

Zastosowanie Klasyfikacji ICF do oceny zdolności do pracy

Streszczenie

Istotą orzecznictwa o niepełnosprawności powinno być przełożenie zmian jakościowych (diagnozy lekarskiej – rozpoznania choroby, wady, urazu i stwierdzonych objawów patologii) na ocenę ilościową, określającą: 1/rodzaj i stopień nasilenia upośledzenia czynności (wydolności) poszczególnych narządów czy układów (aspekt biologiczny) oraz 2/możliwość przystosowania się organizmu do tego upośledzenia lub jego poprawy w wyniku rehabilitacji i leczenia, w odniesieniu do zdolności uzyskiwania przychodu za możliwą do wykonywania przez nich pracę (aspekt socjalno-zawodowy). Autorzy artykułu, wychodząc z założenia, że klasyfikacja ICF jest sposobem na ujednoczenie podejścia o orzekaniu o niepełnosprawności, definiowanej przez niezdolność do pracy, a także o potrzebie rehabilitacji zawodowej, opracowali model oceny zdolności do pracy z zastosowaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). W artykule przedstawiony zostanie model oraz weryfikujące go wyniki badań.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, zdolność do pracy, klasyfikacja ICF, psychofizyczne wymagania pracy, kompetencje zawodowe

Applying of the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) for the Assessment of Work Ability

Summary

Decision about disabilities should be made based on medical diagnosis about diseases, defects, injury (qualitative changes) and translate it on quantitative assessment defining: 1/kind and degree of handicap of physiological function (biological aspect); 2/possibilities to adaptation to disabilities or improvement in result of rehabilitation and treatment, with reference to ability to perform work (social aspect). Authors of articles coming from, that ICF classification is manner on uniformity of approach for decision about disabilities and vocational rehabilitation they have processed model of ability to work based on international classification of functioning, disabilities and Health (ICF). Model and results of research verifying this model will be presented in article.

Keywords: disabilities, work ability, classification ICF, psychophysical work demands, professional competence

Wstęp

Istotą orzecznictwa o niepełnosprawności powinno być przełożenie zmian jakościowych (diagnozy lekarskiej – rozpoznania choroby, wady, urazu i stwierdzonych objawów patologii) na ocenę ilościową, określającą: 1/rodzaj i stopień nasilenia upośledzenia czynności (wydolności) poszczególnych narządów czy układów (aspekt biologiczny) oraz 2/możliwość przystosowania się organizmu do tego upośledzenia lub jego poprawy w wyniku rehabilitacji i leczenia, w aspekcie zdolności do uzyskiwania przychodu za możliwą do wykonywania przez nich pracę (aspekt socjalno-zawodowy). Jednakże od wielu lat podkreślany jest fakt, iż ten drugi aspekt nie jest dostatecznie uwzględniany. Do oceny pierwszego z ww. aspektów wystarczy wiedza medyczna, zaś do oceny drugiego konieczna jest znajomość warunków wykonywania dotychczasowej pracy, wymagań psychicznych i fizycznych czy sytuacji na rynku pracy. Szczegółowych informacji na ten temat nie posiadają na ogół osoby biorące udział w orzekaniu o niepełnosprawności. Zazwyczaj mają dostęp jedynie do ogólnych informacji o wymaganiach fizycznych i psychicznych stawianych w zawodzie, co prowadzi do trudności w obiektywnym określeniu zdolności do pracy. W tej sytuacji o końcowej ocenie przesądzają najczęściej aspekty zdrowotne badanego oraz niepełne informacje nt. warunków i wymagań w danym zawodzie, a nie rzeczywista ich ocena.

Takie podejście sprowadza się do ustalania „niezdolności do...” i pomija aspekt „zdolności do...”. W konsekwencji takie podejście skutkuje kategoryzacją społeczeństwa poprzez stygmatyzację i wykluczanie niektórych osób orzekanych, a to oznacza dla nich dyskryminację i marginalizację społeczną. Tym samym jest sprzeczne z Konwencją WHO 2006, ratyfikowaną przez Polskę, której art. 2 stanowi: „Dyskryminacja ze względu na niepełnosprawność oznacza jakiegokolwiek różnicowanie, wykluczanie lub ograniczanie ze względu na niepełnosprawność, którego celem lub skutkiem jest naruszenie lub zniweczenie uznania, korzystania z lub wykonywania wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności w dziedzinie polityki, gospodarki, społecznej, kulturalnej, obywatelskiej lub jakiegokolwiek innej dziedzinie na zasadach równości z innymi osobami. Obejmuje to wszelkie przejawy dyskryminacji”.

Uwzględniając zmiany zachodzące w zakresie wiedzy (wykształcenia) i umiejętności (kwalifikacji) osób niepełnosprawnych, szybko zmieniające się technologie i procesy pracy, coraz większą liczbę osób prowadzących własną działalność gospodarczą z szeroką paletą czynności zarobkowych: od prostych prac „fizycznych” po działalność twórczą wykonywaną w domu, uzasadniona jest potrzeba dokonania gruntownych zmian w sposobie orzekania o zdolności do pracy osób niepełnosprawnych. W tym zakresie pilną potrzebą jest konieczność zastosowania wyskalowanych narzędzi pomiaru do oceny stopnia naruszenia (upośledzenia) sprawności jedynej, wspólnej biologicznej podstawy omawianego orzecznictwa. W okresie ok. 20 lat działania ustaw dotyczących orzekania dopracowano

się pewnych standardów, precyzyjniejszych, jeżeli wynik badania lekarskiego można przedstawić w formie liczbowej (np. sprawności widzenia lub słyszenia) i o wiele mniej precyzyjnych (zawierających znacznie większą uznaniowość), jeżeli podstawą było rozpoznanie lekarskie choroby, wady czy następstw urazu, ponieważ nie ma możliwości dokonania ich oceny wyrażanej w formie wartości liczbowej dotyczącej naruszenia sprawności. Podkreślenia wymaga fakt, że brak skutecznego, wyskalowanego narzędzia oceny stopnia naruszenia sprawności u osoby, u której orzekany jest stopień niepełnosprawności jest największym mankamentem, ponieważ wyniki badania dokonywanego przez lekarzy orzekających bądź opiniujących dla sądów sporządzane są w formie opisowej. Unieumożliwia to ich porównanie czy przeprowadzenie analiz statystycznych, które mogłyby stanowić podstawę do podjęcia prób ich standaryzacji czy ewaluacji.

Narzędziem, które pozwoliłoby na ujednoczenie podejścia o orzekaniu o niepełnosprawności, definiowanej przez niezdolność do pracy, jest Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

ICF jako metoda na ujednoczenie podejścia o orzekaniu o niepełnosprawności

Niepełnosprawność zgodnie z definicją WHO „[...] to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka”. W związku z tym, za osobę niepełnosprawną uważa się jednostkę, która całkowicie lub częściowo nie jest w stanie zapewnić sobie możliwości samodzielnego, normalnego indywidualnego i społecznego życia z powodu wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej bądź psychicznej (Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, 1946). Dlatego niepełnosprawność nie powinna być rozpatrywana jedynie z medycznego punktu widzenia i postrzegana jako jednostkowy problem osoby, która wymaga odpowiedniej opieki medycznej, lecz jako problem złożony, uwzględniający także psychospołeczny aspekt funkcjonowania osób niepełnosprawnych.

WHO opracowała międzynarodowe klasyfikacje służące do opisu różnych aspektów niepełnosprawności. WHO dostarcza wzorców, które pozwalają na kodowanie informacji o stanie zdrowia jednostki. Posługuje się językiem, umożliwiającym porozumiewanie się w kwestiach zdrowotnych w różnych dyscyplinach i dziedzinach na całym świecie. W 2001 r. WHO przyjęła Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

Klasyfikacja umożliwia spójne spojrzenie na człowieka, a jej celem jest ustanowienie standardowego i ujednoczonego języka oraz jego struktury umożliwiającej opis zdrowia i stanów z nim związanych. ICF obejmuje wszystkie aspekty funkcjonowania ludzkiego, a także niektóre elementy dobrego samopoczucia

fizycznego i psychicznego, które mają znaczenie dla zdrowia¹. Klasyfikacja obejmuje zależności między uszkodzeniem organizmu a ograniczeniami aktywności i utrudnieniami w zakresie uczestnictwa w życiu społecznym, które mogą być uwarunkowane zarówno czynnikami osobistymi, jak i środowiskowymi. ICF stanowi uniwersalny model, który odnosi się do wszystkich ludzi, bez względu na ich schorzenia, wiek, płeć czy kulturę. Dostarcza obszernego, wyczerpującego i znormalizowanego schematu opisu funkcjonowania człowieka, a także jego ograniczeń i trudności oraz służy jako narzędzie do archiwizacji i zarządzania zebranymi informacjami^{2, 3}. Znaczenie standaryzujące klasyfikacji ICF podkreślają również specjaliści zajmujący się psychologią rehabilitacji⁴. Dostrzegają oni możliwość wprowadzenia ujednoliconego programu rehabilitacyjnego poprzez wykorzystanie Klasyfikacji ICF.

Informacje wynikające z ICF uszeregowane zostały w dwóch częściach, a każda z nich składa się z dwóch składników. Część 1 klasyfikacji obejmuje „Funkcjonowanie i Niepełnosprawność”, której pierwszym składnikiem są „Funkcje i Struktury Ciała”. Dotyczą one ciała ludzkiego i składają się z dwóch klasyfikacji: pierwszej obejmującej funkcjonowanie/czynności układów ciała, oraz drugiej – strukturę/budowę ciała. Składnik drugi to „Aktywność i Uczestniczenie”, obejmujący dziedziny dotyczące funkcjonowania z perspektywy pojedynczej osoby oraz całego społeczeństwa. Część 2 obejmuje „Czynniki Kontekstowe”. Pierwszym ich składnikiem są „Czynniki Środowiska”, które oddziałują na każdy obszar funkcjonowania. Drugim składnikiem są „Czynniki Osobowe”, które nie zostały jeszcze sklasyfikowane. Do klasyfikacji wprowadzone zostały kwalifikatory w celu opisanego poziomu niepełnosprawności, zakresu funkcjonowania oraz stopnia, w jakim czynnik środowiskowy może stanowić ułatwienie bądź utrudnienie w życiu fizycznym i społecznym. Niepełnosprawność jednostki postrzegana jest jako dynamiczna interakcja między chorobą, urazem, bądź uszkodzeniem, a czynnikami kontekstowymi. Czynniki środowiskowe wchodzi w zależności ze wszystkimi składnikami „Funkcjonowania i Niepełnosprawności”.

¹ J. E. Bickenbach, S. Chatterji, E. M. Badley, T. B. Ustün, *Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps*, „Soc Sci Med” 1999, Nr 48(9), s. 1173–87

² A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia/International Classification of Functioning, Disability and Health*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013, Nr II(7)

³ A. Wilmowska-Pietruszyńska, D. Bilski, *ICF jako narzędzie ilościowej oceny naruszenia sprawności w orzekaniu dla potrzeb zabezpieczenia społecznego*, „Orzecznictwo Lekarskie” 2010, Nr VII(1)

⁴ S. Kowalik, *Stosowana psychologia rehabilitacji*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2018

Klasyfikacja ICF nie klasyfikuje ludzi, opisuje natomiast sytuacje jednostki w grupie dziedzin związanych ze zdrowiem. Opis pozostaje spójny z czynnikami środowiskowymi i osobowymi⁵.

Jednak ICF ze względu na swój wyczerpujący charakter jest dość skomplikowana do wykorzystania w codziennej praktyce. Mając to na uwadze, WHO stworzyło serię instrumentów opartych na ICF, takich jak lista kontrolna ICF lub kwestionariusz WHODAS. Z jednej strony, niezbędna jest wspólna podstawa do porównania z innymi warunkami zdrowotnymi i prowadzonymi interwencjami, a z drugiej strony narzędzie powinno być zmienne, aby uchwycić szczególny charakter unikalnej grupy chorych.

Wykorzystanie ICF w rehabilitacji zawodowej

Zgodnie z definicją WHO praca jest centralnym aspektem funkcjonowania człowieka i jednym z najpotężniejszych czynników społecznych zdrowia⁶. Jest ona również szeroko kojarzona z byciem zintegrowanym ze społeczeństwem i samowystarczalnością gospodarczą. Dla wielu osób praca stanowi źródło pewności siebie, własnej wartości i statusu społecznego. Natomiast utrata pracy lub nieemożność wznowienia pracy po zwolnieniu lekarskim często wiąże się ze spadkiem pewności siebie. Bezrobocie związane jest również ze zwiększonym ryzykiem zgonu⁷. Ekonomiczne konsekwencje choroby zwiększają się. W związku z powyższym bardzo istotnym elementem kompleksowego podejścia do możliwości pełnego uczestnictwa osoby w życiu zawodowym jest rehabilitacja zawodowa.

Uznając wagę rehabilitacji zawodowej w zarządzaniu niepełnosprawnością i potrzebę zapewnienia uniwersalnego opisu funkcjonowania pacjentów uczestniczących w niej, szwajcarskie ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków sfinansowało projekt opracowania podstawowego zestawu opartego na ICF do opisu funkcjonowania i zdrowia osób biorących udział w interdyscyplinarnej rehabilitacji zawodowej. Wybrano 90 kategorii ICF, które zostały włączone do Core Setu (profilu kategoryjnego) dla rehabilitacji zawodowej⁸. Kategorie te można uwzględnić przy przeprowadzaniu kompleksowej, wielodyscyplinarnej oceny osób poddanych rehabilitacji zawodowej. Spośród 90 kategorii wybrano 13 dla krótkiego Core Setu RZ. Krótki zestaw może posłużyć jako minimalny mię-

⁵ Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012

⁶ World Health Organization (WHO) editor, World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 19–21 October 2011, Geneva, Switzerland, WHO, 2012

⁷ D. J. Roelfs, E. Shor, K. W. Davidson, J. E. Schwartz, *Losing life and livelihood: a systematic review and metaanalysis analysis of unemployment and all-cause mortality*, „Soc Sci Med” 2011, Nr 72(6), s. 840–54

⁸ R. Escorpizo, J. Ekholm, H. P. Gmünder, A. Cieza, N. Kostanjsek, G. Stucki, *Developing a Core Set to describe functioning in vocational rehabilitation using the international classification of functioning, disability, and health (ICF)*

dzynarodowy standard raportowania danych nt. funkcjonowania osób uczestniczących w rehabilitacji zawodowej. Core Sety RZ mogą służyć jako przewodniki, które pomogą klinicyście i naukowcom wdrożyć optymalne programy rehabilitacji zawodowej dla osób w wieku produkcyjnym z ograniczonym udziałem w pracy z powodu choroby, urazu lub innego zdarzenia związanego ze zdrowiem.

Według przeglądu systematycznego Escorpizo i wsp. ICF oferuje ogólne ramy dla zrozumienia mnogości czynników występujących w rehabilitacji zawodowej⁹. Treści klasyfikacji odzwierciedlają zakres rehabilitacji zawodowej i stanowią podstawę do oceny jej skuteczności i zastosowania w praktyce. Autorzy przeglądu uważają, że ICF zapewnia jednolity język służący do oceny funkcjonowania i niepełnosprawności zgodnie z WHO. Uważają także, że stosowanie klasyfikacji przyczyniłoby się do poprawy pomiaru wyników rehabilitacji zawodowej. Finger i wsp. przeprowadzili ekspertyzę Core Setu RZ i stwierdzili, że może on służyć jako międzynarodowy standard mierzenia i raportowania funkcjonowania osób objętych rehabilitacją zawodową¹⁰. Core Set może zapewnić wspólny język wśród klinicyście, badaczy, ubezpieczycieli, decydentów w zakresie wdrażania skutecznej rehabilitacji zawodowej. Aiachini i wsp. przeprowadzili walidację Core Setu RZ u pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego¹¹. Autorzy stwierdzili, że narzędzie to jest przydatne i ułatwia reintegrację społeczną i rehabilitację pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Powrót do pracy jest kluczowym wynikiem rehabilitacji zawodowej pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w tym młodych osób z długoterminowymi perspektywami zatrudnienia. Wyniki tego badania mogą stanowić podstawę do wykorzystania Core Setu RZ do kierowania celami rehabilitacji, planowania i oceny usług, powrotu do pracy, a także budowania relacji z pracodawcami w kontekście rehabilitacji pacjentów z uszkodzeniem rdzenia.

Brak jest jednak ujednoliconej terminologii dotyczącej pracy osób niepełnosprawnych. Niespójna terminologia może powodować trudności w ocenie niezdolności do pracy. Klasyfikacja ICF stanowi ramy koncepcyjne dla badań nad niepełnosprawnością. ICF może być wykorzystane również w ocenie zdolności do pracy, przyznawaniu świadczeń socjalnych oraz dopłat do wynagrodzeń¹².

⁹ R. Escorpizo, M. E. Finger, A. Glässel, F. Gradinger, M. Lückenkemper, A. Cieza, *A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health*, „J Occup Rehabil.” 2011, Nr 21(2), s. 134–46

¹⁰ M. E. Finger, R. Escorpizo, A. Glässel, H. P. Gmünder, M. Lückenkemper, C. Chan et al., *ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference*, „Disabil Rehabil.” 2012, Nr 34(5), s. 429–38

¹¹ B. Aiachini, S. Cremascoli, R. Escorpizo, C. Pistarini, *Validation of the ICF Core Set for Vocational Rehabilitation from the perspective of patients with spinal cord injury using focus groups*, „Disabil Rehabil.” 2016, Nr 38(4), s. 337–45

¹² J. Anner, U. Schwegler, R. Kunz, B. Trezzini, W. de Boer, *Evaluation of work disability and the International Classification of Functioning, Disability and Health: what to expect and what not*, „BMC Public Health” 2012, Nr 12, s. 470

Wykorzystując klasyfikację ICF do oceny niezdolności do pracy, ekspert opisuje stan zdrowia osoby badanej, jej ograniczenia funkcjonalne, ale także możliwe interwencje i prognozy oraz powiązuje swoje ustalenia z wymogami systemu ubezpieczeń społecznych. Brak motywacji lub możliwości znalezienia pracy nie jest wystarczającym powodem do niezdolności do pracy¹³. Według Anner i wsp.¹⁴ Klasyfikacja ICF sprostą wymaganiom ekspertów medycznych, zwłaszcza w odniesieniu do oceny możliwości funkcjonalnych.

Opis modelu oceny zdolności do pracy

W ramach projektu finansowanego przez PFRON, realizowanego w dwóch ośrodkach przeprowadzających kompleksową ocenę kompetencji i zdolności do pracy – Centralnym Instytucie Ochrony Pracy – Państwowym Instytucie Badawczym i Fundacji Oceny Kapitału Ludzkiego – zostały przeprowadzone badania weryfikujące opracowany model.

Do oceny zdolności do pracy przyjęto, jako punkt wyjścia, opisany wcześniej profil kategoryjny do rehabilitacji zawodowej (ang. *vocational rehabilitation core set*). W wyniku weryfikacji modelu profil kategoryjny do oceny zdolności do pracy został uzupełniony o kilka kodów klasyfikacji ICF, natomiast kilka obszarów funkcjonowania osoby ujętych w profilu kategoryjnym rehabilitacji zawodowej zostało usuniętych. Opis profilu kategoryjnego do oceny zdolności do pracy znajduje się w poradniku pt. *Model oceny zdolności do pracy osób niepełnosprawnych z zastosowaniem klasyfikacji ICF*¹⁵.

Model oceny zdolności do pracy zawiera cztery etapy działań, których celem jest opracowanie profilu kategoryjnego zawierającego oceny w zakresie: funkcji ciała, aktywności i uczestniczenia oraz czynników środowiskowych. Działania te służą również opracowaniu rekomendacji i działań w kontekście podjęcia pracy lub powrotu do pracy. Model w postaci schematu graficznego został przedstawiony na rys. 1, a poniżej opisano cztery etapy działań.

Etap 1

W pierwszym etapie przeprowadza się: wywiad i badanie lekarskie, wywiad psychologiczny oraz wywiad zawodowy. W trakcie badania lekarskiego ocenie podlega aktualny stan zdrowia badanej osoby (m.in. ciśnienie tętnicze krwi, częstość skurczów serca, tolerancja wysiłku fizycznego, samopoczucie fizyczne i psychiczne). Badanie lekarskie przeprowadzane jest głównie w celu podjęcia

¹³ W. De Boer, P. Donceel, S. Brage, M. Rus, J. Willems, *Medico-legal reasoning in disability assessment: a focus group and validation study*, „BMC Publ Health” 2008, Nr 8, s. 1–9

¹⁴ J. Anner, U. Schwegler, R. Kunz, B. Trezzini, W. de Boer, *Evaluation of work disability and the International Classification of Functioning, Disability and Health: what to expect and what not*, „BMC Public Health” 2012, Nr 12, s. 470

¹⁵ J. Bugajska, A. Najmiec, M. Zakrzewska, K. Pawlak, *Model oceny zdolności do pracy osób niepełnosprawnych z zastosowaniem klasyfikacji ICF*, Warszawa, CIOP-PIB, 2018

decyzji o udziale osoby w dalszych etapach oceny zdolności do pracy (głównie w części dotyczącej oceny możliwości fizycznych/testów wysiłkowych). W tym etapie źródłem cennych informacji może być również dokumentacja medyczna pacjenta/badanej osoby (jeśli badana osoba taką dysponuje).

Na podstawie działań podjętych w 1. etapie, zespół (lekarz, psycholog, doradca zawodowy) określa zakres badań szczegółowych w celu oceny zdolności do pracy z uwzględnieniem cech indywidualnych badanej osoby i jej indywidualnej sytuacji środowiskowej.

Etap 2

W drugim etapie przeprowadzane są badania szczegółowe w celu oceny sprawności psychospołecznych, sensorycznych, funkcjonalnych (z wykorzystaniem prób pracy) oraz możliwości fizycznych.

W ocenie sprawności psychospołecznych w aspekcie zdolności do pracy uwzględnia się ocenę m.in. dobrostanu psychofizycznego, cech osobowości, kompetencji społecznych, zainteresowań i preferencji zawodowych, a także zdolności poznawczych i psychomotorycznych. W ocenie możliwości fizycznych uwzględnia się m.in. wskaźniki ogólnej wydolności fizycznej, możliwości siłowych, zakresów ruchu i możliwości utrzymania równowagi ciała. Metody oceny możliwości fizycznych obejmują ocenę wskaźników, najistotniejszych w odniesieniu do wymagań pracy (m.in. tolerancja wysiłku fizycznego, siły nacisku na dźwignię).

Oceny zdolności do pracy zawierają wskaźniki sprawności narządu wzroku i słuchu, kiedy w wyniku badania lekarskiego i wywiadów okaże się, że ograniczenia sprawności sensorycznych mogą wpływać na zdolność do pracy.

Bardzo ważna z punktu widzenia zdolności do pracy jest sprawność funkcjonalna osoby badanej, oceniana z wykorzystaniem tzw. prób pracy lub koszyków zadań weryfikujących m.in. e-kompetencje. Ocena możliwości funkcjonalnych jest uzupełniana o samoocenę umiejętności fizycznych oraz odczuwanych dolegliwości. W badaniu jest uwzględniana tolerancja pracy wykonywanej z narzuconym tempem, dużą powtarzalnością, w długotrwałej i wymuszonej pozycji.

Zespół dokonujący oceny zdolności do pracy zbiera również informacje na podstawie obserwacji zachowania badanej osoby i z ich wykorzystaniem wnioskuje o innych cechach.

Etap 3

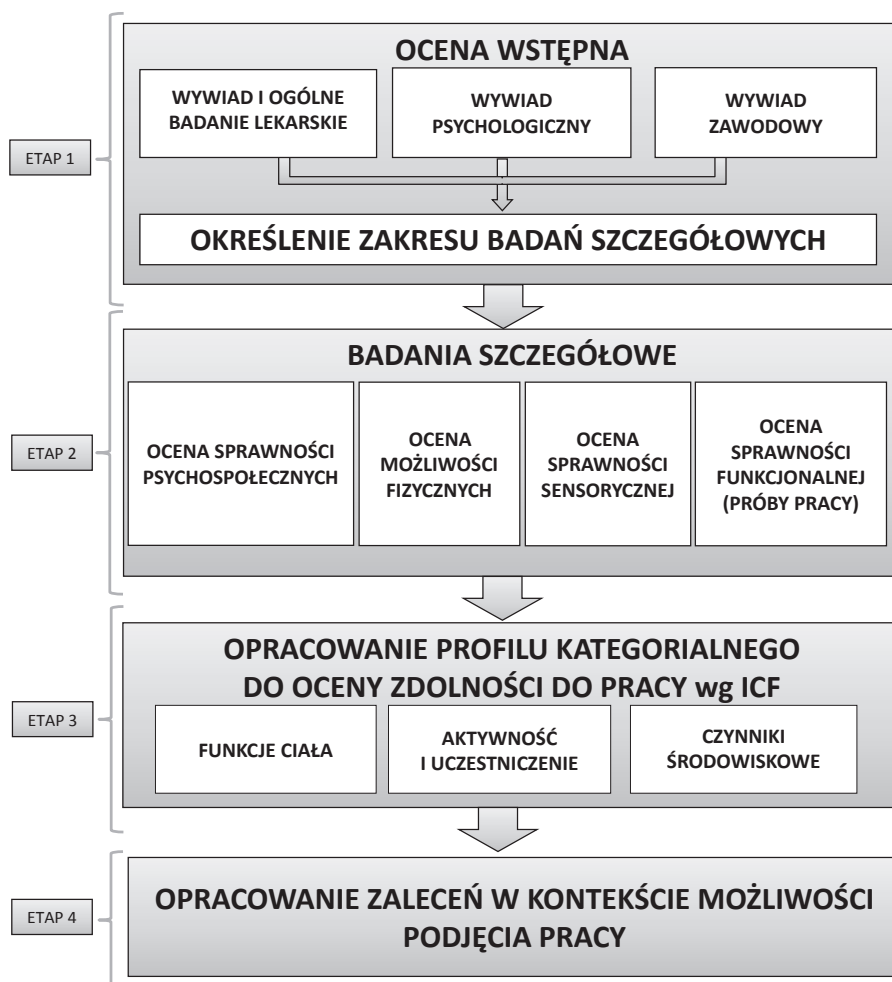
W trzecim etapie dokonuje się rekodowania wyników ze skal wykorzystywanych metod i narzędzi na oceny w kwalifikatorach ICF. Na ich podstawie oraz na podstawie obserwacji specjaliści z zespołu sporządzają profil kategorialny w zakresie: Funkcji ciała, Aktywności i Uczestniczenia oraz Czynników środowiskowych. Ocena powstaje na podstawie wszystkich informacji uzyskanych wcześniej, tzn. na podstawie badania i wywiadu lekarskiego, dokumentacji me-

dycznej pacjenta/badanej osoby (jeśli badana osoba taką dysponuje), wywiadu psychologicznego, wywiadu zawodowego, wyników badań szczegółowych oraz obserwacji.

Etap 4

W czwartym etapie opracowuje się zalecenia w kontekście podjęcia pracy: np. dotyczące szkoleń, rehabilitacji i reorientacji zawodowej, które wynikają z indywidualnego profilu kategorialnego. W trakcie spotkania z osobą niepełnosprawną, przedstawiane są wyniki oceny i przeprowadzana jest konsultacja dotycząca możliwości podjęcia i realizacji zaleceń oraz dalszych działań.

Rysunek 1. Schemat modelu oceny zdolności do pracy osób niepełnosprawnych



Źródło: opracowanie własne

Wyniki badań pilotażowych weryfikujących model

Zgodnie z opracowanym modelem ocenę przeprowadzono w 3. obszarach istotnych z punktu widzenia zdolności do pracy:

- Funkcje Ciała – czynności fizjologiczne układów ciała zawierające również funkcje psychologiczne,
- Aktywność i Uczestniczenie – wykonanie zadania przez badaną osobę lub podjęcie działania i angażowanie się badanej osoby w sytuację życiową,
- Czynniki Środowiskowe – czynniki stanowiące fizyczne i społeczne otoczenie, w którym osoby niepełnosprawne funkcjonują.

W zakresie obszaru „Funkcje Ciała” ocenę przeprowadzono pod kątem występowania dysfunkcji (w skali ocen w klasyfikacji ICF nazwanych „upośledzeniami”). W grupie badanej najmniej upośledzeń stwierdzono w zakresie kategorii:

- funkcje słyszenia – 9%,
- funkcje myślenia – 10%,
- funkcje energii życiowej i witalności – 13%,
- funkcje pamięci – 15%,

Najwięcej upośledzeń stwierdzono w zakresie kategorii:

- czucie bólu – 71%,
- funkcje przedsionka – 43%,
- funkcje widzenia – 47%,
- funkcje emocjonalne – 38%,
- funkcje uwagi – 37%,
- funkcje związane z tolerancją wysiłku – 32%.

W zakresie obszaru „Aktywność i Uczestniczenie” ocenę przeprowadzono pod kątem występowania problemów w zakresie danej aktywności. W grupie badanej najmniej problemów stwierdzono w zakresie kategorii:

- kontakty oficjalne – 3%,
- podstawowe kontakty międzyludzkie – 5%,
- porozumiewanie się – odbieranie – wiadomości niewerbalne – 6%,
- porozumiewanie się – odbieranie – wiadomości ustne – 6%,
- myślenie – 6%,
- korzystanie z toalety – 6%,
- pisanie – 7%,
- poruszanie się przy pomocy środków transportu – 7%,
- czytanie – 8%,
- rozmowa – 9%,
- ubieranie się – 10%,
- złożone kontakty międzyludzkie – 12%,
- używanie urządzeń i technik służących do porozumiewania się – 13%.

Wyniki te są bardzo ważne w kontekście podejmowania aktywności zawodowej lub rehabilitacji zawodowej i przyuczenia do zawodu. Wymienione wyżej aktywności są podstawą do podjęcia działań aktywizujących, dlatego tak niewielkie występowanie problemów w zakresie podstawowych aktywności można interpretować w tej grupie badanych jako optymistyczne.

Natomiast najwięcej problemów stwierdzono w zakresie kategorii:

- szkolenie zawodowe – 69%,
- przyuczenie do zawodu – 69%,
- prowadzenie pojazdu – 57%,
- podnoszenie i przenoszenie przedmiotów – 48%,
- utrzymywanie pozycji ciała – 43%.

Wyniki te świadczą o potrzebie intensyfikacji działań w kierunku zwiększenia udziału osób niepełnosprawnych w szkoleniach zawodowych i przyuczeniach do zawodu. Wyniki odnoszące się do sprawności fizycznej i funkcjonalnej mogą wskazywać na ograniczenia w wybranych zawodach i czynnościach zawodowych, dlatego tak ważne jest określenie na podstawie oceny zdolności do pracy ścieżek zawodowych zgodnych z możliwościami osoby badanej.

W ramach analizy wyników badań zestawiono wyniki opisujące 2 kwalifikatory dla różnych kategorii w obszarze „Aktywności i Uczestniczenia”. Jeden to kwalifikator *zdolność* opisujący możliwości wykonania przez badaną osobę zadania lub podjęcia jakiegoś działania (Z), drugi to kwalifikator *wykonanie* opisujący, co badana osoba robi/wykonuje w swoim aktualnym środowisku (W). Wyniki procentowe określają część grupy badanej, dla której dana aktywność nie stanowiła problemu:

- realizowanie dziennego rozkładu zajęć – W: 78%, Z: 86%,
- poruszanie się przy pomocy sprzętu – W: 14%, Z: 25%,
- prowadzenie pojazdu – W: 38%, Z: 54%,
- troska o własne zdrowie – W: 76%, Z: 82%,
- szkolenie zawodowe – W: 24%, Z: 93%,
- kształcenie wyższe – W: 27%, Z: 75%,
- przyuczenie do zawodu – W: 28%, Z: 96%,
- zatrudnienie za wynagrodzeniem – W: 61%, Z: 94%.

Wyniki te wskazują na duże różnice pomiędzy *zdolnością* a *wykonaniem*, szczególnie w zakresie aktywności związanych z aktywizacją zawodową badanych osób, tj. w zakresie szkolenia zawodowego, kształcenia wyższego i przyuczenia do zawodu.

W zakresie obszaru „Czynniki Środowiskowe” ocenę przeprowadzono pod kątem występowania ułatwień. W grupie badanej najwięcej ułatwień (wsparcia) stwierdzono w zakresie kategorii:

- inni pracownicy fachowi (profesjoniści) – 71%,
- produkty i technologie służące do porozumiewania się – 68%,

- najbliższa rodzina – 67%,
- produkty i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym – 66%,
- usługi, systemy i polityka transportowa – 65%,
- leki – 65%,
- projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie dla budynków użyteczności publicznej – 63%,
- przyjaciele – 61%.

Na podstawie otrzymanych wyników znaczące ułatwienia można pogrupować na czynniki środowiska społecznego (rodzina, przyjaciele, profesjonaliści wspierający) oraz czynniki środowiska fizycznego (produkty i technologie służące do porozumiewania się, przemieszczania i ułatwiające funkcjonowanie w życiu codziennym). Środowisko społeczne będące źródłem wsparcia stanowi istotny czynnik ułatwiający działania aktywizujące w drodze do podjęcia pracy. Dotyczy to zarówno rodziny, przyjaciół, ale również – i to w bardzo znaczącym stopniu – profesjonalistów współpracujących i wspierających osoby z różnymi niepełnosprawnościami. Wysoki wynik uzyskany w odniesieniu do profesjonalistów współpracujących z osobami niepełnosprawnymi (dla 71% osób badanych współpraca z tymi osobami stanowiła w różnym stopniu ułatwienie) wskazuje na ważną rolę tej grupy zawodowej w aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych.

Dostęp do produktów i technologii ułatwiających aktywne funkcjonowanie zależy od statusu materialnego i miejsca zamieszkania osoby badanej. Osoby mieszkające w mniejszych miejscowościach i na wsi oraz osoby mniej zamożne mają mniejszą szansę dostępu do tego typu czynników wspierających. W badanej grupie ekonomiczną samowystarczalność stwierdzono w 70%, ale większość grupy badanej mieszkała w Warszawie, gdzie podjęcie różnych form aktywności jest łatwiejsze.

Podsumowanie

Przeprowadzone w projekcie w dwóch ośrodkach badania weryfikacyjne wykazały dużą przydatność Klasyfikacji ICF do oceny zdolności do pracy osób niepełnosprawnych. Rekomendujemy opracowany profil kategorialny składający się z 89 kodów: 21 w obszarze „Funkcji Ciała”, 44 w obszarze „Aktywności i Uczestniczenia” oraz 24 w obszarze „Czynników Środowiskowych” jako ujednolicone narzędzie do wykorzystania przez wielu specjalistów, z różnych dziedzin zaangażowanych w proces oceny zdolności do pracy. Wybrane kody uwzględniają w całości sprawności, możliwości i uwarunkowania środowiskowe istotne z punktu widzenia zdolności do pracy osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności.

Kompleksowa ocena zdolności do pracy powinna przyczynić się do zwiększenia aktywności osób niepełnosprawnych ukierunkowanej na podjęcie pracy. Uwzględnienie informacji uzyskiwanych i ocenianych przez zespół specjalistów

powinien dać pełny i obiektywny obraz możliwości osób badanych, napotykanym trudności i różnych rodzajów wsparcia. Ocena zdolności do pracy może mieć znaczenie zarówno motywacyjne, jak i wspierające. Aby osiągnąć ten cel, przekazywanie wyników i zaleceń powinno odbywać się zgodnie z zasadami dialogu motywacyjnego na bazie wsparcia informacyjnego i emocjonalnego.

Bibliografia

- Aiachini B., Cremascoli S., Escorpizo R., Pistarini C., *Validation of the ICF Core Set for Vocational Rehabilitation from the perspective of patients with spinal cord injury using focus groups*, „Disabil Rehabil.” 2016, Nr 38(4)
- Anner J., Schwegler U., Kunz R., Trezzini B., de Boer W., *Evaluation of work disability and the International Classification of Functioning, Disability and Health: what to expect and what not*, „BMC Public Health” 2012, Nr 12
- Bickenbach J. E., Chatterji S., Badley E. M., Ustün T. B., *Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps*, „Soc Sci Med” 1999, Nr 48(9)
- Bugajska J., Najmiec A., Zakrzewska M., Pawlak K., *Model oceny zdolności do pracy osób niepełnosprawnych z zastosowaniem klasyfikacji ICF*, Warszawa, CIOP-PIB, 2018
- De Boer W., Donceel P., Brage S., Rus M., Willems J., *Medico-legal reasoning in disability assessment: a focus group and validation study*, „BMC Public Health” 2008, Nr 8
- Kowalik S., *Stosowana psychologia rehabilitacji*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2018
- Escorpizo R., Ekholm J., Gmünder H. P., Cieza A., Kostanjsek N., Stucki G., *Developing a Core Set to describe functioning in vocational rehabilitation using the international classification of functioning, disability, and health (ICF)*
- Escorpizo R., Finger M. E., Glässer A., Gradinger F., Lückenkemper M., Cieza A., *A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health*, „J Occup Rehabil.” 2011, Nr 21(2)
- Finger M. E., Escorpizo R., Glässer A., Gmünder H. P., Lückenkemper M., Chan C. et al., *ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference*, „Disabil Rehabil.” 2012, Nr 34(5)
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012, World Health Organization (WHO) editor, World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 19–21 October 2011, Geneva, Switzerland, WHO, 2012

- Roelfs D. J., Shor E., Davidson K. W., Schwartz J. E., *Losing life and livelihood: a systematic review and metaanalysis analysis of unemployment and all-cause mortality*, „Soc Sci Med” 2011, Nr 72(6)
- Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *ICF jako narzędzie ilościowej oceny naruszenia sprawności w orzekaniu dla potrzeb zabezpieczenia społecznego*, „Orzecznictwo Lekarskie” 2010, Nr VII(1)
- Wilmowska-Pietruszyńska A., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia/International Classification of Functioning, Disability and Health*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013, Nr II(7)