów z najcięższymi dysfunkcjami, takim jak schizofrenia czy ciężka lekooporna depresja. Dzięki użyciu ICF oraz indywidualnym zarządzaniem takimi przypadkami wielu uczestników projektu weszło na kolejne etapy ścieżki zdrowienia, podejmowało treningi usamodzielniające oraz rozpoczynało i kontynuowało z sukcesem rehabilitację zawodową w oparciu o model wspomaganego zatrudnienia, a nawet korzystając ze wsparcia systemu pośrednictwa pracy. W tych opiniach brak tego narzędzia z pewnością negatywnie wpłynęłoby na możliwości terapii ww. kategorii pacjentów. W opinii większości badanych (18 osób) opracowane i udostępnione przez WHO ramowe profile kategorialne dla wybranych chorób istotnie ułatwiały pracę i pozytywnie wpływały na proces terapeutyczny. Część uwag ponownie wynikała z niedoskonałości procesu szkoleniowego i stosunkowo niskich kompetencji części osób w stosowaniu narzędzia (np. uwagi, że w niektórych przypadkach profilowanie powinno wyglądać nieco inaczej, choć stosowanie ramowych profili z góry zakłada ich elastyczne dostosowanie do indywidualnych potrzeb danego pacjenta).

Wykres 4. Opinie na temat wpływu stosowania ICF na wyniki terapeutyczne



Źródło: opracowanie własne

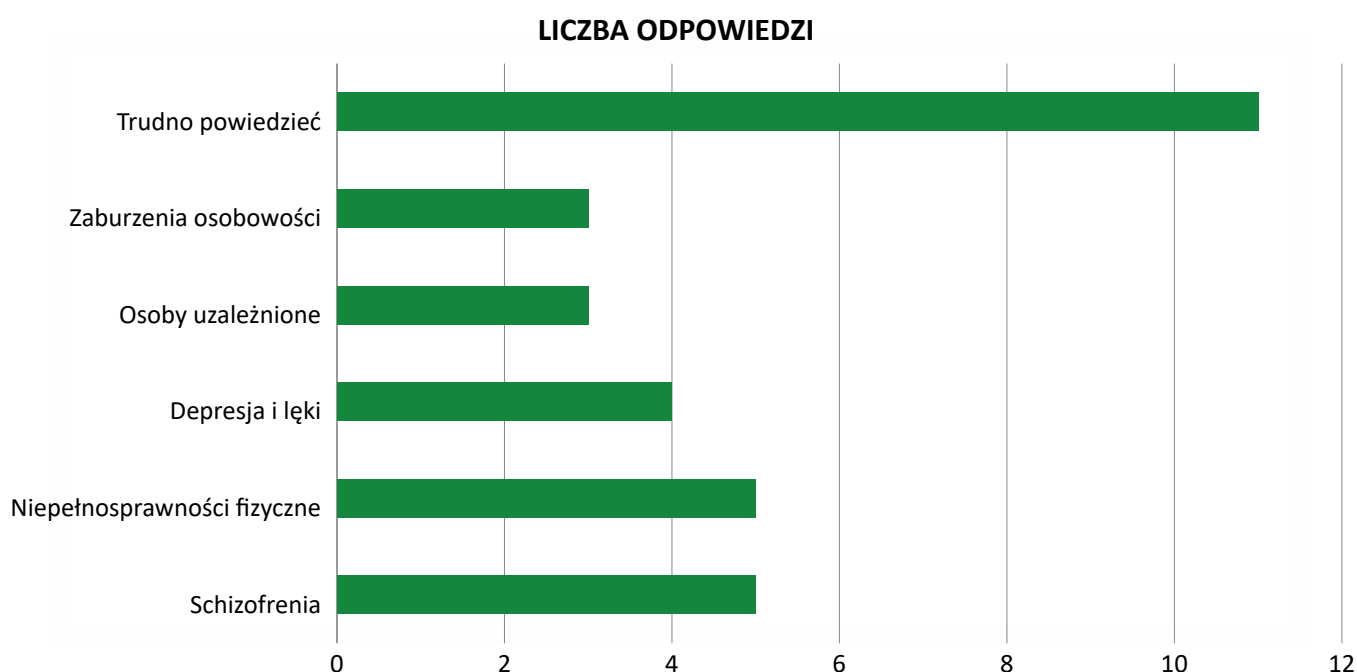
Pomimo dość krytycznych uwag personelu w kwestii obserwowanego wpływu na wyniki terapeutyczne pacjentów, pojawiły się dość liczne wskazania jednostek chorób i zaburzeń psychicznych, w terapii których ICF uznany został za przydatny.

Najliczniej wskazywano na schizofrenię, a także zaburzenia depresyjne i lękowe oraz zaburzenia osobowości.

Na liście wskazań pojawiły się także uzależnienia, które często współwystępują z chorobami i zaburzeniami psychicznymi.

Pięć osób wskazało, że stosowanie ICF sprawdza się w przypadku niepełnosprawności fizycznej, a nie psychicznej, uznając narzędzie za mało przydatne w tego typu terapii i rehabilitacji. Z kolei 11 uczestników badania nie wskazało żadnej jednostki chorobowej.

Wykres 5. Kategoria schorzenia a ocena przydatności ICF

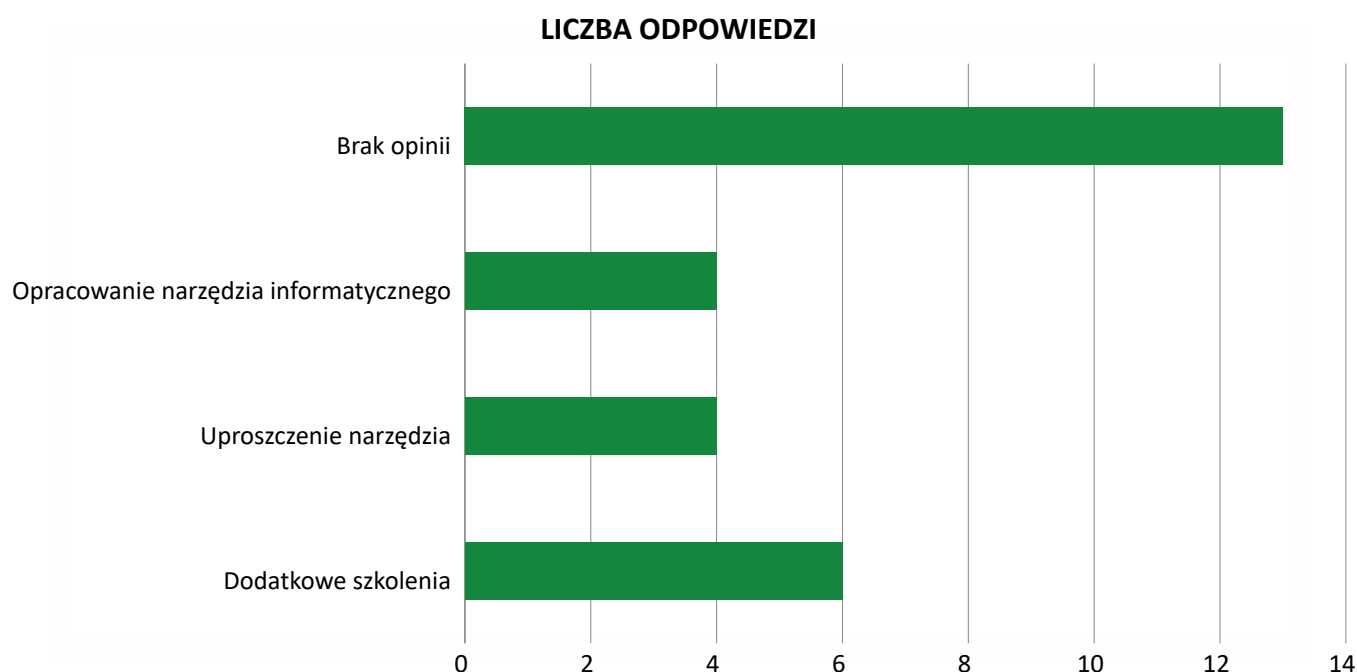


Źródło: opracowanie własne

Badani proszeni byli także o przedstawienie propozycji ewentualnych zmian, które podniosłyby efektywność stosowania ICF w zarządzaniu procesem terapeutycznym. Odpowiadając, uczestnicy badania wskazywali przede wszystkim nie na konieczność modyfikacji narzędzia, ale na elementy związane z procesem jego wdrażania i stosowania. W szczególności podnoszono kwestie wskazujące na mankamenty dotyczące organizacji pracy z tym narzędziem. Jako niedostateczne uznano przygotowanie personelu do stosowania tak skomplikowanego narzędzia. Szkolenie prowadzone przez ekspertów zewnętrznych miało miejsce tylko na początku realizacji projektu, później założono doszkalanie przy stanowisku pracy przez wcześniej przeszkolony personel. W związku z dużą fluktuacją kadr medycznych w projekcie, związaną z sytuacją na rynku pracy w tym sektorze (gwałtowne wzrosty wynagrodzeń), która sięgała 30–40% rocznie, nowo zatrudniani pracownicy mieli problemy z pełnym przyswojeniem sobie zasad korzystania z tak złożonego narzędzia. Kolejną kwestią podnoszoną przez znaczną część

kadry był brak narzędzia informatycznego wspomagającego pracę z ICF. W wyrażanych opiniach podkreślano, że w sytuacji braku takiego wspomaganie nawet dobra znajomość metodologii ICF, utrudnia, jeśli nie uniemożliwia, efektywne wykorzystywanie go w praktyce terapeutycznej i rehabilitacyjnej. Oddaje to jedna z wypowiedzi: „Konieczne jest usprawnienie oprogramowania, które połączy opcję opisową z kodową i w sposób automatyczny będzie umożliwiało tworzenie opisów przypadków”. W oprogramowaniu powinny być zaszyte sugerowane profile kategoryjne dla poszczególnych chorób czy zaburzeń. W ich ramach podjęte powinny być także testy diagnostyczne pozwalające sprawnie ustalić poziom funkcjonowania pacjenta dla poszczególnej kategorii ICF, tak żeby ocena była zobiektywizowana”.

Wykres 6. Opinie o możliwych modyfikacjach stosowania ICF



Źródło: opracowanie własne

5. Zakończenie

Wdrożenie zarządzania przypadkiem na podstawie metodologii ICF w ramach zintegrowanego modelu terapeutycznego dla pacjentów z zaburzeniami i chorobami psychicznymi przyniosło pewne, aczkolwiek ograniczone, korzyści. Personel medyczny wskazał konkretne jednostki kliniczne, w których stosowanie tego podejścia, w jego opinii, przyniosło korzyści terapeutyczne. Jednocześnie wydaje się, że na wyniki badania największy wpływ mogło mieć niedostateczne przygotowanie personelu do stosowania tak złożonego narzędzia, jakim jest ICF. Wprowadzanie metodologii ICF do zarządzania procesem terapii i rehabilitacji powinno być wspomagane przez narzędzie informatyczne, najlepiej powiązane z szeregiem narzędzi diagnostycznych pozwalających ustalić stopień uszkodzenia struktur bądź funkcji ciała zgodnie z procedurami stosowanymi w medycynie i rehabilitacji.

Bibliografia

1. Cechnicki A., Kaszyński H., *Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorych na schizofrenię – rozwiązania krakowskie*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, t. 9, nr 3, s. 427–434.
2. Kiejna A., Piotrowski P., Adamowski T., Moskalewicz J., Wciórka J., Stokwiszewski J., Rabczenko D., Kessler R. C., *The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study*, „Psychiatria Polska” 2015, t. 49, nr 1, s. 15–27.
3. Ministerstwo Zdrowia, *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022*, Warszawa 2017.
4. Ministerstwo Zdrowia, *Strategia Rozwoju Psychiatrii w Polsce na lata 2021–2025*, Warszawa 2021.
5. Pfeiffer S., Gabriel A., Wciórka J., *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*, „Psychiatria Polska” 2018, t. 52, nr 5, s. 783–797.
6. Prot-Klinger K., *Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem – próba integracji podejść*, „Psychiatria” 2013, t. 10, nr 3–4, s. 101–108.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, Dz.U. 2018 poz. 852.
8. Skiba W., Siwicki D., *Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce – dwie ścieżki, jeden cel. Analiza porównawcza założeń i pierwszych etapów wdrożenia modeli psychiatrii środowiskowej*, [w:] W. Skiba (red.), *Instytut Socjologii, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2023*.
9. Skiba W., *Uwarunkowania wdrażania deinstytucjonalizacji w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej” 2017, nr 37(2), s. 94–103.
10. Sterna W., *Problemy środowiskowych domów samopomocy*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, t. 9, s. 435–441.
11. Uffing H. T., Ceha M. M., Saenger G. H., *The development of de-institutionalization in Europe*, „Psychiatric Quarterly” 1992, t. 63, nr 3, s. 265–278.
12. Wciórka J., *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000
13. Wciórka J., Wciórka B., *Stigma and discrimination: their nature and impact on psychiatric care*, „Psychiatria Polska” 2016, t. 50, nr 1, s. 5–11.
14. World Health Organization, *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*, Geneva 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707> [dostęp: 9.04.2025].
15. World Health Organization, *Improving health systems and services for mental health*, Geneva 2009, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774_eng.pdf [dostęp: 25.05.2021].
16. World Health Organization, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva 2001.
17. Załuska M., Paszko J., *Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych*, „Psychiatria Polska” 2002, t. 36, nr 6, s. 953–966.