

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia

Streszczenie

Dopiero w drugiej połowie XX wieku podjęto próby kompleksowych rozwiązań problemów osób niepełnych. Dotychczas niepełnosprawność, jako następstwo choroby lub urazu, rozpatrywano z medycznego punktu widzenia, traktując ją jako problem jednostkowy osoby wymagającej odpowiedniej opieki medycznej, mającej na celu poprawę stanu zdrowia i funkcjonowania organizmu. Od rezolucji XXIX Światowego Zgromadzenia Zdrowia (1976 r.) trwały prace zakończone w 2001 r. przyjęciem ostatecznej wersji nowej Klasyfikacji pod nazwą: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF – ang. International Classification of Functioning, Disability and Health). Jest ona składnikiem komplementarnych względem siebie klasyfikacji dotyczących zdrowia i czynników z nim związanych, zaakceptowanych przez WHO i polecanych do stosowania we wszystkich krajach świata. ICF nie jest klasyfikacją ludzi, natomiast jest klasyfikacją cech charakterystycznych stanu zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska. Przedstawiono charakterystyki podstawowych składników klasyfikacji i wzajemne ich uwarunkowania, przewidywane dalsze kierunki jej rozwoju, zakres jej wdrażania w krajach Europy (także w Polsce). Zaprezentowano szereg zalet szerokiego jej stosowania. ICF ocenia funkcjonowanie i niepełnosprawność w skali jakościowej i ilościowej, umożliwia zapis w języku międzynarodowym w formie elektronicznej (kodów), pozwala na porównanie wyników w skali jednostkowej i makro, ale także w różnych okresach. Może być narzędziem nie tylko statystycznym, ale również klinicznym, badawczym (zwłaszcza w działaniach wielodyscyplinarnych zespołów diagnostyczno-terapeutycznych), edukacyjnym, ekonomicznym, a także narzędziem przydatnym dla celów polityki społecznej.

Słowa kluczowe: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, ICF: składniki, zakres zastosowania, zalety, wdrażanie, polityka społeczna

International Classification of Functioning, Disability and Health

Summary

Not until in the second half of the 20th century, attempts have been made to introduce comprehensive solutions of problems of the disabled. So far, disability, as a consequence of illness or injury, has been considered from a medical point of view, and treated as an individual problem of person requiring appropriate medical care, to improve health and functioning of the body. Since the resolution of the XXIX World Health Assembly (in 1976), efforts have been made and completed in 2001 with the adoption of the final version of the new Classification, namely the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). It stands for a component of complementary to each other classifications of health and the related factors, accepted by WHO and recommended for use in all countries of the world. ICF is not a classification

of people, but it is a classification of the characteristics of human health in the context of the individual circumstances and influences of the surrounding environment. In the article the characteristics of the basic components of classification and their mutual determinants, expected future directions of its development and the scope of its implementation in Europe (including Poland) are presented. A wide range of benefits for its wide application is also shown. ICF uses qualitative and quantitative methods to measure functioning and disability, enables recording in the international language and in electronic form – the codes, allows for the comparison of the individual and macro level results, and at different times as well. It can be a statistical, clinical, research (especially in the activities of multi-disciplinary diagnostic and therapeutic teams), educational, and economic tool, that can be used in social policy as well.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF: components, scope, benefits, implementation, social policy

Upośledzenie sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej, w następstwie chorób i urazów, towarzyszy ludzkości od zarania dziejów. Różnie je określano i odmienny był do nich stosunek społeczeństwa w poszczególnych kulturach, religiach i obyczajach, w kolejnych okresach historii ludzkości.

Zmieniające się poglądy na temat upośledzenia sprawności i przyczyn jej powstawania miały znaczący wpływ na sposób traktowania osób niepełnosprawnych. Stosowano także różne nazewnictwo dla określenia upośledzenia sprawności w następstwie chorób lub urazów (kalectwo, inwalidztwo itp.). Te rozmaite określenia dotyczyły grupowania ich według przyczyn chorobowych niesprawności (np. chorych psychicznie) albo powodów jej powstania (np. inwalidzi wojenni).

W czasach nowożytnych niewiele było prób systemowego rozwiązania problemów osób niepełnosprawnych.

Już sam termin „funkcjonowanie” nasuwa pewne wątpliwości aksjologiczne. Przez twórców ICF został on użyty jako mający na celu określanie wszelkich stanów ludzkiego organizmu w relacji do środowiska, w jakim przebywa człowiek, ale także do instytucji, urządzeń technicznych czy samego organizmu, dających się opisać zobiektywizowanym, rzeczowym, uniwersalnym (międzynarodowym) językiem (językiem kodów), umożliwiającym zapis i analizy w systemach elektronicznych. Językiem, który pozwala na opis stanów, rzeczy, zdarzeń, czynności lub zachowań poddających się pomiarowi, a odnoszących się do zdrowia czy niepełnosprawności. Przyjmuje się, że w tworzeniu tego języka można osiągnąć konsensus wśród badaczy, ekspertów dobierających kategorie opisu, lecz **także wśród osób, których stan zdrowia lub niepełnosprawność mają być przedmiotem opisu**. Oznacza to także, że zarówno twórcy, kontynuatorzy, jak i realizatorzy programów badawczych traktują ten system klasyfikacji jako otwarty i rozwijający się system wiedzy.

Próby kompleksowych rozwiązań problemów osób niepełnosprawnych, niezależnie od tego, czy urodziły się jako osoby kalekie, czy doznały upośledzenia sprawności w następstwie przebytych chorób czy urazów i bez względu na to, czy naruszenie sprawności organizmu powstało w czasie zatrudnienia, czy w okresie pobierania nauki lub w związku z działaniami wojennymi, podjęto dopiero w połowie XX wieku.

W Polsce od 1982 r. terminem „osoby niepełnosprawnej” określa się osoby wykazujące upośledzenie sprawności w następstwie naruszenia organizmu (Uchwała Sejmu RP z 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych).

Profesjonalizm w systemach ochrony zdrowia

Według *World Health Organization* (WHO), za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego życia indywidualnego i społecznego, na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych.

Dotychczas niepełnosprawność, jako następstwo choroby lub urazu, rozpatrywano z medycznego punktu widzenia. Postrzegano ją jako problem jednostkowy osoby wymagającej odpowiedniej opieki medycznej, mającej na celu poprawę stanu zdrowia i funkcjonowania organizmu. Natomiast aspekty psychospołeczne dotyczące rzeczywistych, życiowych problemów osób niepełnosprawnych, np. takich jak usuwanie barier ograniczających możliwość ich uczestnictwa w życiu społecznym, nie były w pełni uwzględniane.

ICF należy do zbioru komplementarnych względem siebie klasyfikacji dotyczących zdrowia i czynników z nim związanych, zaakceptowanych przez WHO i polecanych do stosowania we wszystkich krajach świata. Poza nią, do zbioru tego należy jeszcze ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – najstarsza (powstała w 1900 r., aktualnie stosowana od 1990 r. w wersji 10 rewizji, jako ICD 10).

Rys historyczny ICF:

- 1972 r. – WHO przygotowała wstępne opracowanie dotyczące skutków choroby;
- 1974 r. – opracowano osobno klasyfikacje dotyczące upośledzeń i utrudnień wynikających z kalectwa, których wyniki przedstawiono w 1975 r. na Międzynarodowej Konferencji do spraw IX rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób;
- 1976 r. – XXIX Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję WHA 29.35, zalecającą opublikowanie w celu przetestowania uzupełniającej klasyfikacji upośledzeń i inwalidztwa jako suplementu do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób;
- 1980 r. – opublikowano Międzynarodową Klasyfikację Upośledzenia, Niepełnosprawności i Inwalidztwa (ang. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – ICIDH), która była przetłumaczona na język polski z inicjatywy ówczesnego Naczelnego Lekarza ZUS przez zespół pod kierownictwem prof. Eugeniusza Wąsiewicza – kierującego Katedrą Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Poznaniu;
- 1993 r. – rozpoczęto prace przygotowywania poprawionej wersji ICIDH. Uznano za konieczne jej uproszczenie ze względu na model przyczynowy, na którym opierała się ICIDH-1980 oraz brak zmian w czasie i jednokierunkowy przepływ od upośledzenia do niepełnosprawności i kalectwa. Zaproponowano włączenie do klasyfikacji czynników kontekstowych (środowiskowych i osobniczych). W procesie przygotowującym

poprawioną wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności brali udział przedstawiciele większości krajów świata, zajmujący się problematyką następstw choroby, a także Centra współpracujące z WHO. Proces ten od samego początku był wspierany przez osoby niepełnosprawne i organizacje zajmujące się niepełnosprawnością, szczególnie przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych (ang. *Disabled People's International*);

- 1994 r. – Europejskie Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako [...] jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężyć w taki sposób, jak inni ludzie. Te przeszkody określane jako bariery są często wzmacniane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa;
- 1997 r. – przyjęto wersję roboczą ICDH-2 Beta 1 (badania terenowe przeprowadzono od czerwca 1997 r. do grudnia 1998 r.), a w 1999 r. wersję ICDH-2 Beta-2 (badania terenowe przeprowadzono od lipca 1999 r. do września 2000 r.). Badania te były przeprowadzone w ponad 50. krajach z udziałem 1800. ekspertów z dziedziny ubezpieczeń społecznych, szkolnictwa, lekarzy, pielęgniarek, socjologów i innych grup zawodowych;
- 22 maja 2001 r. – Zgromadzenie Zdrowia w Rezolucji WHA 54.21 przyjęło ostateczną wersję nowej Klasyfikacji pod nazwą: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF – ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health*).

Rezolucja ta stanowi:

Pięćdziesiąte czwarte Zgromadzenie Zdrowia

1. PRZYJMUJE drugą edycję Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń i Upośledzeń (ICIDH) pod tytułem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, od tej chwili określanej w skrócie jako ICF;
2. ZALECA Państwom Członkowskim stosowanie ICF jako odpowiedniej klasyfikacji w badaniach naukowych, procesach nadzoru i sprawozdawczości, biorąc pod uwagę specyficzne sytuacje w Państwach Członkowskich, i szczególnie w obliczu możliwych dalszych rewizji;
3. ZWRACA się z prośbą do Dyrektora Generalnego o wspieranie Państw Członkowskich, na ich prośbę, we wdrażaniu ICF.

Potrzeba stosowania ICF

Zmieniające się ciągle systemy opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach świata dochodzą do momentu, w którym pojawiają się oczekiwania na przedstawienie efektów, czy dokonane zmiany rzeczywiście skutkują poprawą stanu zdrowia populacji. Aby to ustalić, niezbędne

są wspólne uniwersalne mierniki, które oceniają stopień obciążenia chorobą zarówno poszczególnych chorych, jak i ich otoczenia, pozwolą na ustanowienie priorytetów w oparciu o dane empiryczne i koncepcję zdrowia oraz pozwolą oceniać wyniki zastosowanych interwencji zdrowotnych, nie tylko w aspekcie leczenia choroby, ale także dalszego funkcjonowania chorego. Wymaga to opracowania prostych w użyciu narzędzi, powiązanych z ICF i przydatnych w ocenie wyników poszczególnych systemów opieki zdrowotnej, jak i poszczególnych rodzajów interwencji zdrowotnych zarówno w skali jednostki, jak i populacji. Potrzeba opisu w dokumentacji lekarskiej objawów choroby, jej przebiegu czy oceny ciężkości stanu chorego, została dostrzeżona już bardzo dawno. Jej realizacja polegała jednak głównie na ocenie jakościowej, obciążonej sporym błędem, zależnym od kwalifikacji i doświadczenia lekarza opisującego. Stąd też opisy takie są mało dokładne i zawierają wiele różnych indywidualnych określeń, często niezrozumiałych – poza autorem – dla innych lekarzy lub wieloznacznych. Przekazywane opisy nie są wystarczające, aby uznać je za dowód naukowy. Dla potrzeb badań naukowych należało stworzyć możliwość ich przeprowadzania w wielu ośrodkach klinicznych, opracowując precyzyjnie zdefiniowane, jednakowe kryteria ocen i interpretacji danych klinicznych zarówno jakościowych, jak i ilościowych. Tworzeniem takich narzędzi badawczych dla oceny ilościowej zajmuje się nowa dziedzina nauki: klinimetria, której dynamiczny rozwój można obecnie obserwować. Stworzone przez nią narzędzia czasem „żyją” tylko do zakończenia poszczególnych badań, a nierzadko są przejmowane przez klinicystów i wprowadzane do powszechnego użytku w praktyce klinicznej wśród reprezentantów danej specjalności, ale także nawet przez ogół lekarzy terapeutów. Narzędzia te – określane mianem skal lub klas – w zależności od celu, dla którego zostały stworzone, można podzielić na grupy:

- do oceny objawów klinicznych – stwarzając możliwość ich monitorowania, oceny ciężkości stanu chorego, przebiegu choroby lub efektów leczenia, a także ustalania rokowania,
- do oceny sprawności pacjentów z defektami w strukturze narządów i układów, w tym zwłaszcza ośrodkowego układu nerwowego – stwarzając możliwość oceny zdolności do podejmowania określonej pracy zawodowej, wykonywania codziennych czynności oraz ustalenia potrzeby opieki,
- do oceny jakości życia pacjentów, przy czym mogą to być skale ogólne, stosowane do pomiaru funkcjonowania chorych z różnymi chorobami i szczególne, do pomiaru w określonej chorobie lub niesprawności określonego układu lub narządu¹.

Jednak mnogość opracowanych skal opisujących to samo, ale nie w taki sam sposób, spowodowała pewien chaos. Pojawiła się potrzeba zapisu w języku uniwersalnym, pozwalającym

¹ Klinimetria (ang. *clinimetrics*), zapoczątkowana przez Einsteina (1983 r.) i Asplunda (1987 r.), oznacza pomiar zjawisk klinicznych występujących u pacjenta. Jest to specyficzna dziedzina wiedzy medycznej skupiająca się na konstrukcji i ocenie wskaźników klinicznych, używająca licznych specyficznych metod blisko spokrewnionych ze strategią psychometrii i taksonomii. Por. R. Ślusarz, W. Beuth, B. Książkiewicz, *Ocena klinimetryczna chorego z krwotokiem podpajęczynówkowym wywołanym tętniakiem śródczaszkowym – przegląd skal klinicznych*, „Adv Clin Exp Med” 2006, Nr 15, s. 3

na porównywanie wyników i ocen uzyskanych za pomocą takich samych narzędzi i używania tych samych pojęć i określeń, a jednocześnie dających się zapisać w języku elektronicznym. Niezbędne stało się wprowadzenie kodowania stanów zdrowia i niepełnosprawności opartych na takiej klasyfikacji, aby uzyskanym, rzetelnym danym statystycznym umożliwić porównywalność na przestrzeni czasu u konkretnego chorego, w grupie osób cierpiących na tę samą chorobę lub takie samo zaburzenie funkcji organizmu, w określonej zbiorowości, ale i na wszystkich szczeblach podziałów terytorialnych i politycznych świata, przy jednoczesnym uwzględnianiu wymagań dotyczących jakości takich danych. Na takie wyniki oczekują:

- władze publiczne, które są obciążane coraz większymi kosztami, ponieważ w wyniku postępu wiedzy medycznej choroby znacznie częściej nie zagrażają życiu, lecz powodują upośledzenie sprawności,
- osoby niepełnosprawne oczekujące realizacji ich praw i stworzenia im warunków do integracji ze społeczeństwem,
- lekarze praktycy i naukowcy prowadzący badania w dziedzinie medycyny klinicznej i zdrowia (zwłaszcza badania dotyczące wyników interwencji zdrowotnych według schematu: ocena wstępna – interwencja zdrowotna – ocena wyników). Brak jednolitych standardów i wspólnego języka w tej dziedzinie tworzy swoistą „wieżę Babel”.
Takie warunki spełnia, a nawet wychodzi poza nie, ciągle doskonalona klasyfikacja ICF.

Informacje o stosowaniu ICF w Europie

Jiri Votava z Zakładu Rehabilitacji Uniwersytetu Karola w Czechach przeprowadził w 2012 r. badania ankietowe na temat zakresu stosowania ICF w krajach europejskich. Pełny tekst klasyfikacji ICF (w wersji zatwierdzonej przez WHO) dostępny był w 16. z 18. krajów. Wraz z oryginalną wersją dokumentu w języku angielskim, funkcjonuje 15 wersji językowych. Klasyfikacja ICF stosowana jest w opiece zdrowotnej w trzech krajach. W jednostkach rehabilitacji medycznej jest stosowana w 9. krajach. Używają jej przede wszystkim lekarze szkoleni w jej zakresie (w 11. krajach), a także fizjoterapeuci (8 krajów) i terapeuci zajęciowi (7 krajów). Przepisami prawa we Francji zostało wprowadzone stosowanie klasyfikacji ICF przez wszystkich członków zespołów rehabilitacyjnych, a także w opiece społecznej, rehabilitacji zawodowej i szkolnictwie specjalnym. Podobnie w Danii oraz Belgii. W 15. krajach organizowane są przez centralne instytucje ochrony zdrowia lub uczelnie kształcące w zakresie rehabilitacji medycznej szkolenia z zakresu ICF.

Czym jest ICF?

ICF nie jest klasyfikacją ludzi, natomiast jest klasyfikacją cech charakterystycznych stanu zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska. Wskazane jest łączne stosowanie ICD-10 i ICF, gdyż obie informacje

dotyczące rozpoznania choroby i funkcjonowania dają szerszy obraz, przedstawiający zarówno zdrowie poszczególnych osób, jak i całej populacji.

Obie te klasyfikacje są narzędziem opisującym za pomocą ustalonych kodów i przez to umożliwiającym elektroniczne zapisywanie we wspólnym języku, a więc i porównywanie zdrowia populacji na poziomie jednostki w różnych regionach kraju i międzynarodowym, w tych samych oraz różnych okresach.

Prace dotyczące klinicznych zastosowań ICF prowadzone są w bardzo wielu krajach świata. Koordynują je wyznaczone ośrodki. Kieruje nimi m.in. Gerald Stucki z Uniwersytetu w Monachium.

ICF – jako układ odniesienia i ramy pojęciowe w praktyce klinicznej ma najszersze zastosowanie w działaniach wielodyscyplinarnych zespołów diagnostyczno-terapeutycznych:

- jako narzędzia w tworzeniu i rozwijaniu systemów informacyjnych w zarządzaniu opieką zdrowotną oraz informacji klinicznej – w tym dokumentacji medycznej i terminologii lekarskiej,
- dla potrzeb polityki społecznej, szczególnie w dziedzinie orzekania o niepełnosprawności, szeroko rozumianej edukacji, norm prawnych i kierowaniu rynkiem pracy,
- jako oceny efektów zdrowotnych w skali jednostki i w skali makro w odniesieniu do wszelkich interwencji medycznych.

Liczne i szerokie kręgi środowisk medycznych dostrzegły już znaczenie (nie tylko informatyczne, ale także dotyczące nowego spojrzenia na zadania ochrony zdrowia) i korzyści płynące z zastosowania ICF.

WHO obecnie jest w trakcie opracowywania narzędzi oceniających, powiązanych z klasyfikacją ICF, a mianowicie wersji skróconej do celów przesiewowych, wersji do codziennego użytku przez pracowników ochrony zdrowia i wersji pełnej do badań naukowych.

Klasyfikacja ICF przede wszystkim określa, co powinno być przedmiotem pomiaru, a więc jakie dziedziny – w języku ICF zwane „kategoriami” – oraz jakie istnieją pomiędzy nimi współzależności. Te kategorie w ICF zorganizowane są w dwóch częściach:

Część pierwsza: Funkcjonowanie i Niepełnosprawność:

1. Funkcje i Struktury (budowa) organizmu,
2. Aktywność (działanie) i Uczestniczenie.

Część druga: Czynniki Kontekstowe:

1. Czynniki Środowiskowe,
2. Czynniki Indywidualne.

Jednocześnie obejmuje ona trzy płaszczyzny:

- Pierwsza dotyczy uszkodzenia (*impairment*) budowy anatomicznej i funkcjonowania organizmu, czyli wymiaru biologicznego. Uszkodzenie stanowi podstawę do określenia ograniczenia działania (*activity limitation*) i uczestniczenia (*participation restriction*);

- Druga obejmuje aktywność jednostki, jej poziom funkcjonowania oraz uczestnictwo w życiu społecznym i relacje ze społeczeństwem;
- Trzecia obejmuje zależność między jednostką a otoczeniem (środowiskiem) – określa utrudnienia ograniczające uczestnictwo, ich rozmiar, a także możliwość ułatwień.

Funkcje ciała to fizjologiczne czynności organizmu, w tym psychologiczne. Klasyfikacja ICF wyróżnia następujące funkcje organizmu człowieka:

1. Funkcje umysłowe,
2. Funkcje narządów zmysłów i ból,
3. Funkcje głosu i mowy,
4. Funkcje układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, krwiotwórczego i odpornościowego,
5. Funkcje układu trawiennego, metabolizmu i układu hormonalnego,
6. Funkcje układu moczowo-płciowego i rozrodczego,
7. Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i funkcje związane z ruchem,
8. Funkcje skóry i struktur powiązanych ze skórą.

Struktury ciała to anatomiczne części organizmu (np. narządy, kończyny i ich części itp.). Znaczne odchylenia od normy lub brak funkcji czy struktury zostały określone jako „upośledzenia”.

Składnik drugi to **Aktywność i Uczestniczenie**. Obejmuje on pełny zakres dziedzin dotyczących funkcjonowania zarówno z perspektywy pojedynczej osoby, jak i społeczeństwa.

Aktywność to wykonywanie zadania lub podjęcie działania przez jednostkę. Wyróżniając rodzaje aktywności, określa się funkcjonowanie w perspektywie jednostki. Upośledzenia aktywności to trudności, jakich osoba może doświadczać przy jej realizowaniu (w wykonywaniu czynności).

Uczestniczenie to inaczej włączenie się (zaangażowanie) w sytuacje życiowe. Wyróżniając rodzaje uczestniczenia, określa się funkcjonowanie w perspektywie społecznej (np. wykonywanie pracy zarobkowej). Upośledzenia uczestniczenia to trudności, jakich osoba może doświadczać, angażując się w sytuacje życiowe.

Te składniki można stosować, aby wskazać aktywności lub uczestniczenie albo obydwa razem.

Dziedziny tego składnika są określane przez dwa kwalifikatory: **Zdolność i Wykonanie**.

Standardem lub normą, do których przyrównywane są „Zdolność” i „Wykonanie” osoby dotkniętej upośledzeniem (ograniczeniem), jest „zdolność” i „wykonanie” osoby bez upośledzenia sprawności. Ograniczenie stanowi zapis rozbieżności między obserwowanym a oczekiwanym wykonaniem. „Wykonanie oczekiwane” jest normą w populacji i obrazuje wykonanie ludzi wolnych od określonego upośledzenia. Tę samą normę stosuje się w kwalifikatorze:

„Zdolność”, co pozwala wywnioskować, jak należy zmienić środowisko danej osoby, aby zwiększyć jej możliwości wykonania.

Kwalifikator „**Zdolność**” opisuje możliwości wykonywania przez daną osobę zadania lub podjęcia działania. Celem tej konstrukcji jest wskazanie najwyższego możliwego stopnia funkcjonowania, jaki dana osoba może osiągnąć w danej dziedzinie i w danym momencie. Aby ocenić pełne możliwości danej osoby, potrzebne jest określone środowisko neutralizujące zmienny wpływ rozmaitych środowisk na możliwości poszczególnych osób. Środowisko może być rzeczywiste lub znormalizowane, zwane „ujednoliconym” lub „standardowym”, zakładające istnienie hipotetycznego środowiska o ujednoliconym oddziaływaniu. Zatem „Zdolność” odzwierciedla możliwości tej osoby uwarunkowane środowiskowo. To uwarunkowanie winno być identyczne dla wszystkich ludzi we wszystkich krajach, aby można było przeprowadzić międzynarodowe porównania.

Kwalifikator „**Wykonanie**” określa, co dana osoba robi (wykonuje) w swoim aktualnym środowisku.

Ponieważ jej aktualne środowisko dotyczy określonych warunków społecznych, wykonanie może być również rozumiane jako „zaangażowanie w sytuację życiową” lub „przeżywane doświadczenie życiowe” ludzi żyjących w aktualnych warunkach społecznych. Do warunków tych zalicza się czynniki środowiskowe – wszystkie aspekty świata fizycznego, społecznego i dotyczącego postaw, które mogą być zakodowane z wykorzystaniem składnika.

Problem z wykonywaniem może być wywołany bezpośrednio przez środowisko (otoczenie) społeczne, również wtedy, gdy u danej osoby nie występuje żadne upośledzenie. Na przykład, osoby będące nosicielami wirusa HIV, bez objawów choroby lub osoby z genetyczną skłonnością do określonej choroby, które nie wykazują żadnego upośledzenia ani ograniczenia do wykonywania pracy, ale mimo to nie mogą pracować z powodu pozbawienia dostępu do wykonywania usług, dyskryminacji lub napiętnowania.

Czynniki Kontekstowe

Pierwszym składnikiem są **Czynniki Środowiskowe**. Obejmują one środowisko fizyczne i społeczne oraz postawy osób, wśród których człowiek żyje i z którym łączą go jakiegokolwiek relacje w trakcie jego życia. Mają charakter zewnętrzny wobec człowieka, wywierają wpływ na każdy z elementów funkcjonowania i niesprawności, który może być pozytywny (ułatwiający) i negatywny (bariery).

Czynniki Środowiskowe w klasyfikacji umiejscowione są na dwóch różnych poziomach:

- **indywidualnym** – uwzględniającym bezpośrednio otoczenie osobiste człowieka i obejmującym takie rodzaje środowiska, jak: dom, miejsce pracy i szkoła, rodzina, znajomi, rówieśnicy i osoby obce,
- **społecznym** – rozumianym jako formalne i nieformalne struktury społeczne, usługi i najważniejsze systemy w społeczności lokalnej i społeczeństwie, które wywierają

wpływ na jednostki. Poziom ten dotyczy organizacji i służb związanych ze środowiskiem pracy, działalności miejscowej: agencji rządowych, usług telekomunikacyjnych i transportowych oraz nieformalnych sieci społecznych, jak również zalicza do nich prawa, przepisy, formalne i nieformalne postanowienia, a także postawy i ideologie.

Czynniki Środowiskowe wchodzą w interakcję ze składnikami klasyfikacji Funkcje i Struktury organizmu oraz Aktywność i Uczestniczenie. Dla każdego składnika charakter i stopień interakcji może być przedmiotem badań naukowych w przyszłości. niesprawność można scharakteryzować jako skutek lub wynik złożonych wzajemnych związków pomiędzy kondycją fizyczną i psychiczną jednostki i czynnikami osobowościowymi a czynnikami zewnętrznymi, czyli warunkami, w jakich jednostka żyje. Z uwagi na ten związek, różne środowiska mogą wywierać odmienny wpływ na tę samą osobę w określonym stanie zdrowia. Środowisko z barierami lub bez ułatwień może ograniczać działanie człowieka. Inne środowiska, które stwarzają więcej ułatwień, mogą to działanie zwiększać. Społeczeństwo może utrudniać działanie jednostki, ponieważ stwarza bariery (np. trudno dostępne budynki) czy nie zapewnia ułatwień (np. brak urządzeń wspomagających) lub ułatwiać, likwidując istniejące bariery.

Drugim składnikiem są **Czynniki Osobowe**. Stanowią one szczególnego rodzaju kontekst życia i sytuacji życiowej jednostki. Należą do nich cechy, które nie są swoiste dla określonej kondycji zdrowotnej (dla występujących u danej osoby patologii w zakresie zdrowia, np.: choroby, kalectwa itp.), a więc takie, jak np.: płeć, wiek, rasa, sprawność fizyczna, styl życia, nawyki, wychowanie, pochodzenie społeczne, wykształcenie, zawód, przeszłe i obecne doświadczenia życiowe, wyobrażenia na temat zdrowia i choroby oraz powiązane z nimi strategie radzenia sobie z problemami zdrowia i inne cechy charakterystyczne, z których wszystkie lub każda może odegrać rolę w upośledzeniu sprawności.

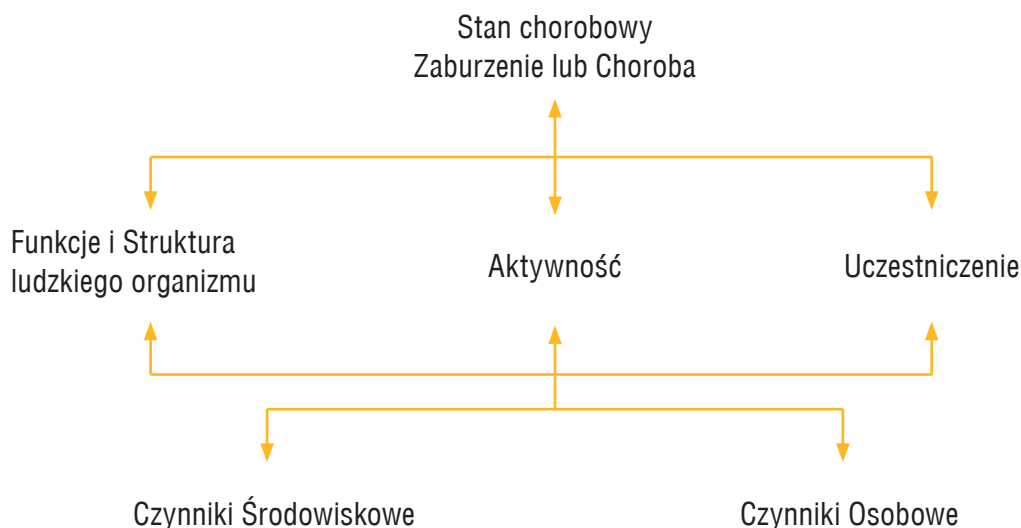
Czynniki Osobowe, podobnie jak Czynniki Środowiskowe, mogą mieć pozytywny lub negatywny wpływ na funkcjonowanie. Nie są one jeszcze w pełni sklasyfikowane w ICF ze względu na związane z nimi duże zróżnicowanie społeczne i kulturowe w poszczególnych krajach i rejonach świata.

Z powyższych rozważań wynika, że nie każda osoba niesprawna jest osobą niepełnosprawną. Staje się nią, jeżeli natrafi na bariery ograniczające lub uniemożliwiające jej wykonywanie ról społecznych (w tym zawodowych) w taki sposób, jak inni ludzie². Np. osoba widząca jednym okiem jest osobą niesprawną, lecz nie napotyka na istotne ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (ewentualnie tylko w specyficznych zawodach), a więc nie powinna być określana jako niepełnosprawna.

² Niesprawność (*impariment*) – każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym.

Niepełnosprawność (*disability*) – każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub w zakresie uznawanym za typowy dla człowieka.

Ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (*handicap*) – ułomność określonej osoby wynikająca z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczająca lub uniemożliwiająca pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.



Rysunek 1. Zależności pomiędzy składnikami ICF

Źródło: ICF Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ZSIOZ, Warszawa, 2012)

Wszystkie składniki sklasyfikowane (kodowane) w ICF (Funkcje organizmu, Struktury ciała, Aktywność i Uczestniczenie oraz Czynniki Środowiskowe) określane są ilościowo przy użyciu tej samej ogólnej skali. Problem może pojawić się przy właściwym doborze określeń: upośledzenie, uszkodzenie, ograniczenie, zawężenie lub bariera. Zgodnie z właściwą dziedziną klasyfikacji należy używać odpowiednich słów kwalifikujących:

- xxx.0 BRAK problemu (żaden, nieobecny, nieistotny,...) 0–4%,
 - xxx.1 NIEZNACZNY problem (niewielki, mały, ...) 5–24%,
 - xxx.2 UMIARKOWANY problem (średni, spory, ...) 25–49%,
 - xxx.3 ZNACZNY problem (wielki, duży, ...) 50–95%,
 - xxx.4 SKRAJNIE DUŻY problem (zupełny, ...) 96–100%,
 - xxx.8 nie określony,
 - xxx.9 nie dotyczy,
- (gdzie **xxx** oznacza numer – kod dziedziny drugiego poziomu).

W przypadku oceny czynników środowiskowych pierwszy kwalifikator może służyć zarówno do określenia pozytywnych aspektów środowiska, tj. ułatwień, jak i do negatywnych, tj. barier. W obu przypadkach stosuje się tę samą skalę 0–4, ale w celu oznaczenia ułatwień kropka dziesiąta zostaje zastąpiona znakiem plus (np. e155.2 lub e155+2).

Celem ICF jest uzyskanie lepszych informacji na temat funkcjonowania człowieka i stanu niepełnosprawności w skali międzynarodowej. WHO czyni starania, aby klasyfikacja była przyjazna użytkownikowi, zgodna z działaniami normalizacyjnymi prowadzonymi przez Międzynarodową Organizację Standaryzacji – ISO.

ICF ocenia funkcjonowanie i niepełnosprawność, może więc być narzędziem nie tylko statystycznym, ale również klinicznym, badawczym, edukacyjnym, ekonomicznym, a także narzędziem przydatnym dla celów polityki społecznej.

Potrzeba jej opracowania wynikała z charakteru zmian w zapotrzebowaniu na opiekę medyczną (obecnie w opiece medycznej uwaga **nie** koncentruje się na stanach ostrych i chorobach zakaźnych, lecz na chorobach przewlekłych) oraz konieczności sklasyfikowania następstw chorób (stworzenie międzynarodowego „wspólnego języka” dotyczącego skutków chorób) dla zaspokojenia potrzeb ludzi niepełnosprawnych.

W zastosowaniu ICF, jedynej istniejącej klasyfikacji opartej na holistycznej ocenie pacjenta, w medycynie praktycznej należy także upatrywać jeszcze innych zalet:

- badanie lekarskie obejmuje sprawność chorego, a nie tylko objawy jego choroby,
- umożliwi opisanie wyniku badania w języku uniwersalnym, pozwalającym na ocenę zmian następujących w czasie obserwacji pacjenta, ocenę skuteczności stosowanych metod leczenia i rehabilitacji i dokonywanie porównań w skali indywidualnej, ale i populacji, czy zbiorowej,
- przyczyni się do edukacji lekarzy w temacie nowego spojrzenia na zadania medycyny przez uświadomienie im, że jakość życia ich pacjentów zależy nie tylko od stanu zdrowia, ale także, jeżeli nie głównie, od związanej z nim sprawności,
- dostarczy rzetelnych danych statystycznych i pozwoli na informowanie na bieżąco władz politycznych i administracyjnych kraju (województwa, powiatu, gminy) o skali zjawiska upośledzenia sprawności w odniesieniu do funkcji organizmu człowieka i wpływie czynników kontekstowych na jego funkcjonowanie, stwarzając znacznie lepsze warunki do kreowania polityki społecznej oraz usuwania barier środowiskowych.

Kierunki rozwoju klasyfikacji ICF

W przyszłości kierunkami rozwoju dla zastosowania klasyfikacji ICF powinno być m.in.:

- Uznanie ICF przez wszystkie państwa członkowskie WHO – jako podstawy pomiaru i opisu stanu zdrowia i niepełnosprawności w całej populacji i jej wyizolowanych częściach;
- Zachęcanie do stosowania ICF w poszczególnych krajach w celu rozwoju narodowych baz danych;
- Ustalenie międzynarodowego zbioru danych oraz schematu pozwalającego na międzynarodowe porównania;

- Określenie algorytmów kwalifikacji pozwalających na otrzymanie świadczeń społecznych, rent i emerytur;
- Opracowanie klasyfikacji składnika czynnika osobowego i precyzyjnych operacyjnych definicji kategorii do celów badawczych;
- Umożliwienie praktycznych zastosowań dzięki komputeryzacji i formularzom do opisu przypadków;
- Promowanie wykorzystania klasyfikacji ICF w badaniach naukowych w celu porównania różnych stanów chorobowych;
- Stworzenie na całym świecie ośrodków szkoleniowych i referencyjnych zajmujących się klasyfikacją ICF;
- Dalsze badania nad czynnikami środowiskowymi w celu rozpoznania i dostarczenia niezbędnych szczegółowych informacji do opisu zarówno standardowego, jak i rzeczywistego (obecnego) środowiska.

Prace nad wdrażaniem ICF w Polsce

30 stycznia 2012 r. Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz podpisał Dwuletnią Umowę o Współpracy (BCA, ang. *Biennia Collaborative Agreement*) na lata 2012–2013 pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Regionalnym Europejskim Biurem Światowej Organizacji Zdrowia, której celem jest m.in. wdrożenie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Za realizację tego zadania odpowiedzialne jest Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, które uczestniczyło także w poprzedniej edycji umowy dwuletniej na lata 2010–2011.

W ramach tych prac, według umowy ze Światową Organizacją Zdrowia, Centrum zrealizowało tłumaczenie klasyfikacji ICF na język polski, które zatwierdziła Światowa Organizacja Zdrowia.

Rada do spraw Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, jako organ doradczo-opiniotwórczy, została powołana na mocy Zarządzenia Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Nr 50/2010 z dnia 16 kwietnia 2010 r. Do zadań Rady ICF należy opracowanie propozycji wdrażania klasyfikacji ICF w Polsce. Przewodniczącą Rady jest Anna Wilmowska-Pietruszyńska.

Dotychczas Rada zorganizowała kilkanaście posiedzeń i konferencji m.in. z udziałem Pauliny Miśkiewicz, Dyrektora Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, ekspertów WHO do spraw ICF, a także specjalistów różnych dziedzin, zainteresowanych wdrożeniem klasyfikacji oraz przedstawicieli organizacji pozarządowych, zajmujących się problematyką niepełnosprawności.

Rada opracowuje rekomendacje i analizę aktualnego stanu wdrożenia klasyfikacji w Polsce w opiece długoterminowej, rehabilitacji chorych z dysfunkcjami narządu ruchu, orzecznictwie lekarskim, programowaniu krajowych interwencji publicznych PFRON.

Podczas wdrażania ICF należy liczyć się z pewnymi zagrożeniami wynikającymi z powodu różnicy zdań jej użytkowników, pochodzących z różnej interpretacji zapisów, chociażby w wyniku konieczności tłumaczenia na poszczególne języki, ale także dlatego, że prawie każda specjalność w ochronie zdrowia posiada inne, własne instrumenty pomiaru wyników interwencji zdrowotnych. Jeżeli nie wykaże się związków pomiędzy ICF a dotąd używanymi modelami pojęciowymi i metodami pomiaru, trzeba liczyć się z niezrozumieniem przedstawicieli tych poszczególnych specjalności. Skutkiem tego mogą być opóźnienia we wprowadzeniu do użytku tej klasyfikacji lub uzyskiwanie nierzetelnych wyników.

Należy pamiętać, że ICD-10 i ICF częściowo się ze sobą pokrywają. Obie te klasyfikacje rozpoczynają się od układów organizmu (ciała ludzkiego). Pojęcie „upośledzenie” dotyczy struktur ciała i jego funkcji, zazwyczaj stanowiących część „procesu chorobowego”. Jednakże w systemie ICD-10 upośledzenie (w postaci objawów przedmiotowych i podmiotowych) jest traktowane jako element, który tworzy „chorobę” lub niekiedy podaje się je jako powód korzystania z usług ochrony zdrowia, podczas gdy ICF rozumie upośledzenie jako problem zarówno funkcjonowania, jak i struktury ciała, powiązanych z różnymi stanami chorobowymi. Dwie osoby cierpiące na tę samą chorobę mogą charakteryzować się dwoma odmiennymi stanami funkcjonowania, a dwie osoby o tym samym stanie funkcjonowania niekoniecznie cierpią na tę samą chorobę. Dlatego łączne zastosowanie obu klasyfikacji poprawia jakość uzyskanych danych dla celów medycznych. Użycie ICF nie powinno oznaczać rezygnacji z regularnych procedur diagnostycznych.

W innych zastosowaniach można ICF wykorzystywać jako jedyne narzędzie.

Szczególnymi celami, którym ma służyć zastosowanie ICF, są:

- potrzeba zrozumienia zasad funkcjonowania, co stanowi początek drogi prowadzącej ku jego pomiarowi takimi samymi narzędziami,
- sklasyfikowanie i ocena funkcjonowania badanego poprzez umożliwienie dokonania pomiaru, co powinno wzbudzić chęć jego poprawienia,
- możliwość porozumiewania się pomiędzy lekarzami, niezależnie od tego, jakim językiem władają, mogłaby stać się podstawą, fundamentem dla opracowania ujednoliconego systemu orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb zabezpieczenia społecznego.

W niemal wszystkich kompensacyjnych systemach orzecznictwa dla potrzeb zabezpieczenia społecznego w Polsce biologiczną podstawą oceny jest pojęcie „naruszenie sprawności organizmu”. Należy je rozumieć jako upośledzenie tej sprawności. Nasuwa się pytanie, czy klasyfikacja ICF może być narzędziem pomiaru dla ustalenia stopnia naruszenia sprawności badanego? Odpowiedź wydaje się być twierdząca, jeżeli stworzy się jednolity system orzekania przez lekarzy wyłącznie o stopniu naruszenia (uszkodzenia) funkcji i struktur organizmu (w skali ilościowej!), jako jedyny na potrzeby zabezpieczenia społecznego, pozostawiając ocenę pozostałych składników klasyfikacji innym specjalistom w odpowiednich dziedzinach: socjologii, psychologii, zawodoznawstwa itp. Ocena wszystkich wymienionych

w ICF funkcji ciała oraz jego struktur za pomocą kwalifikatorów daje pełniejszy obraz sprawności badanej osoby niż stosowana obecnie kategoryzacja społeczeństwa na tych, którzy się „nie nadają” (niezdolni do pracy) i którzy się „nadają”. Taka etykietyzacja badanych dla tych potrzeb pociąga za sobą szereg dalszych zjawisk, jak np. dyskryminację (finansową i kolejne z niej wynikające), antymotywację do podjęcia pracy, dalszą inwalidyzację (głównie w postaci uzależnienia się od świadczeń, a tym samym podejmowania działań prób terapeutycznych przez beneficjentów chcących wykazać, iż nie doszło do poprawy ich naruszonej sprawności). Stygmatyzacja przez zaliczanie części społeczeństwa do „niezdolnych do pracy” w obecnych warunkach społeczno-gospodarczych jest także niezasadna, dlatego, że znaczna część to osoby, które nie tyle są niezdolne do pracy, co nie znajdują możliwości podjęcia zatrudnienia na stanowiskach dostosowanych do rodzaju i stopnia naruszenia ich sprawności lub do posiadania stosownych kwalifikacji. Obecnie w Polsce wnioski lekarzy orzekających na potrzeby zabezpieczenia społecznego mają charakter wykluczający, a z wydawanych orzeczeń nie wynika, która funkcja organizmu jest upośledzona, stanowiąc przyczynę wykluczenia. Nie zawierają także oceny poszczególnych funkcji, które decydują o pełnym udziale człowieka w realizacji ról społecznych, także zawodowych. Gdyby w treści orzeczenia zawrzeć ocenę funkcjonowania bez podawania przyczyny ewentualnego ograniczenia, nie kolidowałoby to z obowiązkiem zachowania tajemnicy lekarskiej, jednocześnie byłoby zrozumiałe dla osoby wnioskującej, jak i dla potencjalnego pracodawcy, który znając zakres obowiązków, jakie chciałby powierzyć nowemu pracownikowi, mógłby przewidywać stopień, w jakim kandydat zdołałby je zrealizować. Gdyby jeszcze badanie uzupełnić oceną dotyczącą składników: „Aktywność i Uczestniczenie” oraz w wybranych przypadkach „Czynników Kontekstowych”, to pojawiłby się precyzyjny obraz badanej osoby, umożliwiający zastosowanie szeroko rozumianej (kompleksowej) rehabilitacji, także zawodowej. Jej koszty pokrywałyby odpowiednie instytucje zabezpieczenia społecznego.

Fakt, iż obecnie problemem jest narastający stopień bezrobocia, związanego z kryzysem ekonomicznym, nie może stanowić uzasadnienia dla zaniechania prac nad reformowaniem aktualnie obowiązujących zasad zabezpieczenia społecznego. Przygotowanie nowych rozwiązań, pilotażowe próby ich zastosowania to zadanie na kilka lat, w okresie których kryzys zapewne ustąpi i może pojawić się potrzeba „sprowadzania” ludzi z innych krajów do pracy w Polsce, ponieważ nie zdążyliśmy się przygotować do korzystania z własnych rezerw dla pożytku samych osób niepełnosprawnych oraz całego narodu.

Z doświadczeń krajów, które już wdrożyły lub są w trakcie zastosowywania klasyfikacji ICF wynika, że należy wytłumaczyć i przekonać jej użytkowników, jakie praktyczne korzyści płyną z jej stosowania zarówno dla osób niepełnosprawnych, jak i pracowników ochrony zdrowia. W Polsce jawi się potrzeba przeprowadzenia w najbliższym okresie szeroko zakrojonych szkoleń obejmujących pracowników ochrony zdrowia, osób zajmujących się

rehabilitacją (medyczną, zawodową i społeczną), psychologów, socjologów, pracowników socjalnych i innych, w celu wykorzystania zalet wynikających z zastosowania klasyfikacji ICF.

Literatura

ICF Core Sets Manual for Clinical Practice, ed. J. E. Bickenbach, A. Cieza, A. Rauch, G. Stucki, Hogrefe Publishing GmbH, 2012

Slusarz R., Beuth W., Książkiewicz B., *Ocena klinimetryczna chorego z krwotokiem podpajęczynówkowym wywołanym tętniakiem śródczaszkowym – przegląd skal klinicznych*, „Adv Clin Exp Med” 2006, Nr 15

Światowa Organizacja Zdrowia, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), Warszawa, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2009

Votava J., *Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania w Europie*, 22nd RI World Congress, Incheon, 2012

Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *ICF jako narzędzie ilościowej oceny naruszenia sprawności dla potrzeb zabezpieczenia społecznego*, „Orzecznictwo Lekarskie” 2010, Nr 7(1)