

DOROTA M. FAL

Znaczenie klasyfikacji ICF w opisie niepełnosprawności

Znalezienie właściwego, zrozumiałego na całym świecie sposobu opisu funkcjonowania człowieka – z jego niepełnosprawnością w świetle starzenia się społeczeństw, zjawiska globalizacji i rosnącego zapotrzebowania systemów opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej – wydaje się bardzo istotne.

Odpowiedź na to zapotrzebowanie znalazła Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Opracowany przez nią ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) jest często opisywany jako zintegrowany biopsychospołeczny model funkcjonowania i niepełnosprawności. Klasyfikacja dostarcza standard języka i wspólne ramy służące opisowi zdrowia człowieka i zagadnień powiązanych ze zdrowiem. Istotne jest, że ICF nie jest klasyfikacją ludzi, ale opisuje sytuację każdej osoby w szeregu związanych ze zdrowiem lub zdrowiem obszarów. Autorka omawia strukturę ICF, pokazując na przykładach, w jaki sposób skład kodów numerycznych oraz kategorii opisuje stan funkcjonowania pacjenta w sposób zrozumiały dla specjalistów różnych dziedzin na całym świecie.

Słowa kluczowe: ICF, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, niepełnosprawność, rehabilitacja, czynniki kontekstowe, czynniki osobowe, WHO.

Wprowadzenie

Zgodnie z danymi podawanymi przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO) ponad miliard ludzi, czyli około 15% światowej populacji, ma jakąś formę niepełnosprawności. Co więcej, od 110 milionów do 190 milionów dorosłych ma poważne trudności w funkcjonowaniu.

Spółczeństwo w krajach wysokorozwiniętych starzeje się w szybkim tempie. Dodatkowo wydłużająca się długość życia i wzrost znaczenia chorób nieinfekcyjnych oraz wpływ znaczenia chorób przewlekłych na zdrowie populacji powodują, że zagadnienie niepełnosprawności i możliwości funkcjonowania osób w swoim środowisku zyskuje rangę jednego z najważniejszych priorytetów – zarówno w zakresie zdrowia publicznego, jak i ochrony zdrowia w znaczeniu wielowymiarowym.

WHO zwraca również uwagę na fakt, że osoby niepełnosprawne mają ograniczony dostęp do usług opieki zdrowotnej, stąd wiele ich potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej pozostaje niezaspokojonych¹.

Rozwój technologii medycznych w ramach swoich dobrodziejstw przynosi ogromny postęp w leczeniu wielu dotychczas nieuleczalnych i powodujących szybkie zgony chorób. Pozwala także na coraz dłuższe życie osób obciążonych wieloma chorobami przewlekłymi. Oznacza to jednak także rosnącą liczbę funkcjonujących z społeczeństwie osób z coraz wyższym stopniem niepełnosprawności. Co więcej, zjawisko to oraz wydłużająca się długość życia nie tylko odpowiadają za wzrost kosztów opieki zdrowotnej i rosnące zapotrzebowanie na dodatkowe środki w ochronie zdrowia, ale też powodują malejący stosunek liczby osób pracujących do liczby osób w wieku emerytalnym i niezdolnych do pracy.

Z ekonomicznego oraz humanitarnego punktu widzenia koniecznością staje się walka społeczeństw o utrzymanie na rynku pracy jak największej liczby osób zdolnych do pracy zawodowej, z którą powiązana jest możliwość finansowania systemów opieki zdrowotnej.

Wszystkie te czynniki spowodowały konieczność ewolucji naszego podejścia do zjawiska niepełnosprawności. Wyrazem tego jest powstanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, która umieszcza kwestię niepełnosprawności w kręgu praw człowieka i rozwoju świata. Dalszym potwierdzeniem istotności tego zagadnienia jest przyjęcie przez WHO rezolucji i planu działania na lata 2014–2021 zatytułowanego *Lepsze zdrowie dla osób z niepełnosprawnością*.

Niepełnosprawność jest przyczyną zróżnicowanego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, od potrzeb bardzo wysokich do takich, które nie różnią się od potrzeb osób bez niepełnosprawności. Artykuł 25 Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) o prawach osób niepełnosprawnych (CRPD) wzmacnia prawo osób niepełnosprawnych do osiągnięcia najwyższych standardów opieki zdrowotnej bez dyskryminacji.

Naprzeciw temu wychodzi ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia), która jest jedną z międzynarodowych klasyfikacji zdrowotnych Światowej Organizacji Zdrowia. W dokumencie tym zdefiniowano *niepełnosprawność* jako termin zbiorczy dla upośledzeń, ograniczeń aktywności i ograniczeń uczestnictwa. Niepełnosprawność jest interakcją pomiędzy osobami z określonym stanem zdrowia (np. porażeniem mózgowym, zespołem Downa i depresją) a czynnikami osobistymi i środowiskowymi (np. postawami negatywnymi, niedostępnym transportem publicznym i budynkami użyteczności publicznej).²

Celem artykułu jest przybliżenie stworzonej i rekomendowanej przez WHO Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia oraz analiza struktury ICF stosowanej w ocenie niepełnosprawności. Autorka wskazuje ewolucję spojrzenia na problem niepełnosprawności, opisuje zasady, które leżą u podstaw ICF, a także na przykładach ukazuje, w jaki sposób skład kodów numerycznych oraz kategorii opisuje stan funkcjonowania pacjenta – zrozumiale dla specjalistów z różnych dziedzin na całym świecie. Wskazuje również obszary, w których klasyfikacja jest i powinna być wykorzystywana.

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> [dostęp: 18.02.2018].

2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> [dostęp: 18.02.2018].

1. Czym jest ICF?

ICF została przyjęta jako jedna z klasyfikacji społecznych przez Organizację Narodów Zjednoczonych i włączona do standardowych zasad wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. Jest ona podstawowym narzędziem stosowanym w ocenie lub – może tak należało by powiedzieć – w badaniu niepełnosprawności. ICF związana jest także ze zmianą postrzegania zjawiska niepełnosprawności we współczesnym świecie, związanego z wymienianymi wcześniej czynnikami. W przeszłości funkcjonowało podejście, że niepełnosprawność jest stanem dotyczącym czy identyfikującym określone grupy ludzi. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) zmienia zupełnie tę optykę. Niepełnosprawność w nowym podejściu odnosi się do funkcjonowania człowieka w jego środowisku i jego ograniczeń. Przy takim podejściu proces starzenia się jest procesem nabywania ograniczeń i rozwijania się niepełnosprawności.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), którą znajdziemy na stronach Światowej Organizacji Zdrowia, została wprowadzona przez WHO w 2001 roku jako kompleksowy system kodowania dla funkcjonowania i niepełnosprawności. Tworzy ona, zgodnie z ideą promowaną przez WHO, nowe ramy koncepcyjne dla niepełnosprawności i stanowi „wspólny język” wszystkich zawodów. Od tego czasu klasyfikacja jest wciąż ulepszana i upowszechniana, a kolejne kraje podpisały konwencję na temat jej wdrażania.

Niedawno 200 osób z 36 krajów podpisało umowę o współpracy przy opracowywaniu aplikacji mobilnej opartej na ICF. Głównym celem aplikacji będzie ułatwienie zastosowania ICF, a tym samym popularyzacja tej skoordynowanej i skoncentrowanej na jednostce praktyki.

Porównując klasyfikację ICF do znanej wszystkim profesjonalistom Klasyfikacji Chorób ICD-10, można powiedzieć, że ICF opisuje, jak żyjemy i funkcjonujemy, podczas gdy ICD 10 jest katalogiem sposobu, w jaki chorujemy i umieramy.

2. Dlaczego stworzono ICF?

U podstaw opracowania ICF leżał wymóg określony w Konstytucji WHO pochodzącej z 1946 roku. W artykule 2 stanowi ona o dostarczaniu informacji zdrowotnych, które udostępniane są na całym świecie w sposób pozwalający na ich porównywanie, oraz o tworzeniu klasyfikacji i nomenklatur pozwalających specjalistom z różnych dziedzin medycznych i innych na efektywną współpracę w celu podnoszenia poziomu zdrowia pojedynczych osób i społeczeństw.

ICF stanowi narzędzie epidemiologiczne, które ma służyć pomocą i wręcz umożliwiać gromadzenie porównywalnych danych dotyczących niepełnosprawności z różnych krajów, posiadających różne prawodawstwa, definicje niepełnosprawności, standardy życia i zasady dotyczące opieki społecznej.

Zestawianie opisów z różnych krajów bez wyznaczenia standardów przynosi niewiarygodne dane, niemożliwe do porównania.

Definicja ICF odnosi się do problemu zaobserwowanego już w dokumentach pochodzących z okresu przed I wojną światową, kiedy to lekarze oceniający niepełnosprawność powracających z frontu żołnierzy oraz ich przydatność do pracy zarobkowej zaobserwowali różnicę w sytuacji

osób z takimi stanami faktycznymi, tj. fizycznymi obrażeniami (np. amputacja nóg) w zależności od wykonywanego zawodu, do którego mogli powrócić.

Przykładowo przy wspomnianej amputacji kończyn dolnych powrót do pracy i możliwości utrzymania rodziny posiadała osoba wykonująca pracę umysłową, powiedzmy nauczyciel. Nie miała jej natomiast osoba wykonująca pracę fizyczną. Z takim samym problemem mierzą się ubezpieczyciele określający krzywdę i stopień niesprawności osoby, która na przykład uległa wypadkowi z uszczerbkiem na zdrowiu w zależności od wykonywanego przez nią zawodu. Sztandarowym przykładem podawanym na wielu wykładach jest amputacja palca, która stanowi o znacznej niepełnosprawności i utracie możliwości wykonywania zawodu na przykład pianisty czy skrzypka, w przeciwieństwie do wielu innych zawodów – choćby nauczyciela.

3. Podstawowe zasady

Tego typu podejście leży u podstaw czterech zasad, którymi kierowano się przy tworzeniu klasyfikacji ICF. Te zasady to: uniwersalność, interaktywność ciągłość oraz etiologiczna neutralność.

Uniwersalność oznacza, że niepełnosprawność jest powszechną, normalną i naturalną cechą kondycji ludzkiej. Jest ona nierozdzielnie związana ze starzeniem się, chorobami i kondycją zdrowia człowieka, ale także z wpływem, jaki ta kondycja ma na funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie. W tym rozumieniu niepełnosprawność dotyka niemal każdego z nas, różniąc się jedynie stopniem. W starzejącym się społeczeństwie, wraz z wiekiem i współwystępowaniem chorób przewlekłych, dotyka ona coraz szerszych grup społecznych.

Niepełnosprawność określa zakres funkcjonowania człowieka w środowisku, czyli jego interakcję z otoczeniem. Oznacza to, że cechy niepełnosprawności mają charakter interaktywny i nie można ich rozpatrywać w oderwaniu od środowiska. Oznacza to również oczywiście większą trudność w ocenie i możliwościach pomiaru stopnia niepełnosprawności. To także jest powodem, dla którego Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia jest w wielu środowiskach wdrażana z oporem i uznawana za „trudną”.

Przez długi czas ocena i pomiar niepełnosprawności były pozostawione specjalistom medycznym, a konkretnie lekarzom. W tego typu podejściu ocena niepełnosprawności dotyczyła pomiaru i obserwacji ciała oraz jego sprawności. Tego typu podejście w świetle obecnej definicji niepełnosprawności, aczkolwiek łatwiejsze do realizacji, jest nieuprawnione. Niepełnosprawność musi być oceniana w interakcji ze środowiskiem fizycznym, społecznym rodzinnym i zawodowym. Niepełnosprawność jest także zjawiskiem ciągłym. Oznacza to, że nie można prosto określić posiadania przez człowieka niepełnosprawności, ale konieczne jest każdorazowe ustalenie stopnia niepełnosprawności, umieszczenie jej na skali. Należy pamiętać, że ograniczenia w funkcjonowaniu muszą mieć za każdym razem swój punkt odniesienia – na przykład zdolność do pracy należy analizować w sposób określający, czy badany jest zdolny do pracy, czy nie, do jakiej pracy jest zdolny, jakie ułatwienia pozwolą mu tę pracę wykonywać, jakie bariery infrastrukturalne należy usunąć, czy i jakie zapewnić protezowanie, pomoc psychologiczną, treningi.

Ostatnia zasada dotyczy neutralności etiologicznej ICF. Oznacza to, że klasyfikacja ta, pomimo że punktem wyjścia oceny jest zawsze diagnoza formułowana zgodnie z klasyfikacją ICD 10, nie jest ograniczana przez pryzmat schorzenia. Inaczej mówiąc, osoby o zupełnie różnych rozpoznaniach chorobowych mogą mieć taki sam stopień i rodzaj niepełnosprawności. Z kolei ta sama jednostka

chorobowa i taka sama diagnoza mogą powodować różne rodzaje i stopnie niepełnosprawności z zależności od czynników osobowych i środowiskowych.

Zatem w sposób całkowicie uprawniony ICF określany jest jako zintegrowany biopsychosocjalny model funkcjonowania i niepełnosprawności.

4. Wykorzystanie klasyfikacji ICF

Cechą dodatkową, ale niezwykle ważną jest to, że ICF poddaje się cyfryzacji. Oznacza to, że może być elementem elektronicznej dokumentacji medycznej. Jest to także unikalny system kodowania w pełni powtarzalny, dzięki któremu osoby z taką samą niepełnosprawnością zostaną za pomocą kodów – określających cechę jakościowo – i kwalifikatorów, które pozwalają na ilościową kwantyfikację danej cechy, opisane w taki sam, powtarzalny sposób wszędzie na świecie. Dzięki temu można osiągnąć główny cel ICF, czyli możliwość epidemiologicznego gromadzenia i porównywania sytuacji w różnych miejscach na świecie.

Oznacza to także, że biorąc pod uwagę społeczne i ekonomiczne narastające znaczenie niepełnosprawności, zdrowie publiczne zyskało potężne narzędzie pozwalające na planowanie działań.

Polskie wydanie ICF, które można znaleźć na stronie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), wskazuje następujące cele klasyfikacji:

- „stworzenie naukowych podstaw dla zrozumienia i badania kwestii zdrowia i związanych z nim stanów, wyników i wyznaczników;
- ustalenie wspólnego języka stosowanego do opisu zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem w celu usprawnienia porozumiewania się różnych użytkowników, jak np. pracowników służby zdrowia, pracowników naukowych, decydentów i społeczeństwa, z uwzględnieniem osób niepełnosprawnych;
- umożliwienie porównywania danych z różnych krajów, z wielu dziedzin opieki zdrowotnej, usług i okresów czasu;
- stworzenie usystematyzowanego schematu kodowania dla systemów informatycznych w dziedzinie zdrowia.”³

Należy stwierdzić, że pomimo iż klasyfikacja ICF została zasadniczo stworzona dla wspierania zagadnienia zdrowia i stanów z nim związanych, to dziś coraz częściej jest wykorzystywana również w innych sektorach, takich jak ubezpieczenia komercyjne, ubezpieczenia społeczne, działy zarządzania kadrami, szkolnictwo, ekonomia, polityka społeczna, ustawodawstwo.

Klasyfikacja ICF została włączona do „Standardowych zasad wyrównywania szans osób niepełnosprawnych”. Jest ona jedynym narzędziem do wdrożenia międzynarodowych zaleceń w dziedzinie praw człowieka oraz przepisów prawnych poszczególnych krajów.

ICF jest narzędziem multidyscyplinarnym, wykorzystywanym także w ocenie zarządzania opieką zdrowotną oraz w badaniach demograficznych na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym.

System pojęciowy oferowany przez ICF służy do przekazywania informacji, mającej zastosowanie w opiece zdrowotnej, łącznie z profilaktyką, promocją zdrowia oraz planowaniem działań wspierających zwiększenie uczestniczenia w życiu społecznym poprzez zmniejszanie barier społecznych.

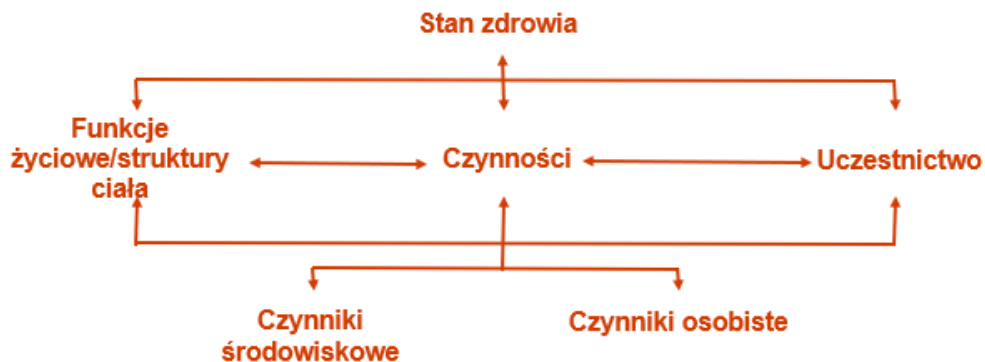
3. https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf [dostęp: 18.02.2018].

Klasyfikacja stosowana jest także w badaniach nad systemami opieki zdrowotnej oraz pomaga w kształtowaniu polityki zdrowotnej.

5. Struktura ICF

Na rysunku 1. pokazano strukturę ICF i zależności pomiędzy jej składowymi.

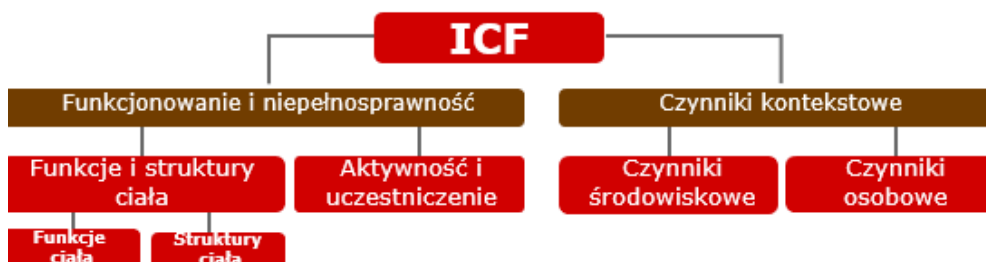
Rysunek 1. Model ICF – zależności pomiędzy składnikami ICF



Źródło: <https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool> [dostęp: 18.02.2018].

Klasyfikacja składa się z dwóch części – pierwsza z nich to „Funkcjonowanie i niepełnosprawność”, druga opisuje tzw. „Czynniki kontekstowe” (rys. 2.).

Rysunek 2. Struktura ICF



Źródło: <https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool> [dostęp: 18.02.2018].

Każdy rozdział został podzielony na osiem części. Z kolei poszczególne części struktur i funkcji odpowiadają sobie wzajemnie i zostały stworzone zgodnie z układami ciała ludzkiego (rys. 3.).

Rysunek 3. Funkcje i struktury



Źródło: <https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool> [dostęp: 18.02.2018].

Wbrew pozorom zakodowanie funkcjonowania i niepełnosprawności człowieka jest transparentne i proste. Każdej z grup („Funkcje ciała” i „Struktury ciała”) zostały przypisane odpowiednie literowe oznaczenia kodowe, z kolei elementy układu anatomicznego mają kolejne oznaczenia liczbowe. Dla ułatwienia klasyfikacja ma strukturę drzewa, a kolejne cyfry oznaczają jednoznacznie kolejne poziomy szczegółowości.

Przykładowo dla struktur kod b7801 będzie oznaczał:

- b7 – funkcje układu mięśniowo-szkieletowego;
- b780 – wrażenia dotyczące mięśni i towarzyszące funkcjom związanym z ruchem i w czasie spoczynku, nieobejmujące kodyfikowanego osobno bólu;
- zaś b7801 – odczuwanie kurczu mięśnia pojedynczego, mimowolnego lub grupy mięśni.

Korespondujący z nim przykładowy kod dotyczący struktur pozwala na precyzyjne zakodowanie anatomicznej struktury ciała s75012, co oznacza:

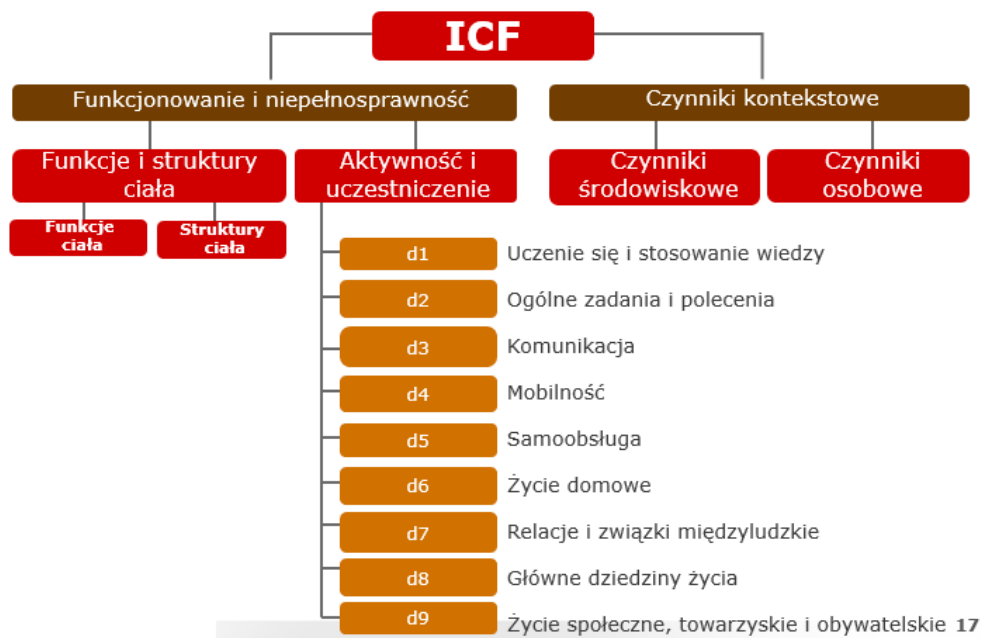
- s7 – struktury związane z ruchem;
- s750 – struktury kończyny dolnej;
- s7501 – struktury podudzia;
- dokładny kod s75012 – mięśnie podudzia.

Taki sposób kodowania daje jednoznaczne określenie badanej struktury i jej funkcji, natomiast stopień natężenia danej cechy określane jest dodatkowo za pomocą tzw. kwalifikatorów opisywanych jako kody numeryczne wskazujące, w przypadku struktur i funkcji, zakres funkcjonowania lub stopień albo wielkość niepełnosprawności w tej kategorii.

Kolejnym rozdziałem klasyfikacji ICF są aktywność i uczestniczenie. Definicja aktywności określa, że jest to wykonanie przez daną osobę zadania lub podjęcie działania. Uczestniczenie zaś jest definiowane jako angażowanie się danej osoby w określone sytuacje życiowe. Ograniczeniami

aktywności nazywamy trudności, jakie dana osoba może mieć w podejmowaniu określonych działań. Ograniczenia uczestniczenia są to problemy utrudniające badanej osobie angażowanie się w sytuacje życiowe.⁴

Rysunek 4. Aktywność i uczestniczenie w strukturze ICF



Źródło: <https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool> [dostęp: 18.02.2018].

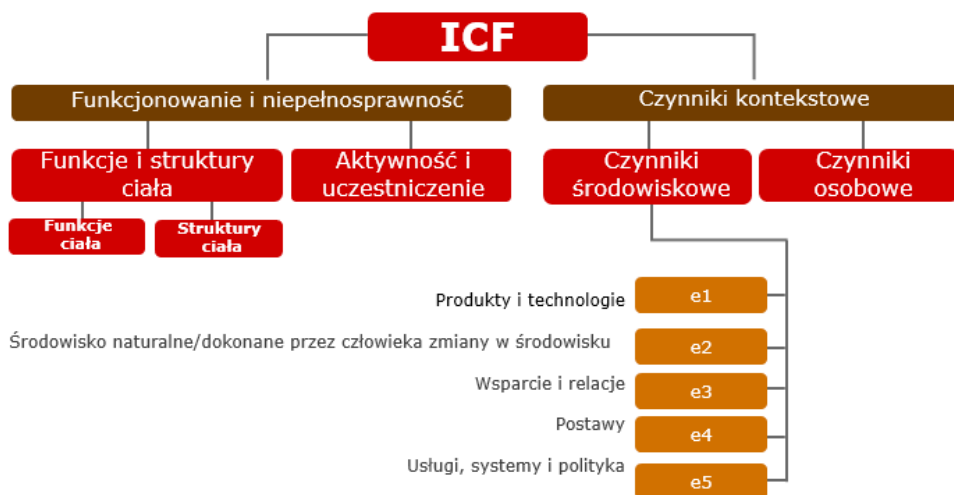
W ramach aktywności i uczestniczenia określamy dziewięć grup obejmujących podstawowe dziedziny życia ludzkiego – od zaawansowanych, związanych ze stosunkami międzyludzkimi, do podstawowych czynności dnia codziennego, jak dbanie o siebie (rys. 4.). Hierarchiczna struktura klasyfikacji pozwala na ich szczegółowe określenie. I tak przykładowo kod d510 będzie oznaczał czynność mycia się, zaś kod d630 – przygotowywanie posiłków. W ramach aktywności oraz uczestniczenia kwalifikatorami możemy oddzielnie określać zarówno zdolność do wykonania czynności, jak i jej faktyczne wykonanie.

Druga część klasyfikacji ICF została poświęcona tzw. czynnikom kontekstowym, czyli opisującym w całości środowisko, w którym żyje człowiek. Rysunek 5. obrazuje, jakie grupy czynników kontekstowych znalazły miejsce w klasyfikacji ICF. Poniżej podaję przykładowe kody w klasyfikacji, które pomogą zrozumieć jej logikę: e410 oznacza postawy członków najbliższej rodziny, a e130 – produkty i technologie stosowane w edukacji.

Czynniki osobowe związane z osobowością człowieka nie doczekały się jeszcze sklasyfikowania.

4. ICF wersja polska https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf [dostęp: 18.02.2018].

Rysunek 5. ICF – czynniki kontekstowe



Źródło: <https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool> [18.02.2018].

Wszystkie trzy składniki sklasyfikowane w ICF („Funkcje i struktury ciała”, „Aktywności i uczestniczenie” oraz „Czynniki środowiskowe”) są określane ilościowo przy użyciu tej samej ogólnej skali. Problem, o którym mowa w opisie i kwantyfikacji kwalifikatorów (rys. 6.), może oznaczać w zależności od rozdziału, w którym go stosujemy: upośledzenie, ograniczenie, zawężenie, lub barierę w zależności od konstrukcji.

Rysunek 6. Kwalifikatory

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, silny,...)	50-95 %
xxx.4 SKRAJNIE DUŻY problem	(zupełny,...)	96-100 %
xxx.8 nie określony		
xxx.9 nie dotyczy		

Źródło: <https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool> [dostęp: 18.02.2018]

6. Jak ICF opisuje funkcjonowanie człowieka?

Warto także przyjrzeć się sposobowi, w jaki ICF opisuje człowieka, który doznał urazu w wypadku. Jako przykład proponuję osobę, która uległa bardzo poważnemu wypadkowi samochodowemu. Oczywiście w badaniu musimy wyjść od schorzenia, rozumianego szeroko, obejmującego choroby, zaburzenia oraz urazy fizyczne i psychiczne. Pojęcie schorzenia w rozumieniu obniżenia poziomu integralności funkcjonowania możemy również odnieść do innych sytuacji, takich jak starzenie się,

stres, ciąża, wady wrodzone czy uwarunkowania genetyczne. Schorzenia koduje się przy pomocy ICD-10 (Międzynarodowej Klasyfikacji Statystycznej Chorób i Problemów z nimi powiązanych).

Mamy zatem przykładowego pacjenta, który prowadząc samochód w złych warunkach atmosferycznych po śliskiej nawierzchni, stracił nad nim panowanie i uderzył w drzewo. W szpitalu okazało się, że doznał złamania 5. kręgu szyjnego, połączonego z urazem rdzenia kręgowego. Po dwóch latach pacjent wciąż cierpi na kurczowe porażenie czterokończynowe, zgodnie w wywiadem może poruszać częściowo rękoma, natomiast towarzyszą mu silne napięcia spastyczne.

Korzystając ze struktur i funkcji ICF, opiszemy ograniczenia ruchomości w zakresie kończyn dolnych i górnych, siłę mięśniową ramion i nóg, zaniki mięśniowe, kontrolę czynności fizjologicznych itd. W następnym etapie należy przejść do zakodowania aktywności i uczestniczenia, na podstawie wywiadu i obserwacji pacjenta. Oznacza to opis czynności życia codziennego badanego pacjenta: jakie pozycje może przyjmować, czy może się obracać, czy jest w stanie założyć koszulkę, czy może jeść samodzielnie, jak wygląda korzystanie z toalety, jak wygląda kwestia mycia się itd. Tu także opisuje się jego relacje z przyjaciółmi i życie – czy jak w tym przypadku – utratę życia zawodowego, sportu czy hobby (podróże itp.). Wszystkie te wiadomości koduje się za pomocą wybranych kodów i kwalifikatorów ICF.

Kolejna część badania obejmuje zakodowanie tzw. czynników kontekstowych, czyli środowiskowych i osobowych. Czynniki środowiskowe, tworzące fizyczne i społeczne środowisko oraz cały system postaw ludzkich, są niezależne od jednostki i mogą ułatwiać bądź utrudniać jej funkcjonowanie. Wchodzą one w bezpośrednie interakcje z funkcjami i strukturami ciała oraz aktywnościami i uczestniczeniem. Przykładowe czynniki środowiskowe w tym przypadku to wózek inwalidzki, samochód przystosowany do wożenia wózka, szerokość drzwi, schody i windy, możliwość uzyskania pomocy osób trzecich – opiekunów, rodziny, pielęgniarek.

Czynniki osobowe stanowią z kolei indywidualne tło życia jednostki, złożone z jej cech, które nie są częścią stanu chorobowego, takich jak: rasa, płeć, wiek, sprawność fizyczna, wykształcenie, zawód, przeszłe i obecne doświadczenie, styl życia czy nawyki. W tym przypadku będą nimi przykładowo młody wiek pacjenta, jego aktywność zawodowa, uprawianie sportów oraz zamiłowanie do podróży, a także jego życie intymne i relacje z najbliższymi. Do czynników osobowych należy także poddawanie się stresowi, depresji, zniechęceniu, utrata woli do walki, zaangażowanie w rehabilitację itp.

Taki przykładowy opis pozwala na dokładne poznanie sytuacji pacjenta i możliwość podjęcia holistycznych działań zmierzających do poprawy jego sytuacji.

Podsumowanie

ICF jako klasyfikacja dotyczy funkcjonowania każdego człowieka i jako taka ma wiele różnorodnych zastosowań. W indywidualnych przypadkach jest wykorzystywana zarówno przez instytucje zabezpieczenia społecznego i instytucje ubezpieczeniowe, jak i sztaby osób skierowanych do pomocy osobom dotkniętym niepełnosprawnościami znacznie ograniczającymi funkcjonowanie.

WHO używa ICF do gromadzenia interdyscyplinarnych danych z wielu krajów. Możliwość cyfryzacji ICF daje z kolei możliwości zastosowania tej klasyfikacji w ramach tworzenia systemów e-zdrowia, które docelowo mają za zadanie przetwarzanie danych dotyczących zdrowia i funk-

cjonowania osób, gromadzonych w różnych instytucjach i prezentowanie ich w sposób jasny, przejrzysty i logiczny.

Ogromną zaletą filozofii ICF jest jej nakierowanie na działania poprawiające kondycję jednostki i utrzymywanie jej jak najdłużej w dobrostanie pozwalającym na jak najaktywniejsze funkcjonowanie w społeczeństwie lub efektywne przywracanie do pracy. Jest to szczególnie ważne w obliczu starzejącego się społeczeństwa, kosztów związanych z rosnącą liczbą emerytów i ceną pracy.

Istotność tych działań jest tym większa, że fakt, iż żyjemy dłużej, jest połączony z wydłużonym okresem starości oraz spadającymi możliwościami aktywnego funkcjonowania w ostatnich latach życia. Upraszczając: musimy się liczyć z tym, że kiedy nasze zdrowie zaczyna szwankować, będziemy długo żyć i długo potrzebować pomocy. Zrozumienie faktu, że funkcjonowanie człowieka zależy od środowiska, a niepełnosprawność nie jest wyłączną domeną ciała, ale zależy od interakcji ze światem, jest w tej sytuacji niezmiernie istotna. Spowodowanie zmiany środowiska we właściwym kierunku zmieni całe społeczeństwo i jego obciążenie niepełnosprawnością.

Na koniec warto przypomnieć, że 54. Światowe Zgromadzenie Zdrowia zaleca stosowanie ICF na całym świecie. W rezolucji WHA54.21 zapisano:

„Pięćdziesiąte czwarte Światowe Zgromadzenie Zdrowia:

- ZATWIERDZA drugie wydanie Międzynarodowej Klasyfikacji Upośledzenia, Niepełnosprawności i Inwalidztwa (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH*) pod nazwą Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), dalej określaną w skrócie ICF;
- ZALECA krajom członkowskim do wykorzystywania ICF odpowiednio w badaniach, kontroli i raportowaniu, biorąc pod uwagę szczególną sytuację w krajach członkowskich a także, w szczególności, możliwe zmiany w przyszłości;
- ZALECA dyrektorowi generalnemu udzielenie pomocy w zakresie stosowania ICF wszystkim krajom członkowskim, które wyrażą takie życzenie.⁵

Wykaz źródeł

Cieza A., Sabariego C., Bickenbach J., Chatterji S., *Rethinking Disability*, „BMC Medicine” 26.01.2018, <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-1002-6> [dostęp: 18.02.2018].

Disability and health, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> [dostęp: 18.02.2018].
ICF – nowe spojrzenie na człowieka, Fał D.M., Wilmowska-Pietruszyńska A. [red.], <https://piu.org.pl/wydawnictwo/icf-nowe-spojrzenie-na-czlowieka/> [dostęp: 18.02.2018].

Wilmowska-Pietruszyńska A., Biłski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia Niepełnosprawności i Zdrowia*, http://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/0/324_01-Anna_Wilmowska-Pietruszynska.pdf [dostęp: 18.02.2018].

5. https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf [dostęp: 18.02.2018].

Importance of ICF Classification in disability's description

Finding the right, understandable around the world, description of the how human beings function with their disability, seems of critical importance in light of the ageing society, globalisation and the growing need of healthcare and social care systems. WHO responded to this need. The ICF is often described as the integrative bio-psycho-social model of functioning and disability. This classification provides a standard language and a common framework for describing human health and health-related issues. Importantly, "ICF does not classify people, but describes the situation of each person within an array of health or health-related domains." The author describes the structure of the ICF, illustrating with the use of examples how a composition of numeric codes and categories describes the patient's functioning status in a way that is understandable to various specialists in various fields around the world.

Keywords: ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health, disability, rehabilitation, contextual factors, personal factors, WHO.

DOROTA M. FAL – Doradca Zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń.