

Anna Wilmowska-Pietruszyńska^{1, 3}

Agnieszka Ćwirlej-Sozańska^{2, 3}

Agnieszka Wiśniowska-Szurlej^{2, 3}

Karol Pawlak³

¹ Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa, Polska

² Katedra Fizjoterapii, Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów, Polska

³ Rada ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności i Zdrowia przy Centrum e-Zdrowia

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia

Streszczenie

Ewolucja oceny i definiowania niepełnosprawności od tradycyjnego medycznego do biopsychospołecznego modelu oceny niepełnosprawności rozpoczęła się już w latach 60. ubiegłego wieku, przejawiając się m.in. w tworzeniu różnorodnych narzędzi i wskaźników do oceny funkcjonalnej pacjenta. Zmiana modelu postrzegania niepełnosprawności, brak standardów i wspólnego języka spowodowały działania ze strony Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), mające na celu stworzenie jednolitego systemu oceny, których efektem była opublikowana w 2001 r. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). W roku 2010 na mocy Zarządzenia Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (obecnie Centrum e-Zdrowia) powołano w Polsce Radę ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, której przewodniczącą została Anna Wilmowska-Pietruszyńska. Jednocześnie Minister Zdrowia podpisał umowę o współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Regionalnym Europejskim Biurem Światowej Organizacji Zdrowia, której celem jest m.in. wdrożenie ICF w Polsce. Za realizację tego zadania odpowiedzialne jest Centrum e-Zdrowia. W ramach współpracy przetłumaczono ICF na język polski. Dokonano także tłumaczenia i adaptacji kulturowej kwestionariusza WHODAS 2.0, który jest jednolitym narzędziem do oceny funkcjonowania i niepełnosprawności opartym na kategoriach ICF. Rada inspirowała wdrażanie klasyfikacji w Polsce w opiece długoterminowej, rehabilitacji, orzecznictwie lekarskim, edukacji, programowaniu krajowych interwencji publicznych PFRON poprzez realizację wielu projektów systemowych i naukowych.

Słowa kluczowe:

WHO, niepełnosprawność, ICF, WHODAS 2.0, model biopsychospołeczny

International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF

Summary

The evolution of the assessment and definition of disability from the traditional medical model to the biopsychosocial model of disability assessment began in the 1960s in

creating a variety of tools and indicators for the functional assessment of the patient. The change in the model of perception of disability, the lack of standards and a common language resulted in actions by the World Health Organization (WHO) aimed at creating a unified assessment system, which resulted was the International Classification of Disability and Health (ICF) published in 2001. In 2010, under the Ordinance of the Director of the Center for Healthcare Information Systems (now e-Health Center), the Council for the International Classification of Functioning, Disability and Health was established in Poland, chaired by Anna Wilmowska-Pietruszyńska. At the same time, the Minister of Health signed a cooperation agreement between the Ministry of Health and the Regional European Bureau of the World Health Organization implementation of ICF in Poland. The e-Health Center is responsible for the implementation of this task. As part of the cooperation, ICF was translated into Polish. The WHODAS 2.0 questionnaire, which is a uniform tool for the assessment of functioning and disability based on ICF categories, was also translated and culturally adapted. The Council inspires the implementation of the classification in Poland in long-term care, rehabilitation, medical certification, education, programming national public interventions of State Fund for the Rehabilitation of the Disabled through the implementation of many systemic and scientific projects.

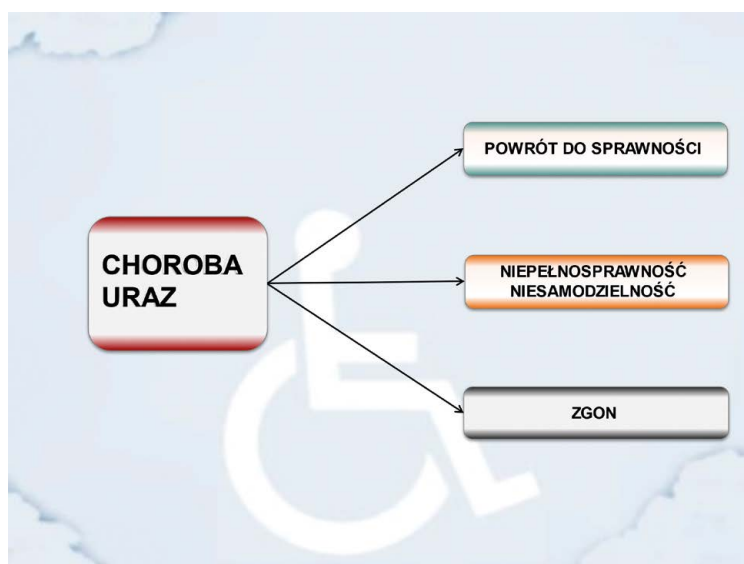
Keywords:

WHO, disability, ICF, WHODAS 2.0, biopsychosocial model

Wprowadzenie

Od zarania dziejów ludzkości towarzyszy stan upośledzenia sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej, w następstwie chorób lub urazów.

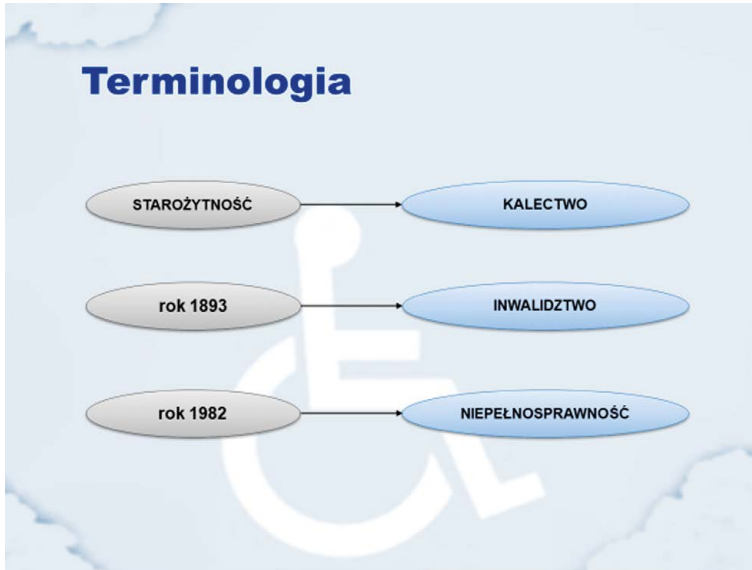
Rys. 1. Następstwa choroby lub urazu



Źródło: opracowanie własne

Różnie ją określano w poszczególnych kulturach i religiach w kolejnych okresach historii ludzkości.

Rys. 2. Terminologia następstwa choroby lub urazu



Źródło: opracowanie własne

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

Próby kompleksowych rozwiązań problemów osób niepełnosprawnych (**Niepełnosprawnymi** według Światowej Organizacji Zdrowia są osoby, które nie mogą częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości samodzielnego, normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych) niezależnie od przyczyny, czasu lub niezależnie od okoliczności jej powstania podjęto dopiero w połowie XX w.

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

Pierwsze próby oceny funkcjonalnej (tzw. Test Konstanciński) podjęli Marian Weiss i Jerzy Grossman. Rozpoczęto stosowanie tej metody oceny ze względów medycznych i naukowych, ale także ekonomicznych, gdyż pozwalał on na ocenę skuteczności prowadzonej terapii, określenia ekonomicznej zasadności stosowanych procedur, a także możliwości powrotu do pracy osób, które w wyniku urazu czy choroby były zagrożone niezdolnością do pracy.

Motywacją do tworzenia narzędzi oceny funkcjonalnej było obserwowane w krajach rozwiniętych od lat 60. ubiegłego wieku starzenie się ludności i wzrost liczby

osób niepełnosprawnych. Drugą z przesłanek była ewolucja tradycyjnego biomedycznego modelu zdrowia i uprawiania medycyny w ramach systemów ochrony zdrowia w kierunku działań mających na celu poprawę jakości życia i funkcjonowania osób starszych, niepełnosprawnych czy przewlekle chorych. W związku z tym pojawiła się potrzeba stworzenia narzędzi, które oceniałyby kompleksowo poziom funkcjonowania leczonych i usprawnianych pacjentów, bowiem stosowanie tradycyjnych, biomedycznych wskaźników stanu zdrowia okazywało się zawodne.

W 1965 r. opublikowano w Polsce, do dziś wykorzystywany, Index Barthel¹. Pod koniec lat 80. opracowano wskaźnik Funkcjonalny „Repty” wzorowany na amerykańskim wskaźniku FIM (*The Functional Independence Measure*). Był on stosowany głównie u chorych po udarach mózgu i oceniał pięć obszarów: samoobsługę, kontrolę zwieraczy, mobilność, lokomocję i komunikację².

W literaturze wyróżnia się w zasadzie dwa typy testów funkcjonalnych; pierwszym z nich są tak zwane skale zdolności, którymi ocenia się zdolność pacjenta do wykonywania określonych czynności. Czynności te to zachowania dnia codziennego (*Activity of Daily Living*), głównie związane z samoobsługą. Drugi rodzaj tworzą tak zwane skale wykonywania (*performance scale*), mierzące poziom wykonywania danej czynności w środowisku chorego; najczęściej są to czynności złożone takie jak robienie zakupów, przygotowywanie posiłków czy posługiwanie się pieniędzmi.

Test Konstanciński zawierał 9 pozycji testowych. Były to:

- 1 – test bólu,
- 2 – test ruchu,
- 3 – test siły mięśniowej,
- 4 – test wydolności ogólnej,
- 5 – test lokomocyjny,
- 6 – test lokomocyjny wózka inwalidzkiego,
- 7 – test samoobsługi,
- 8 – test chwytności kończyn górnych,
- 9 – test przystosowania zawodowego – szkolnego.

Na przykład test wydolności ogólnej oceniano w 6 stopniach:

1. Pełna wydolność ogólna.
2. Wydolność ogólna pełna, ale zmęczenie po dużym wysiłku fizycznym (wchodzenie na schody, długotrwałe ćwiczenia, długi marsz).
3. Wydolność ogólna ograniczona, zmęczenie występuje przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego i pracy zawodowej.
4. Wydolność znacznie ograniczona, zmęczenie występuje po małym wysiłku fizycznym.

¹ F. Mahoney, D. Barthel, *Functional Evaluation: The Barthel Index*, „Maryland State Medical Journal” 1965, Nr 14, s. 61–65

² J. M. Linacre, A. W. Heinemann, B. D. Wright, C. V. Granger, B. B. Hamilton, *The structure and stability of the Functional Independence Measure*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1994, Nr 75(2), s. 127–132

5. Wydolność ogólna mała, zmęczenie występuje przy wykonywaniu wszystkich podstawowych czynności dnia codziennego.
6. Pełna niewydolność ogólna.

Test lokomocyjny oceniano również w 6 stopniach:

1. Chodzenie normalne bez ograniczeń, pełna zdolność lokomocyjna.
2. Ograniczenie chodzenia niewielkie, umożliwiające prowadzenie czynnego życia społeczno-zawodowego poza domem.
3. Chodzenie samodzielne bez ograniczeń w obrębie pomieszczenia zamkniętego, ale znaczne ograniczenie poruszania się poza domem.
4. Poruszanie się samodzielne tylko na ograniczonej przestrzeni.
5. Możliwość wykonania kilku, kilkunastu kroków z pomocą lub przy asekuracji osoby drugiej.
6. Niezdolny do chodzenia.

Test Konstanciński w skuteczny sposób opisywał te charakterystyki kliniczne pacjenta, które warunkowały jego stan funkcjonalny. Pionierskie było włączenie do testu skali przystosowania zawodowego, jako efektu leczenia i rehabilitacji.

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.

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

Dla ustalenia efektywności zmieniających się systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach świata konieczne było opracowanie wspólnych uniwersalnych mierników oceniających stopień obciążenia chorobą zarówno pacjentów, jak i ich otoczenia pozwalające na ustanowienie priorytetów w oparciu o dane empiryczne i koncepcję zdrowia, a także pozwalających oceniać wyniki zastosowanych interwencji zdrowotnych nie tylko w aspekcie leczenia choroby, ale także dalszego funkcjonowania pacjenta.

Tworzone narzędzia – określane mianem skali lub klas – w zależności od celu, dla którego zostały stworzone, można podzielić na grupy oceniające objawy kliniczne, stwarzając możliwość ich monitorowania, oceny ciężkości stanu chorego, przebiegu choroby lub efektów leczenia, a także ustalania rokowania, sprawności pacjentów z defektami w strukturze narządów i układów, w tym zwłaszcza ośrodkowego układu nerwowego, stwarzając możliwość oceny zdolności do podejmowania określo-

nej pracy zawodowej, wykonywania codziennych czynności oraz ustalenia potrzeby opieki, 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 narządu. Jednak mnogość opracowanych skali opisujących to samo, ale nie w taki sam sposób, spowodowała pewien chaos.

Pojawiła się potrzeba zapisu w języku uniwersalnym, pozwalającym 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 Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), która należy do zbioru komplementarnych względem siebie klasyfikacji dotyczących zdrowia i czynników z nim związanych, zaakceptowanych przez WHO i polecanych do stosowania we wszystkich krajach świata³. 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), a będzie stosowana od stycznia 2022 r. jako ICD-11, a także ICHI (*In-*

³ *International Classification of Functioning, Disability and Health*, World Health Organization, Geneva, 2001

ternational Classification of Health Interventions) – Międzynarodowa Klasyfikacja Interwencji Zdrowotnych^{4,5,6}.

Rys historyczny ICF

WHO rozpoczęło pracę w 1972 r. przygotowaniem wstępnego opracowania dotyczącego skutków chorób. Następnie w 1974 r. opracowano osobno klasyfikację dotyczące upośledzeń i utrudnień wynikających z kalectwa, których wyniki przedstawiono w 1975 r. na Międzynarodowej Konferencji do spraw IX rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób.

W 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, a w 1980 r. – opublikowano Międzynarodową Klasyfikację Upośledzenia, Niepełnosprawności i Inwalidztwa (ang. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – ICIDH)^{7,8}, która była przetłumaczona na język polski z inicjatywy ówczesnego Naczelnego Lekarza ZUS Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej, przez zespół pod kierownictwem Eugeniusza Wąsiewicza – kierującego Katedrą Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Poznaniu⁹.

W 1993 r. rozpoczęto prace przygotowawcze 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 orga-

⁴ *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*, World Health Organization, Geneva, 1992

⁵ *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) 2018 Version*, World Health Organization, Geneva, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

⁶ *International Classification of Health Interventions (ICHI)*, World Health Organization, Geneva, <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

⁷ *World Health Organization, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A manual of classification relating to consequences of disease*, World Health Organization, Geneva, 1980

⁸ M. Chamie, *The status and use of the international classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH)*, *World Health Statistics* 1990, Nr 43, s. 273–280

⁹ A. Wilmowska-Pietruszyńska, D. Bilski, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013, t. II, Nr 7, s. 5–20

nizacje zajmujące się niepełnosprawnością, szczególnie przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych.

W 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.

W 1997 r. WHO przyjęło 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*)¹⁰. Rezolucja ta stanowiła, że Pięćdziesiąte Czwarte Zgromadzenie Zdrowia:

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;

ZALECA Państwom Członkowskim stosowanie ICF jako odpowiedniej klasyfikacji w badaniach naukowych, procesach nadzoru i sprawozdawczości, biorąc pod uwagę specyficzne sytuacje w Państwach Członkowskich, szczególnie w obliczu możliwych dalszych rewizji;

ZWRACA się z prośbą do Dyrektora Generalnego o wspieranie Państw Członkowskich, na ich prośbę, we wdrażaniu ICF.

Międzynarodowa Klasyfikacja Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)

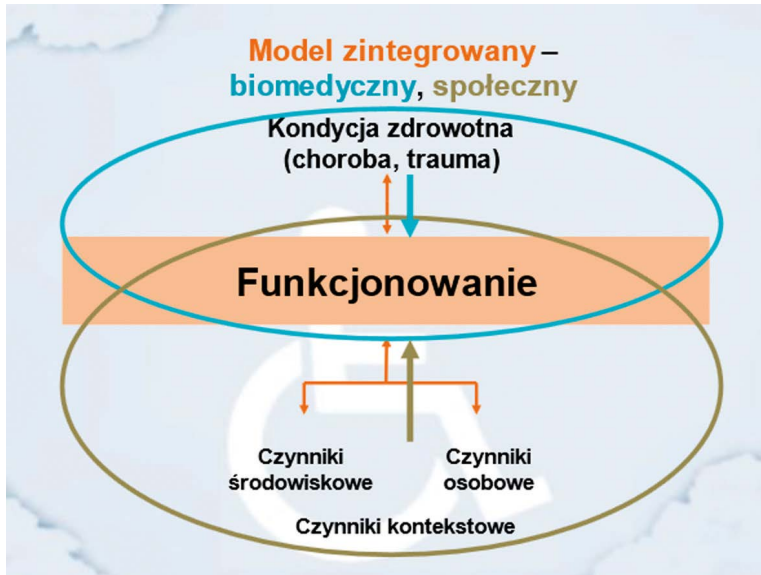
ICF nie jest klasyfikacją ludzi, natomiast jest klasyfikacją cech charakterystycznych stanu zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska. Wskazane jest łączne stosowanie ICD-10 i ICF, gdyż obie informacje dotyczące rozpoznania choroby i funkcjonowania dają szerszy obraz, przedstawiający zarówno zdrowie poszczególnych osób, jak i całej populacji.

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

¹⁰ *International Classification of Functioning, Disability and Health*, World Health Organization, Geneva, 2001

tycznych, jako narzędzie 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. Zintegrowany model przedstawia rycina nr 3.

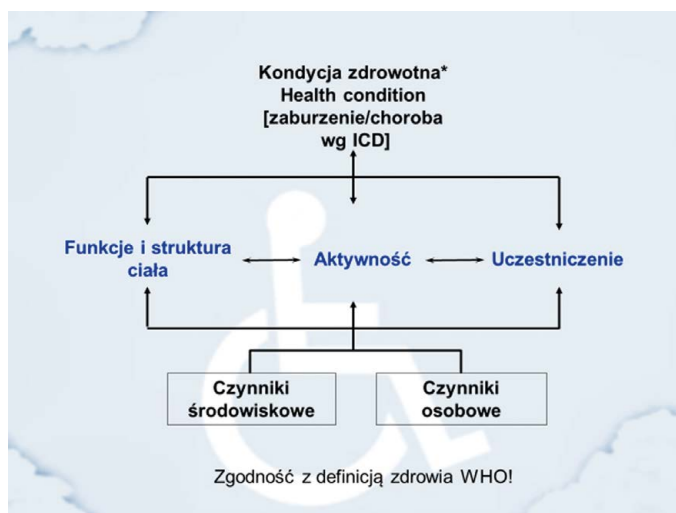
Rycina nr 3. Zintegrowany model biopsychospołeczny



Źródło: opracowanie na podstawie *International Classification of Functioning, Disability and Health*, World Health Organization, Geneva, 2001

Zależności między składnikami ICF przedstawia rycina nr 4.

Rycina nr 4. Zależności między składnikami ICF w modelu biopsychospołecznym



Źródło: opracowanie na podstawie *International Classification of Functioning, Disability and Health*, World Health Organization, Geneva, 2001

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:

- 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 nieokreślony,
- xxx.9 nie dotyczy.

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.

Światowa Organizacja Zdrowia zaleca skuteczne wdrożenie ICF na całym świecie, uczynienie z ICF głównych ram oceny funkcjonowania, a także opracowanie prostych w użyciu narzędzi powiązanych z ICF, przydatnych przy ocenianiu wyników interwencji zdrowotnych. Zaleca także wprowadzenie w Państwach Członkowskich kodowania stanów zdrowia i niepełnosprawności przy zastosowaniu ICF, aby poprawić jakość oraz porównywalność krajowych i międzynarodowych statystyk w tej dziedzinie. Przy wprowadzaniu w/w metod kodowania (opartych na ICF) powinno się przestrzegać wymagań dotyczących jakości.

Prace nad wdrażaniem ICF w Polsce

W roku 2010 na mocy Zarządzenia Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (obecnie Centrum e-Zdrowia) powołano Radę ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, której przewodniczącą została Anna Wilmowska-Pietruszyńska. Jednocześnie Minister Zdrowia podpisał umowę o współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Regionalnym Europejskim Biurem Światowej Organizacji Zdrowia, której celem jest m.in. wdrożenie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia w Polsce. Za realizację tego zadania odpowiedzialne jest Centrum e-Zdrowia (dawnie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia). W ramach tej współpracy przetłumaczono ICF na język polski. Dokonano także tłumaczenia i adaptacji kulturowej kwestionariusza WHODAS 2.0, który jest jednolitym narzędziem do oceny funkcjonowania i niepełnosprawności opartym na kategoriach ICF, rekomendowanym przez WHO do stosowania podczas wstępnej diagnostyki łącznie z 11 rewizją Klasyfikacji Chorób (ICD-11). Rada inspirowała wdrażanie klasyfikacji w Polsce w opiece długoterminowej, rehabilitacji, orzecznictwie lekarskim, edukacji, programowaniu krajowych interwencji publicznych PFRON. Wspiera realizację wielu projektów systemowych i naukowych mających na celu wdrażanie ICF.

Największymi projektami wdrożeniowymi są:

1. „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”

Systemowy projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój z funduszy Unii Europejskiej oraz Budżetu Państwa.

Liderem projektu jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, partnerami: Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy. Celem projektu jest przygotowanie, przetestowanie i wypracowanie systemowego rozwiązania kompleksowej rehabilitacji, której zadaniem jest ułatwienie podjęcia lub powrotu do aktywności zawodowej lub społecznej osób, które w wyniku urazu, zdiagnozowanego schorzenia, niepełnospraw-

ności wrodzonej lub nabytej w okresie rozwojowym, nie są zdolne do kontynuacji lub podejmowania aktywności zawodowej oraz pełnienia ról społecznych. Proces rehabilitacji poprzedzony jest przeprowadzeniem dokładnej diagnostyki pacjenta przez zespół specjalistów, w tym: lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów i doradców zawodowych, z wykorzystaniem klasyfikacji ICF. Na podstawie przeprowadzonej kwalifikacji przygotowany zostaje Indywidualny Program Rehabilitacji dostosowany do potrzeb i możliwości funkcjonalnych pacjenta. Określony zostaje cel rehabilitacji, dobrane do niego procedury oraz harmonogram działań i sposób ewaluacji wyników rehabilitacji¹¹.

2. „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”

Projekt w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i nadzorowany przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Liderem projektu był Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, partnerami: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON. Celem projektu było opracowanie systemu profesjonalizacji opieki i pomocy osobom starszym o różnym stopniu niesamodzielności w ich miejscu zamieszkania.

W ramach realizacji projektu przeszkolono 378 uczestników w zakresie usług asystenckich i opiekuńczych. Dokonano wdrożeń usług asystenckich i opiekuńczych w 32 gminach w Polsce, a także przeszkolono 40 osób oceniających niesamodzielności osób starszych na podstawie profilu kategoryjnego ICF. W ramach projektu wprowadzono definicję trzech stopni niesamodzielności w oparciu o klasyfikację ICF i przypisano im czas koniecznej pomocy asystenckiej i opiekuńczej:

- I stopień niesamodzielności do 2 godzin dziennie wsparcia w tzw. dni robocze,
- II stopień niesamodzielności do 4 godzin dziennie wsparcia (wszystkie dni tygodnia),
- III stopień niesamodzielności do 6 godzin dziennie wsparcia (wszystkie dni tygodnia).

Na podstawie ICF opracowano kartę profilu kategoryjnego (*core set*) oraz wystandardyzowany formularz wsparcia niezbędnych usług asystenckich i opiekuńczych, a także ustalono średni czas ich trwania. Uzyskane narzędzia zostaną wykorzystane do zróżnicowania wsparcia osób niesamodzielnych w zależności od stopnia niesamodzielności^{12,13}.

¹¹ <https://rehabilitacjakompleksowa.pfron.org.pl/informacje-o-projekcie/>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

¹² <http://senior.gov.pl/aktualnosci/pokaz/447>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

¹³ K. Pawlak, A. Ćwirlej-Sozańska, A. Wiśniowska-Szurlej, *Kryteria oceny stopni niesamodzielności – doświadczenia dotychczasowe i propozycje dla potrzeb polskiej praktyki*, „Polityka Społeczna” 2018, Nr 45(2), s. 11–15

3. „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę: projekt horyzontalny”

Projekt realizowany jest przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, EDGETEQ Sp. z o.o., Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON, Fundacja Rozwoju Społecznego „Leonardo” z Krakowa w ramach działania 4.1. Innowacje społeczne. Głównym celem projektu jest poprawa jakości działań w obszarze zdrowia psychicznego przez testowanie środowiskowego modelu wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Jednym z efektów projektu będzie przygotowanie, weryfikacja i opracowanie standardów oceny opartych na klasyfikacji ICF, służącej podmiotom udzielającym wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi¹⁴.

4. „Sygnalizator Plus – analiza sytuacji pracowników w wieku emerytalnym i przedemerytalnym w przedsiębiorstwach w oparciu o klasyfikację ICF”

Projekt w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy oraz Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt. Celem projektu jest zwiększenie możliwości wydłużenia aktywności zawodowej pracowników w wieku przedemerytalnym i emerytalnym w sektorze dużych przedsiębiorstw przez opracowanie i wdrożenie do praktyki modelu Sygnalizator Plus, wykorzystującego m.in. doświadczenia i rozwiązania niemieckie. Projekt ukierunkowany jest na potrzeby przedłużenia aktywności zawodowej osób w wieku przedemerytalnym w dużych przedsiębiorstwach. Ujednolicony system oceny możliwości funkcjonalnych i zawodowych umożliwi lepsze dopasowanie wymagań oraz stanowisk dla starszych pracowników, a tym samym wpłynąć może na wydłużenie okresu ich aktywności zawodowej¹⁵.

5. „Opracowanie modelu oceny zdolności do pracy osób niepełnosprawnych w oparciu o ICF”

Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz realizowany w dwóch ośrodkach przeprowadzających kompleksową ocenę kompetencji i zdolności do pracy – Centralnym Instytucie Ochrony Pracy – Państwowym Instytucie Badawczym i Fundacji Oceny Kapitału Ludzkiego. Do oceny zdolności do pracy wykorzystano profil kategoryalny ICF do rehabilitacji zawo-

¹⁴ https://psychologia.wfch.uksw.edu.pl/deinstytucjonalizacja_projekt_horyzontalny, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

¹⁵ https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P4400295501337101387485&projekty_rok=2021, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

dowej. Profil kategorialny został zweryfikowany i zmodyfikowany oraz dostosowany do oceny w polskich warunkach. Opis profilu kategorialnego do oceny zdolności do pracy znajduje się w poradniku pt. „Model oceny zdolności do pracy osób niepełnosprawnych z zastosowaniem klasyfikacji ICF”¹⁶.

6. „Opracowanie instrumentów do prowadzenia diagnozy psychologiczno-pedagogicznej”

Zrealizowany w ramach Działania „Wysoka jakość systemu oświaty” projekt „Opracowanie i upowszechnienie narzędzi wspierających pomoc psychologiczno-pedagogiczną na każdym etapie edukacyjnym w zakresie problematyki ucznia o specjalnych potrzebach edukacyjnych i ucznia młodszego” przez Ośrodek Rozwoju Edukacji w Warszawie, który opracował i następnie pilotażowo zweryfikował standardy pracy poradni psychologiczno-pedagogicznych, skupiając się między innymi na działaniach diagnostycznych poradni z zastosowaniem klasyfikacji ICF. Celem projektu było opracowanie systemu wczesnej i trafnej diagnostyki potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży dla zapewnienia warunków sprzyjających rozwojowi, osiągnięciu wykształcenia i przygotowania do samodzielnego życia w społeczeństwie w okresie dorosłości. Minister Edukacji Narodowej Anna Zalewska 13 października 2017 r. powołała Zespół do spraw opracowania modelu kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Zespół zajmował się opracowaniem propozycji nowych rozwiązań systemowych lub modyfikacji rozwiązań obowiązujących w zakresie kształcenia dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w oparciu o diagnozę funkcjonalną z zastosowaniem klasyfikacji ICF. Zespół zajmował się także przygotowaniem rozwiązań organizacyjno-prawnych oraz działań wdrażających do proponowanych zmian systemowych¹⁷.

7. „Centrum wsparcia psychologicznego, społeczno-prawnego i technicznego dla osób z dysfunkcjami ruchowymi”

Projekt realizowany i dofinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Celem projektu było udzielenie wsparcia dla osób niepełnosprawnych, w tym osób z dysfunkcjami ruchowymi oraz sprzężonymi. Efektem projektu było opracowanie Programów Aktywnej Rehabilitacji w oparciu o klasyfikację ICF¹⁸.

¹⁶ <https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/86217/Broszura-ICF.pdf>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

¹⁷ <https://www.ore.edu.pl/category/projekty-po-wer/diagnoza-psychologiczno-pedagogiczna/>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

¹⁸ <https://kuratorium.bialystok.pl/wazne/wsparcie-podnoszenia-jakosci-edukacji-wlaczajacej-w-polsce-koncowe-rekomendacje-dotyczace-dzialan-ktore-beda-sluzyc-podnoszeniu-jakosci-edukacji-wlaczajacej-w-polsce-wypracowane-przez-europejska-ag.html>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

8. „Centrum Aktywnej Rehabilitacji – kompleksowa aktywizacja psychospołeczna osób z dysfunkcjami narządu ruchu”

Projekt realizowany i dofinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Celem projektu było zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych, w tym osób poruszających się na wózku inwalidzkim, a także podniesienie poziomu ich kompetencji psychospołecznych. Efektem projektu było opracowanie dokumentacji oceny pacjenta, zaplanowanie i wdrożenie wsparcia usprawniającego oraz ewaluacja uzyskanych wyników z wykorzystaniem klasyfikacji ICF¹⁹.

9. „Podniesienie kompetencji administracyjnych pracowników ochrony zdrowia”

Projekt był realizowany przez Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego oraz Pracodawców Zdrowia, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. W ramach projektu przeszkolono 680 osób, w tym lekarzy, lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, pielęgniarki, a także pracowników administracyjnych z „Zastosowania Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) w ochronie zdrowia”. Efektem projektu jest podniesienie wiedzy i umiejętności pracowników ochrony zdrowia w zakresie stosowania klasyfikacji ICF w praktyce klinicznej, orzecznictwie lekarskim oraz zarządzaniu ochroną zdrowia²⁰.

10. „Rozwój kompetencji zawodowych fizjoterapeutów odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”

Do implementacji ICF w Polsce przyczynia się również projekt realizowany przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów i współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Celem projektu jest podniesienie poziomu umiejętności oraz kompetencji 2000 fizjoterapeutów z całej Polski, w tym m.in. w zakresie ICF²¹.

Badania naukowe

W ramach prowadzonych badań naukowych dotyczących ICF do dnia dzisiejszego zrealizowano projekty naukowe mające na celu ocenę własności psychometrycznych

¹⁹ <http://cnzsajgon.pl/projekt-pfron/>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

²⁰ <https://www.ptzp.org/pl/10nd6sivx/mai-vo-chaand-ji.php>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

²¹ <https://kif.info.pl/projekt-ue-rozwoj-kompetencji-zawodowych-fizjoterapeutow/>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

WHODAS 2.0 w populacji osób dorosłych²², starszych²³ oraz osób z problemami zdrowotnymi²⁴. Zbadano także skuteczność tego narzędzia do oceny postępów rehabilitacji u pacjentów z chorobami narządu ruchu^{25,26}. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż WHODAS 2.0 jest dostosowany do polskich warunków i ma właściwości psychometryczne pozwalające na rzetelną i trafną ocenę funkcjonowania i niepełnosprawności. Potwierdzono także, że 36-punktowy WHODAS 2.0 pozwala precyzyjnie ocenić zmiany stopnia niepełnosprawności w wyniku rehabilitacji pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa oraz zmianami zwyrodnieniowymi stawów kolanowych i biodrowych, a tym samym może być stosowany do pomiaru pierwszorzędowego punktu końcowego w badaniach klinicznych oraz oceny skuteczności rehabilitacji w praktyce klinicznej. Biorąc pod uwagę, że WHODAS 2.0 jest łatwym w użyciu, ogólnym instrumentem opartym na klasyfikacji ICF, o dużej wykonalności, można go uznać za narzędzie pierwszego wyboru w dziedzinie rehabilitacji, które może zostać wdrożone do oceny efektów rehabilitacji osób z dysfunkcjami narządu ruchu. Przeprowadzono również badania przesiewowe z wykorzystaniem WHODAS 2.0 dla oceny niepełnosprawności osób starszych w Polsce południowo-wschodniej oraz czynników z nią związanych^{27,28,29}. W trakcie realizacji są m.in. pro-

²² A. Ćwirlej-Sozańska, B. Sozański, H. Kotarski, A. Wilmowska-Pietruszyńska, A. Wiśniowska-Szurlej, *Psychometric properties and validation of the Polish version of the 12-item WHODAS 2.0*, "BMC Public Health" 2020, Vol. 20, art. nr 1203, DOI: 10.1186/s12889-020-09305-0

²³ A. Ćwirlej-Sozańska, A. Wilmowska-Pietruszyńska, B. Sozański, *Validation of the Polish version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in an elderly population (60-70 year old)*, "International Journal of Occupational Safety and Ergonomics" 2018, Nr 24(3), s. 386–394, DOI: 10.1080/10803548.2017.1316596

²⁴ A. Ćwirlej-Sozańska, B. Sozański, M. Kupczyk, J. Leszczak, A. Kwolek, A. Wilmowska-Pietruszyńska, A. Wiśniowska-Szurlej, *Psychometric Properties and Validation of the Polish Version of the 12-Item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 in Patients with Huntington's Disease*, "Journal of Clinical Medicine" 2021, Nr 10(5), s. 1053, DOI: 10.3390/jcm10051053

²⁵ A. Ćwirlej-Sozańska, A. Bejer, A. Wiśniowska-Szurlej, A. Wilmowska-Pietruszyńska, A. de Sire, R. Spalek, B. Sozański, *Psychometric Properties of the Polish Version of the 36-Item WHODAS 2.0 in Patients with Low Back Pain*, "International Journal of Environmental Research and Public Health" 2020, Nr 17(19), s. 7284, DOI: 10.3390/ijerph17197284

²⁶ A. Bejer, A. Ćwirlej-Sozańska, A. Wiśniowska-Szurlej, A. Wilmowska-Pietruszyńska, R. Spalek, A. de Sire, B. Sozański, *Psychometric properties of the Polish version of the 36-item WHODAS 2.0 in patients with hip and knee osteoarthritis*, "Quality of Life Research" 2021, Nr 30(8), s. 2415–2427, DOI: 10.1007/s11136-021-02806-4

²⁷ A. Ćwirlej-Sozańska, A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Assessment of health, functioning and disability of a population aged 60-70 in south-eastern Poland using the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*, "Annals of Agricultural and Environmental Medicine" 2018, Nr 25(1), s. 124–130, DOI: 10.5604/12321966.122839

²⁸ A. Ćwirlej-Sozańska, B. Sozański, A. Wiśniowska-Szurlej, A. Wilmowska-Pietruszyńska, J. Kujawa, *Assessment of Disability and Factors Determining Disability among Inhabitants of South-Eastern Poland Aged 71-80 Years*, "BioMed Research International" 2018 3872753, DOI: 10.1155/2018/3872753

²⁹ A. Ćwirlej-Sozańska, A. Wiśniowska-Szurlej, A. Wilmowska-Pietruszyńska, B. Sozański, *Factors associated with disability and quality of life among the oldest-old living in community in Poland – a cross-sectional study*, "Annals of Agricultural and Environmental Medicine" 2020, Nr 27(4), s. 621–629, DOI: 10.26444/aaem/115020

jekty dotyczące mapowania narzędzi pomiarowych i łączenia ich z odpowiednimi kodami w profilach kategoryalnych ICF.

Polska Rada ds. ICF

Centrum e-Zdrowia (CeZ) dawniej Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), zgodnie z umową nr TR/09/091 ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) o Udzielenie Praw do Tłumaczenia i Publikacji od 2009 r. prowadzi prace dotyczące wdrożenia klasyfikacji ICF w systemie ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, edukacji w Polsce. W CeZ funkcjonuje Rada ds. ICF. Do podstawowych zadań Rady należy określenie kierunku prac i priorytetów związanych z implementacją ICF w Polsce.

W trakcie swojej działalności Rada ds. ICF zrealizowała m. in. następujące zadania:

- Przetłumaczenie i zatwierdzenie polskiej wersji ICF
- Przetłumaczenie i zatwierdzenie Kwestionariusza WHODAS 2.0
- Przetłumaczenie i zatwierdzenie Checklist do oceny funkcjonalnej
- Przetłumaczenie aktualizacji dostępnych na stronie WHO w zakresie ICF
- Organizacja kilkunastu międzynarodowych spotkań/konferencji/szkoleń z przedstawicielami WHO w zakresie wdrażania ICF w Polsce
- Przygotowanie schematu wdrażania ICF w Polsce
- Opracowanie i wdrożenie modułu edukacyjnego dotyczącego ICF na specjalizacjach lekarskich
- Tłumaczenie ICF e-learning Tool (WHO) oraz merytoryczna korekta wykonanego tłumaczenia (Narzędzie zostało wysłane do WHO w celu zatwierdzenia. Po uzyskaniu zgody WHO narzędzie zostanie upowszechnione poprzez publikację na stronie internetowej Centrum e-Zdrowia).

Literatura

Bejer A., Ćwirlej-Sozańska A., Wiśniowska-Szurlej A., Wilmowska-Pietruszyńska A., Spalek R., de Sire A., Sozański B., *Psychometric properties of the Polish version of the 36-item WHODAS 2.0 in patients with hip and knee osteoarthritis*, "Quality of Life Research" 2021, Nr 30(8), DOI: 10.1007/s11136-021-02806-4

Chamie M., *The status and use of the international classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH)*, World Health Statistics 1990, Nr 43

Ćwirlej-Sozańska A., Bejer A., Wiśniowska-Szurlej A., Wilmowska-Pietruszyńska A., de Sire A., Spalek R., Sozański B., *Psychometric Properties of the Polish Version of the 36-Item WHODAS 2.0 in Patients with Low Back Pain*, "International Journal of Environmental Research and Public Health" 2020, Nr 17(19), DOI: 10.3390/ijerph17197284

Ćwirlej-Sozańska A., Sozański B., Kupczyk M., Leszczak J., Kwolek A., Wilmowska-Pietruszyńska A., Wiśniowska-Szurlej A., *Psychometric Properties and Validation of the Polish Version of the 12-Item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 in Patients with Huntington's Disease*, "Journal of Clinical Medicine" 2021, Nr 10(5), DOI: 10.3390/jcm10051053

Ćwirlej-Sozańska A., Sozański B., Kotarski H., Wilmowska-Pietruszyńska A., Wiśniowska-Szurlej A., *Psychometric properties and validation of the Polish version of the 12-item WHODAS 2.0*, "BMC Public Health" 2020, Vol. 20, art. nr 1203, DOI: 10.1186/s12889-020-09305-0

Ćwirlej-Sozańska A., Sozański B., Wiśniowska-Szurlej A., Wilmowska-Pietruszyńska A., Kujawa J., *Assessment of Disability and Factors Determining Disability among Inhabitants of South-Eastern Poland Aged 71-80 Years*, "BioMed Research International" 2018 3872753, DOI: 10.1155/2018/3872753

Ćwirlej-Sozańska A., Wilmowska-Pietruszyńska A., *Assessment of health, functioning and disability of a population aged 60-70 in south-eastern Poland using the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*, "Annals of Agricultural and Environmental Medicine" 2018, Nr 25(1), DOI: 10.5604/12321966.1228392

Ćwirlej-Sozańska A., Wilmowska-Pietruszyńska A., Sozański B., *Validation of the Polish version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in an elderly population (60-70 year old)*, "International Journal of Occupational Safety and Ergonomics" 2018, Nr 24(3), DOI: 10.1080/10803548.2017.1316596

Ćwirlej-Sozańska A., Wiśniowska-Szurlej A., Wilmowska-Pietruszyńska A., Sozański B., *Factors associated with disability and quality of life among the oldest-old living in community in Poland – a cross-sectional study*, "Annals of Agricultural and Environmental Medicine" 2020, Nr 27(4), DOI: 10.26444/aaem/115020

International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization, Geneva, 2001

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, World Health Organization, Geneva, 1992

Linacre J. M., Heinemann A. W., Wright B. D., Granger C. V., Hamilton B. B., *The structure and stability of the Functional Independence Measure*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1994, Nr 75(2)

Mahoney F., Barthel D., *Functional Evaluation: The Barthel Index*, "Maryland State Medical Journal" 1965, Nr 14

Pawlak K., Ćwirlej-Sozańska A., Wiśniowska-Szurlej A., *Kryteria oceny stopni niesamodzielności – doświadczenia dotychczasowe i propozycje dla potrzeb polskiej praktyki*, „Polityka Społeczna” 2018, Nr 45(2)

Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013, t. II, Nr 7

World Health Organization, International Classification of Impairments, Disabi-

lities and Handicaps: A manual of classification relating to consequences of disease, World Health Organization, Geneva, 1980

Strony internetowe

<http://cnzsajgon.pl/projekt-pfron/>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

<https://kif.info.pl/projekt-ue-rozwoj-kompetencji-zawodowych-fizjoterapeutow/>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

<https://kuratorium.bialystok.pl/wazne/wsparcie-podnoszenia-jakosci-edukacji-wlaczajacej-w-polsce-koncowe-rekomendacje-dotyczace-dzialan-ktore-beda-sluzyc-podnoszeniu-jakosci-edukacji-wlaczajacej-w-polsce-wypracowane-przez-europejska-ag.html>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

<https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/86217/Broszura-ICF.pdf>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

https://psychologia.wfch.uksw.edu.pl/deinstytucjonalizacja_projekt_horyzontalny, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

<https://rehabilitacjakompleksowa.pfron.org.pl/informacje-o-projekcie/>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

<http://senior.gov.pl/aktualnosci/pokaz/447>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

<https://www.ptzp.org/pl/10nd6sivx/mai-vo-chaand-ji.php>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P4400295501337101387485&projekty_rok=2021, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

<https://www.ore.edu.pl/category/projekty-po-wer/diagnoza-psychologiczno-pedagogiczna/>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) 2018 Version, World Health Organization, Geneva, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]

International Classification of Health Interventions (ICHI), World Health Organization, Geneva, <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions>, [dostęp z dnia: 02.09.2021]