

dr n. med. AGNIESZKA ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA
dr hab. n. med. ANNA WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA, prof. UR

Uniwersytet Rzeszowski
Kontakt: sozanska@ur.edu.pl

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia

– model biopsychospołeczny

W 2001 roku Zgromadzenie Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) przyjęło Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). ICF jest jedyną klasyfikacją na świecie opartą na holistycznej ocenie pacjenta. Klasyfikacja ta została rekomendowana przez WHO do stosowania przez wszystkie kraje członkowskie. Jej celem jest wprowadzenie jednolitego, międzynarodowego języka pozwalającego na opis zdrowia i stanów z nim związanych. W wielu państwach klasyfikacja ta została już wdrożona – w Polsce nie jest jeszcze stosowana.

Celem artykułu jest przedstawienie założeń biopsychospołecznego modelu funkcjonowania i niepełnosprawności w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, w perspektywie jego wdrożenia.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)

International Classification of Functioning, Disability and Health – biopsychosocial model

In 2001, World Health Organization (WHO) adopted International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF). ICF is unique classification based on a holistic assessment of a patient. WHO recommended this classification to be used by all Member States. It is intended to introduce a uniform, international language that allows to describe health and related conditions. This classification has already been implemented in many countries, however, it is still not used in Poland.

The aim of this paper is to present the assumptions of the biopsychosocial model of functioning and disability in terms of the International Classification of Functioning, Disability and Health and the view of its implementation.

Keywords: disability, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) World Health Organization (WHO)



Jacek Ćwikła – Konkurs na plakat bezpieczeństwa pracy. CIOP-PIB 2003

której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i społecznymi. W 1997 r. pojawiły się dwie kolejne definicje: pierwsza znalazła się w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych, zaś druga w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [3,4].

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w uchwalonej dnia 1 sierpnia 1997 r. Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych zdefiniował osoby niepełnosprawne jako te, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych i które

zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji [4].

Prawa przysługujące osobom niepełnosprawnym zostały szczegółowo uregulowane w obowiązującej do dziś ustawie z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz w aktach wykonawczych do niej [3]. Osoby niepełnosprawne zdefiniowano jako te, którym ich stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolność do wykonywania pracy zawodowej. Ustawa wprowadziła trzy

stopnie niepełnosprawności: lekki, umiarkowany i znaczny.

Analizując ewolucję definiowania niepełnosprawności można dostrzec zmianę podejścia skupiającego się na ocenie uszkodzeń struktur anatomicznych czy zaburzeń umysłowych na rzecz postrzegania niepełnosprawności w kontekście pełnienia ról społecznych i zawodowych.

Jednak w rzeczywistości niepełnosprawność nadal rozpatruje się w przeważającej mierze z medycznego punktu widzenia. Postrzega się ją jako problem wymagający głównie odpowiedniej opieki medycznej w celu poprawy stanu zdrowia i funkcjonowania organizmu.

Zmiana biomedycznego podejścia do pacjenta

Polska myśl – ocena funkcjonalna pacjenta

W latach 60. ub.w. w krajach rozwiniętych pojawiły się pierwsze próby tworzenia narzędzi oceny funkcjonalnej. W Polsce jako pierwsi podjęli je Marian Weiss i Jerzy Grossman. Opracowany przez nich tzw. test konstanciński miał na celu ocenę skuteczności prowadzonej terapii, określenie ekonomicznej zasadności stosowanych procedur, a także możliwości powrotu do pracy osób, które w wyniku urazu czy choroby były zagrożone niezdolnością do pracy. Test konstanciński badał 9 obszarów i zawierał następujące testy: bólu, ruchu, siły mięśniowej, wydolności ogólnej, lokomocyjny oceniający chód oraz lokomocyjny wózka inwalidzkiego, samoobsługi, chwytności kończyn górnych oraz przystosowania zawodowego – szkolnego.

Test konstanciński w skuteczny sposób opisywał stan pacjenta w ujęciu funkcjonalnym. Nowatorskie było włączenie do niego skali przystosowania zawodowego – szkolnego, obrazującego w pewnym zakresie społeczny efekt leczenia i rehabilitacji.

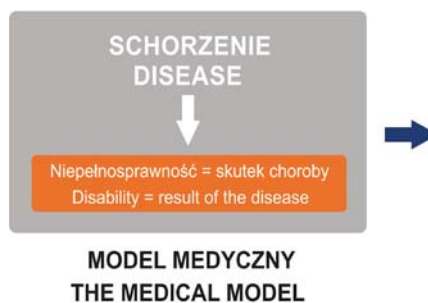
Jednym z pierwszych narzędzi opisujących stan funkcjonalny pacjenta była również opublikowana w 1965 r. skala Barthel, wykorzystywana dziś najczęściej do oceny pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi.

Pod koniec lat 80. i w latach 90. jedną z popularniejszych skal w Polsce, stosowaną głównie u chorych po udarach mózgu, był wskaźnik funkcjonalny „Repty”, wzorowany na opracowanym w USA wskaźniku FIM (*The Functional Independence Measure*). Wskaźnik „Repty” oceniał 5 obszarów: samoobsługę, kontrolę zwieraczy, mobilność, lokomocję i komunikację.

Obecnie powstaje coraz więcej różnych skal oceniających sprawność funkcjonalną. W piśmiennictwie wyróżnia się zasadniczo dwa typy testów funkcjonalnych. Pierwszy to tak zwane skale zdolności, którymi ocenia się zdolność pacjenta do wykonywania określonych czynności, zachowań dnia codziennego (*Activity of Daily Living*), głównie związanych z samoobsługą. Drugi rodzaj to tzw. 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 [5].

Potrzeby zmian systemowych w ocenie stanu zdrowia

Efektem wieloletnich prac nad stworzeniem jednolitego systemu klasyfikacyjnego WHO jest Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia [5]. ICF należy do rodziny klasyfikacji dotyczących zdrowia i czynników z nim związanych opracowanych i rekomendowanych przez WHO. ICF została przyjęta przez zgromadzenie ogólne WHO w 2001 r., zastępując pierwszą Międzynarodową Klasyfikację Ograniczeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH*).



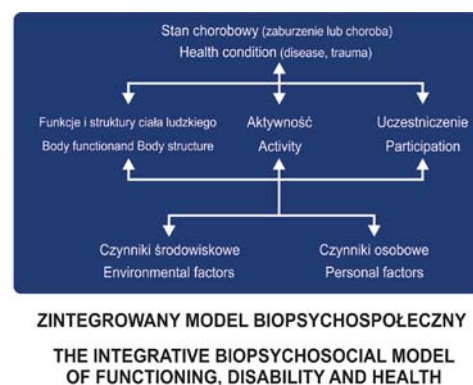
Rys. Zintegrowany model biopsychospołeczny (WHO)
Fig. *The integrative biopsychosocial model (WHO)*

Pierwszą klasyfikacją ogłoszoną w 1900 r. była Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD*). Obecnie stosowana jest jej dziesiąta rewizja (ICD-10), która obowiązuje od 1990 r. [6]. Wskazane jest łączne stosowanie ICF i ICD-10, gdyż informacje uzyskane przy ich pomocy wzajemnie się uzupełniają [7].

Światowa Organizacja Zdrowia zaleca stosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia wszystkim państwom członkowskim, jako pozwalającej na wzajemne komunikowanie się różnych specjalistów i instytucji zajmujących się ochroną zdrowia, poziomem i jakością życia, polityką społeczną itd. Klasyfikacja ta, dzięki swojej specyficznej budowie, zapewnia spójny system kodowania. Dzięki ICF informacje zdrowotne są formułowane w jednolity sposób. Utworzony na bazie ICF system informatyczny umożliwia gromadzenie interdyscyplinarnych danych klinicznych dotyczących danego pacjenta. Dzięki ICF multidyscyplinarny zespół terapeutyczny może posługiwać się jednym językiem, tworząc całościowy opis pacjenta, a w następstwie kompleksowy sposób postępowania. Celem nadrzędnym jest ograniczenie do minimum stopnia niepełnosprawności i maksymalizacja jakości życia pacjenta. Klasyfikacja może być również stosowana w badaniach naukowych, dzięki zdecydowanie szerszemu ujęciu czynników i uwarunkowań wpływających na poziom niepełnosprawności danej osoby. ICF umożliwia również porównywanie efektywności programów zdrowotnych, postępów leczenia czy rehabilitacji, realizowanych w różnych ośrodkach, grupach społecznych i kulturowych, a także w różnych krajach [5,8-11].

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia

ICF jest pierwszą klasyfikacją na świecie, odpowiadającą na potrzeby ujednoczenia oceny danej osoby nie tylko z perspektywy medycznej, uwzględniającą środowisko, w jakim żyje oraz jej potencjał. Pozwala ona na ocenę stanu ogólnej osoby badanej w powiązaniu z jej funkcjonowaniem i możliwościami uczestniczenia. Każde zaburzenie struktury czy funkcji organizmu



przekłada się w mniejszym lub większym stopniu na ograniczenia w funkcjonowaniu i wykonywaniu czynności o różnym stopniu złożoności w życiu codziennym. Jednocześnie każdy człowiek, zależnie od otoczenia, w którym żyje i pracuje oraz od zasobów, jakimi dysponuje, doświadczając innych ograniczeń. Dwie osoby, cierpiące z powodu tego samego schorzenia, biologicznie i strukturalnie doświadczające tych samych ograniczeń funkcjonalnych, mogą charakteryzować się zupełnie innym poziomem niepełnosprawności.

Przykładowo: dwie osoby po wypadku komunikacyjnym poruszają się na wózku inwalidzkim. Pierwsza to pracownik fizyczny, murarz; druga – pracownik umysłowy, urzędnik, pracował głównie korzystając z komputera. Podczas gdy pierwsza osoba jest niezdolna do kontynuacji pracy w swoim zawodzie, druga może powrócić do pracy mimo upośledzonej funkcji z punktu widzenia biologicznego. Niepełnosprawność pojawia się więc na poziomie interakcji ze światem zewnętrznym. Niepełnosprawność to zatem nie tylko upośledzona funkcja ciała, ale przede wszystkim interakcja pomiędzy występującym ograniczeniem, a środowiskiem społecznym, gospodarczym, zawodowym itd.

Niepełnosprawność jest naturalną właściwością organizmu człowieka. Już sam proces fizjologicznego starzenia się jest procesem ograniczenia sprawności. Niemniej jednak, w trakcie całego życia osobniczego zauważamy osoby o różnym stopniu rozwoju fizycznego i motorycznego: zależnie od warunków środowiskowych pewne jednostki są bardziej sprawne niż inne. Ograniczenia funkcjonalne stanowią więc cechę charakterystyczną całej ludzkości, zaś czynniki środowiskowe są kluczowym elementem stanowiącym o poziomie niepełnosprawności. W związku z tym funkcjonowanie danej osoby zależy nie tylko od jej stanu zdrowia, ale od czynników środowiskowych i osobowych, które w ICF zwane są czynnikami kontekstowymi. Klasyfikacja ICF składa się z dwóch części:

I. Funkcjonowania i niepełnosprawności, obejmujących (rys.):

- 1) funkcje i struktury ciała,
- 2) aktywność i uczestniczenie.

II. Czynników kontekstowych, na które składają się:

- 1) czynniki środowiskowe,
- 2) czynniki osobowe [5,12-14].

Funkcjonowanie i niepełnosprawność to zbiorowe określenie funkcji życiowych, struktur ciała, czynności i uczestnictwa. Funkcjonowanie jest bardzo szerokim określeniem obejmującym strukturę i czynności organizmu, aktywność i uczestniczenie jednostki. Obejmuje ono pozytywne aspekty relacji pomiędzy osobą z określoną dysfunkcją organizmu a czynnikami stanowiącymi tło jej działania (środowiskowymi i osobowymi). Niepełnosprawność jako odzwierciedlenie upośledzenia, ograniczenia aktywności, czy uczestniczenia, odnosi się do negatywnych aspektów tych interakcji. Do części klasyfikacji dotyczącej funkcjonowania i niepełnosprawności zaliczane są kategorie: funkcja i struktura oraz aktywność i uczestniczenie [5,12-14]. Funkcje dotyczą różnych układów ciała, w tym funkcji psychicznych; struktury ciała to jego części anatomiczne.

ICD-10 jest międzynarodową klasyfikacją chorób, który pozwala na identyfikację chorobowości oraz wykorzystania usług medycznych. W klasyfikacji tej stosowane jest pojęcie „upośledzenie”, odnoszące się do struktury ciała i jego funkcji fizjologicznych. ICF jest powiązana w tej części z ICD-10, jednakże odczytuje upośledzenie jako problem funkcji fizjologicznych i struktury ciała powiązanych z różnymi stanami chorobowymi. W ICD-10 każde schorzenie posiada odpowiedni kod. W ICF jest to bardzo szerokie pojęcie, obejmujące choroby, urazy, zaburzenia fizyczne i psychiczne, postrzegane jako obniżenie poziomu integralności jednostki z otoczeniem. Obniżenie poziomu integralności może być również wywołane takimi stanami, jak: starzenie się, ciąża, stres, przewlekłe zmęczenie itp. Dzięki takiemu ujęciu klasyfikacja ICF może być wykorzystywana do określania potrzeb pacjentów, jak również w profilaktyce. W ICF klasyfikacja „funkcje i struktury” powinna być stosowana łącznie z „aktywnością i uczestniczeniem” [5,12-14].

Aktywność lub czynności to wykonanie zadania lub podjęcie działania przez osobę. Ograniczenia aktywności są to trudności w podejmowaniu działań przez daną jednostkę. Uczestniczenie to zaangażowanie się osoby w sytuację życiową, jej motywacja i chęć do podejmowania działań. Ograniczenia uczestnictwa są to problemy, których osoba może doświadczać angażując się w różne sytuacje życiowe. Aktywność i uczestniczenie stanowi kompleksowy katalog obejmujący różne działania i obszary życia człowieka. Określone są one przez dwa kwalifikatory: kwalifikator „wykonanie” obrazuje, co dana osoba robi w obecnym otoczeniu, pokazując w pewnym sensie poziom zaangażowania osoby w sytuację życiową. Kwalifikator „zdolność” wskazuje na możliwości wykonania przez daną osobę zadania lub działania, jego celem jest ukazanie najwyższego możliwego do osiągnięcia poziomu funkcjonowania w danym momencie. Jest on mierzony przez pryzmat czynników kontekstowych, czyli środowisko wewnętrzne i zewnętrzne, w którym dana osoba żyje [5,12-14].

Czynniki kontekstowe stanowią drugą część klasyfikacji ICF. Przedstawiają one całość otoczenia, w którym żyje jednostka. Mają dwa składniki:

czynniki środowiskowe oraz czynniki osobowe. Czynniki środowiskowe to uwarunkowania fizyczne, społeczne i kulturowe środowiska, w którym żyje dana osoba, wszystkie aspekty świata zewnętrznego, tworzące kontekst życia jednostki, mające wpływ na jej funkcjonowanie. Czynniki te mogą utrudniać lub ułatwiać funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej. Czynniki środowiskowe dotyczą zarówno bezpośredniego otoczenia człowieka (np. dom, praca, rodzina, znajomi itp.), jak również dużo szerszego otoczenia (np. struktura społeczna, prawo, kultura, usługi, organizacje, architektura itp.). Do czynników kontekstowych należą również czynniki osobowe, niebędące częścią stanu chorobowego lub stanu zdrowia. Obejmują one m.in. cechy charakterologiczne danej osoby, stanowią wewnętrzny system regulacji pozwalający na adaptację do istniejącej sytuacji i sposób reagowania na zmieniające się warunki i środowisko.

Do czynników osobowych należy również zaliczyć zmienne niezależne, takie jak: wiek, płeć, rasa oraz zmienne zależne: sprawność fizyczna, wykształcenie, zawód, styl życia, nawyki, wreszcie doświadczenia życiowe. Czynniki środowiskowe, a zwłaszcza osobowe wpływają na indywidualizację sytuacji jednostki. Dlatego też czynniki osobowe, choć ich wartość jest niezwykle ważna w określaniu sytuacji jednostki i jest to wyraźnie podkreślane w ICF, nie zostały do tej pory sklasyfikowane i zakodowane. Ze względu na dużą subiektywność i zmienność w zależności od grupy społecznej, kraju, kultury itd. bardzo trudno ująć je jednolitym językiem.

Czynniki środowiskowe mogą stanowić barierę lub ułatwienie dla osoby niepełnosprawnej. Bariery to czynniki w otoczeniu jednostki, które poprzez swoją obecność lub ich brak powodują ograniczenie funkcjonowania jednostki i nasilają poziom jej niepełnosprawności. Przykładowo bariery architektoniczne, negatywne postawy ludzi, brak określonego systemu usług dostosowanego do potrzeb ludzi z danym schorzeniem powodują ograniczenie lub uniemożliwiają udział tych osób we wszystkich obszarach życia. Ułatwienia to wszystkie czynniki w otoczeniu jednostki, które poprzez swoją obecność lub ich brak poprawiają funkcjonowanie osoby lub redukują jej niepełnosprawność, np.: dostosowana architektura, rozwinięte technologie, system usług i polityka, mające na celu zwiększenie włączenia osób niepełnosprawnych do wszystkich obszarów życia. Czynnikiem ułatwiającym jest brak postaw negatywnych czy stygmatyzacji osób niepełnosprawnych. Dzięki czynnikom ułatwiającym wydolność jednostki jest zwiększona pomimo ograniczeń strukturalnych.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia jest klasyfikacją „żywą”, wciąż trwającą nad nią prace, jest rozbudowywana i uszczegóławiana, tworzone są zestawy do praktycznego wykorzystania (*core sets*), [5,12-14].

Podsumowanie

ICF jest jedyną na świecie klasyfikacją opartą na holistycznej ocenie pacjenta. Jej celem jest pozyskanie szczegółowych, kompleksowych informacji na temat stanu niepełnosprawności i funkcjonowania człowieka. Dzięki wprowadzeniu ICF możliwa będzie kompleksowa ocena pacjenta, zwracająca w równym stopniu uwagę na objawy choroby, jak i na funkcjonowanie człowieka w środowisku. Stworzy ona możliwość oceny potrzeb pacjenta w zakresie zmiany warunków zewnętrznych, w celu poprawy jego zdolności do pracy i życia w społeczeństwie. Pozwoli na porozumiewanie się różnych specjalistów wspólnym, uniwersalnym, międzynarodowym językiem, a następnie tworzenie kompleksowego opisu stanu zdrowia i sposobu postępowania, w celu minimalizacji niepełnosprawności pacjenta.

ICF wspiera prawo człowieka do integracji i godnego życia w warunkach wolnych od dyskryminacji. Konieczne jest rozpowszechnienie informacji na temat tej klasyfikacji i wdrożenie ICF do praktyki zawodowej w Polsce.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Uchwała Sejmu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych. M.P.1982 Nr 22, poz.188
- [2] Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Dz.U. z dnia 1 lipca 1991 r. Nr 46, poz. 201
- [3] Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Dz.U. z dnia 9 października 1997 r. Nr 123, poz. 776
- [4] Uchwała Sejmu Polskiej Rzeczypospolitej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych. M.P. 1997 Nr 50, poz. 475
- [5] Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D. *ICF jako narzędzie ilościowej oceny naruszenia sprawności dla potrzeb zabezpieczenia społecznego*. „Orzecznictwo Lekarskie” 2010,7,1
- [6] World Health Organization: International Classification of Diseases (ICD-10). Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- [7] Roberts R., Greenberg M., Richardsson H. *Report of ICD-11 Revision Review*. Consultancy Interim Assessment of 11th ICD Revision, 2015
- [8] Kohler F., Selb M., Escorpizo R., Kostanjsek N., Stucki G., Riberto M. International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, Sub-Committee Implementation of the ICF; Participants of the São Paulo ISPRM – World Health Organization Workshop. *Towards the joint use of ICD and ICF: A call for contribution*. „J. Rehabil. Med.” 2012,44,10:805-10
- [9] Votava J. *Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania w Europie*. 22nd RI World Congress, Incheon, 2012
- [10] Martins A.I., Queirós A., Cerqueira M., Rocha N., Teixeira A. *The International Classification of Functioning, Disability and Health as a conceptual model for the evaluation of environmental factors*. „Proc. Comp. Sci.” 2012,14,293-300
- [11] Cerniauskaite M., Quintas R., Boldt Ch., Raggi A., Cieza A., Bickenbach J., Leonard M. *Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalization*. „Disabil. Rehabil.” 2011,33,4:281-309
- [12] Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D. *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013,2,7:5-20
- [13] ICF Core Sets Manual for Clinical Practice, ed. J. E. Bickenbach, A. Cieza, A. Rauch, G. Stucki, Hogrefe Publishing GmbH, 2012
- [14] Światowa Organizacja Zdrowia, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), Warszawa, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2009