

ICF jako narzędzie ilościowej oceny naruszenia sprawności w orzekaniu dla potrzeb zabezpieczenia społecznego

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) as a means of quantity evaluation of mobility dysfunction in certifying for social security purposes

ANNA WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA^{1/}, DIONIZY BILSKI^{2/}

^{1/} Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP – Warszawa

^{2/} I Oddział ZUS w Łodzi

Streszczenie

W pracy przedstawiono ogólne założenia, cele, składniki i zasady na których oparto ICF – Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia przyjętą i zalecaną do użytku przez Zgromadzenie Ogólne WHO (World Health Assembly) w 2001 r. Zaprezentowano także przykłady w postaci wyjątków tej klasyfikacji mające na celu ukazanie sposobu opisywania uniwersalnym językiem kodów wyników oceny ilościowej stanów, rzeczy, zdarzeń, czynności lub zachowań poddających się pomiarowi a odnoszących się do zdrowia czy niepełnosprawności. Rozważano także możliwość wykorzystania jej dla potrzeb orzecznictwa lekarskiego o niepełnosprawności szeroko rozumianej a w tym powodującej niezdolność do pracy zarobkowej, w gospodarstwie rolnym, służby i pełnienia określonych funkcji państwowych. Zwrócono uwagę na zalety jej zastosowania do powszechnego użytku w Polsce oraz na potrzebę zharmonizowania jej wprowadzenia z dokonaniem niezbędnych reform w orzecznictwie lekarskim dla potrzeb zabezpieczenia społecznego oraz ochrony zdrowia, warunkujących maksymalne korzyści z jej wprowadzenia.

Słowa kluczowe: ICF, zalety, orzecznictwo lekarskie, reformy

Summary

The work presents general aims, components and rules constituting the basis of ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) which has been accepted and approved of to be used by the General Meeting of WHO (World Health Organisation) in 2001. The work also presents some exceptions to this classification, which exemplify the way to describe with a universal language, the codes of the results of quantity evaluation of the conditions, things, events, activities or behavior that undergo the measuring and which pertain to health or disability. The possibility to use the method for the medical certification purposes, in cases of general disability, has been considered, including disability that causes the inability to earn the living, to work on a farm or to work as civil servant. The work draws attention to the advantages of using it widely in Poland, as well as to the need to unify its implementation with the introduction of necessary reforms in medical certification for social security and health prevention that would ensure the maximum benefits of this implementation.

Key words: ICF, advantages, medical certification, health protection reforms

© Orzecznictwo Lekarskie 2010, 7(1): 1-13

www.ol.21net.pl

Nadesłano: 20.12.2009

Zakwalifikowano do druku: 25.02.2010

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Anna Wilmowska-Pietruszyńska anna.wilmowska@autograf.pl
Dionizy Bilski dionizybi@wizdew.net

Cel pracy

Przedstawienie ogólnych założeń, składników, zasad i celów przyjętej i zalecanej do użytku przez Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF oraz możliwości jej zastosowania do oceny ilościowego naruszenia sprawności organizmu dla potrzeb zabezpieczenia społecznego a także możliwego wpływu na nowsze koncepcje organizacji ochrony zdrowia w Polsce.

Wstęp

ICF – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), została przyjęta przez 54 Światowe Zgromadzenie Zdrowia (*World Health Assembly*) w maju 2001 r., na podstawie rezolucji 54/21. Zastąpiła pierwszą klasyfikację niepełnosprawności – ICIDH po dwudziestu latach jej stosowania (po raz pierwszy opublikowaną w 1980 r.).

ICF należy do zbioru komplementarnych względem siebie klasyfikacji dotyczących zdrowia i czynników z nim związanych, zaakceptowanych przez WHO i polecanych do stosowania we wszystkich krajach świata. Poza nią, do zbioru tego należą 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; wprowadzenie 11 rewizji planowane jest na rok 2010) i ICHI (*International Classification of Health Interventions*).

Za pomocą ICF daje się opisywać funkcjonowanie człowieka w powiązaniu z jego problemami zdrowotnymi. Nie jest klasyfikacją ludzi lecz ich funkcjonowania proponując opisywanie funkcjonowania odnoszonego do ciała ludzkiego, aktywności człowieka jako jednostki oraz jego uczestnictwa w życiu społecznym. Nie traktuje niepełnosprawności i zdrowia jako tylko charakteryzujących funkcjonowanie jednostki (czy też jego ograniczenia), lecz uwzględnia także relacje pomiędzy jednostką i środowiskiem w którym działa.

ICF – jako układ odniesienia i ramy pojęciowe w praktyce klinicznej ma najszersze zastosowanie w działaniach wielodyscyplinarnych zespołów diagnostyczno – terapeutycznych. Osiągnięto już sukcesy pierwszego etapu wprowadzania jej w codziennej praktyce klinicznej w odniesieniu do chorób przewlekłych (np. reumatoidalnym zapaleniu stawów, cukrzycy, osteoporozie itp.). Obecnie trwają prace dotyczące klinicznych zastosowań ICF w celu znalezienia instrumentów i sposobów pomiarów (w sensie właściwym – ilościowym – skalowania) w odniesieniu do poszczególnych, uwzględnionych w tej klasyfikacji kategorii. Najbardziej zaawansowane są prace dotyczące instrumentów i sposobów pomiaru struktur i funkcji organizmu, najmniej – odnoszące się do udziału jednostki w życiu społecznym i występujących ograniczeń.

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

Zarówno WHO jak i inne, liczne instytucje i środowiska zainteresowane ochroną zdrowia i polityką społeczną oraz zdrowotną upatrują w ICF szczególną rolę. Podjęte prace mają na celu:

- Zastosowanie ICF jako narzędzia w tworzeniu i rozwijaniu systemów informacyjnych w zarządzaniu opieką zdrowotną oraz informacji klinicznej – w tym dokumentacji medycznej i terminologii lekarskiej.
- Zastosowanie ICF dla potrzeb polityki społecznej, szczególnie w dziedzinie orzekania o niepełnosprawności, szeroko rozumianej edukacji,

norm prawych i kierowaniu rynkiem pracy.

- Zastosowanie ICF jako oceny efektów zdrowotnych w skali jednostki i w skali makro w odniesieniu do wszelkich interwencji medycznych.
- Uznanie ICF przez państwa członkowskie – jako podstawę pomiaru i opisu stanu zdrowia i niepełnosprawności w całej populacji i jej wyizolowanych częściach.

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

W Polsce zagadnieniami popularyzowania i koordynacją badań nad zastosowaniem ICF zajęło się Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Przetłumaczono wersję wstępną ICF i na ukończeniu są prace nad tłumaczeniem wersji zatwierdzonej do użytku przez Zgromadzenie Ogólne WHO. Począwszy od 2005 roku organizowane są spotkania o charakterze seminaryjnym z udziałem polskich i zagranicznych ośrodków poświęcone problematyce ICF, a dotyczące głównie zapoznaniu się z tą klasyfikacją i prezentacji prac badawczych dotyczących jej zastosowania, a także zainicjowania współpracy osób i ośrodków zainteresowanych, zarówno wprowadzeniem ICF w Polsce jak i pracami badawczymi nad zastosowaniem jej w praktyce. Niestety, jako kraj, jesteśmy sporo opóźnieni w podejmowaniu tych inicjatyw. Wśród organizacji widzących potrzebę jej wprowadzenia znalazło się także Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego, które od początku aktywnie uczestniczy w organizowanych spotkaniach i pracach badawczych mających na celu zastosowanie ICF w orzecznictwie lekarskim szeroko rozumianym.

Potrzeba dalszych dyskusji nad zastosowaniem ICF wiąże się głównie z koniecznością uporania się ze sprzecznościami, lukami i niekonsekwencjami w dziedzinie wiedzy o zdrowiu i niepełnosprawności co ma olbrzymie znaczenie praktyczne. Nie jest ona wynikiem mody naukowej czy też zaleceń WHO. Sam termin „funkcjonowanie” już nasuwa pewne wątpliwości aksjologiczne. Przez twórców ICF został on użyty jako mający na celu określanie wszelkich stanów ludzkiego organizmu w relacji do środowiska w jakim przebywa człowiek, ale także do instytucji, urzędzeń technicznych czy samego organizmu dających się opisać zobiiektywizowanym, rzeczowym, uniwersalnym (międzynarodowym) językiem (językiem kodów) umożliwiającym zapis i analizy w systemach elektronicznych. Językiem, który pozwala na opis stanów, rzeczy, zdarzeń, czynności lub zachowań poddających się pomiarowi a odnoszących się do zdrowia czy niepełnosprawności. Przyjmuje się, że w tworzeniu tego języka

można osiągnąć konsensus wśród badaczy, ekspertów dobierających kategorie opisu lecz także wśród osób, których stan zdrowia lub niepełnosprawność mają być przedmiotem opisu. Oznacza to także, że zarówno twórcy, kontynuatorzy jak i realizujący programy badawcze traktują ten system klasyfikacji jako otwarty i rozwijający się system wiedzy. Udział w jego doskonaleniu jest nie tylko kwestią pożytku społecznego ale może też być wyzwaniem dla interesującej „przygody” intelektualnej.

Potrzeba stosowania ICF

Zmieniające się ciągle systemy opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach świata dochodzą do momentu w którym pojawiają się oczekiwania na przedstawienie efektów czy dokonane zmiany rzeczywiście skutkują poprawianiem się stanu zdrowia populacji. Aby to ustalić niezbędne są wspólne uniwersalne mierniki, które ocenią stopień obciążenia chorobą zarówno poszczególnych chorych jak i ich otoczenia, pozwolą na ustanowienie priorytetów w oparciu o dane empiryczne i koncepcję zdrowia oraz pozwolą oceniać wyniki zastosowanych interwencji zdrowotnych, nie tylko w aspekcie leczenia choroby ale także dalszego funkcjonowania chorego. Wymaga to opracowania prostych w użyciu narzędzi, powiązanych z ICF i przydatnych w ocenianiu wyników poszczególnych systemów opieki zdrowotnej jak i poszczególnych rodzajów interwencji zdrowotnych w skali jednostki jak i populacji. Potrzeba opisu w dokumentacji lekarskiej objawów choroby, jej przebiegu, czy oceny ciężkości stanu chorego, została dostrzeżona już bardzo dawno. Jednak jej realizacja polegała głównie na ocenie jakościowej, obciążonej sporym błędem, zależnym od kwalifikacji i doświadczenia lekarza opisującego. Stąd też opisy takie są mało dokładne i zawierają sporo różnych indywidualnych określeń, często niezrozumiałych dla innych lekarzy – poza autorem, lub wieloznacznych. Przekazywane takie opisy nie są wystarczające aby uznać je za dowód naukowy. Dlatego na potrzeby badań naukowych należało stworzyć możliwość ich przeprowadzania w wielu ośrodkach klinicznych opracowując precyzyjnie zdefiniowane, jednakowe kryteria ocen i interpretacji danych klinicznych zarówno jakościowych jak i ilościowych. Tworzeniem takich narzędzi badawczych dla oceny ilościowej zajmuje się nowa dziedzina nauki: klinimetria, której dynamiczny rozwój daje się aktualnie obserwować. Stworzone przez nią narzędzia czasem „żyją” tylko do zakończenia poszczególnych badań, a czasem są przejmowane przez klinicystów i wprowadzane do powszechnego użytku w praktyce klinicznej wśród reprezentantów danej specjalności, ale czasem także przez ogół lekarzy terapeutów. Narzędzia te – okre-

ślane mianem skal lub klas – w zależności od celu dla którego zostały stworzone można podzielić na grupy:

- do oceny objawów klinicznych – stwarzając możliwość ich monitorowania, oceny ciężkości stanu chorego, przebiegu choroby lub efektów leczenia a także ustalania rokowania,
- do oceny sprawności pacjentów z defektami w strukturze narządów i układów, w tym ośrodkowego układu nerwowego – stwarzając możliwość oceny zdolności do podejmowania określonej pracy zawodowej, wykonywania codziennych czynności oraz ustalenia potrzeby opieki,
- do oceny jakości życia pacjentów, przy czym mogą to być skale ogólne, stosowane do pomiaru funkcjonowania chorych z różnymi chorobami i szczególne, do pomiaru w określonej chorobie lub niesprawności określonego układu lub narządu ^{1/}.

Jednak mnogość opracowanych takich skal opisujących to samo ale nie tak samo spowodowała pewien chaos. Pojawiła się więc potrzeba zapisu w języku uniwersalnym, pozwalającym na porównywanie wyników uzyskanych za pomocą takich samych narzędzi i używania tych samych pojęć i określeń a jednocześnie dającym się zapisać językiem elektronicznym. Niezbędnym stało się więc 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 chorujących na tę samą chorobę, lub takie samo zaburzenie funkcji organizmu, w określonej zbiorowości ale i we 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,
- niepełnosprawni oczekujący uznania ich praw i stworzenia im warunków do integracji ze społeczeństwem,

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

• lekarze praktycy i naukowcy prowadzący badania w dziedzinie medycyny klinicznej i zdrowia (zwłaszcza badania dotyczące wyników interwencji zdrowotnych wg schematu: ocena wstępna – interwencja zdrowotna – ocena wyników). Brak jednolitych standardów i wspólnego języka w tej dziedzinie tworzy swoistą „wieżę Babel”.

I takie warunki spełnia, a nawet wychodzi poza nie, ciągle doskonała klasyfikacja ICF.

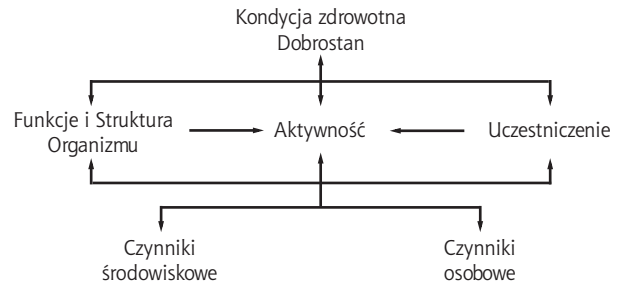
Podczas wdrażania ICF należy liczyć się z pewnymi zagrożeniami wynikającymi z powodu różnicy zdań jej użytkowników, wynikających z różnej interpretacji zapisów, chociażby w wyniku konieczności tłumaczenia na poszczególne języki, a także dlatego że prawie każda specjalność w ochronie zdrowia posiada inne,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

Szczególnymi celami, którym ma służyć zastosowanie ICF są:

- potrzeba zrozumienia zasad funkcjonowania co stanowi początek drogi prowadzącej ku jego pomiarowi takimi samymi narzędziami,
- sklasyfikowanie i ocena funkcjonowania badanego poprzez umożliwienie dokonania pomiaru co powinno wzbudzić chęć jego poprawienia.

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

W innych zastosowaniach ICF można wykorzystywać jako jedyne narzędzie.



Ryc. 1. Zależności pomiędzy składnikami ICF

Podstawowe informacje na temat ICF

Klasyfikacja ICF określa przede wszystkim co powinno być przedmiotem pomiaru, a więc jakie dziedziny – w języku ICF zwane „kategoriami”, oraz jakie istnieją współzależności pomiędzy nimi. Jak mierzyć – stanowi odrębne zagadnienie.

Te kategorie w ICF zorganizowane są w dwóch częściach:

Część 1 klasyfikacji obejmuje **Funkcjonowanie i Niepełnosprawność**,

Część 2 – **Czynniki Kontekstowe**.

Każda z tych części posiada dwa składniki. Każdy składnik klasyfikacji:

- złożony jest z różnych dziedzin, a każda dziedzina składa się z kategorii, które są jednostkami klasyfikacji. Zdrowie i stany powiązane ze zdrowiem danej osoby można zapisać wybierając właściwy kod lub kody kategorii a następnie dodać **kwalfikatory**, będące kodami numerycznym uściślającymi zakres funkcjonowania lub zakres, wielkość niesprawności w tej kategorii, albo stopień do którego dany czynnik środowiskowy stanowi ułatwienie lub ograniczenie,
- można opisać używając zarówno ocen pozytywnych jak i negatywnych na określenie jego wpływu.

1. Funkcjonowanie i Niepełnosprawność

Składnik pierwszy to **Funkcje i Struktury** ciała, dotyczy on ustroju ludzkiego i zawiera dwie klasyfikacje, jedna obejmuje funkcjonowanie (czynności) układów organizmu, a druga struktury (budowę) ciała.

Funkcje ciała to fizjologiczne czynności organizmu, w tym: psychologiczne (np.: funkcje ruchu, snu itp.).

Struktury ciała to anatomiczne części organizmu (np.: narządy, kończyny i ich części itp.). Znaczne odchylenia od normy lub brak funkcji czy struktury zostały określone jako „upośledzenia”. Rozdziały obu klasyfikacji zostały zredagowane zgodnie z układami ciała ludzkiego.

Składnik drugi to **Aktywności i Uczestniczenie** i obejmuje pełny zakres dziedzin dotyczących funkcjonowania zarówno z perspektywy pojedynczej osoby jak i społeczeństwa.

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

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

Te składniki można stosować aby wskazać aktywności lub uczestniczenie lub oba razem.

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

Standardem lub normą do których przyrównywane są „Zdolność” i „Wykonanie” osoby dotkniętej upośledzeniem (ograniczeniem) jest „zdolność” i „wykonanie” osoby bez upośledzenia sprawności. Ograniczenie stanowi zapis rozbieżności między obserwowanym a oczekiwanym wykonaniem. „Wykonanie oczekiwane” jest normą w populacji, i obrazuje wykonanie ludzi wolnych od określonego upośledzenia. Tę samą normę stosuje się w kwalifikatorze: „Zdolność” co pozwala wywnioskować jak należy zmienić środowisko danej osoby aby zwiększyć jej możliwości wykonania.

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

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

Ponieważ jej aktualne środowisko dotyczy określonych warunków społecznych, wykonanie może być również rozumiane jako „zaangażowanie w sytu-

ację życiową” lub „przeżywane doświadczenie życiowe” ludzi żyjących w swoich aktualnych warunkach społecznych. Do warunków tych zalicza się czynniki środowiskowe – wszystkie aspekty świata fizycznego, społecznego i dotyczącego postaw, które mogą być zakodowane z wykorzystaniem składnika.

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

2. Czynniki Kontekstowe

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

Czynniki Środowiskowe w klasyfikacji umiejscowione są na dwóch różnych poziomach:

- **indywidualnym** – uwzględniającym bezpośrednio otoczenie osobiste człowieka i obejmujące takie rodzaje środowiska, jak: dom, miejsce pracy i szkoła, rodzina, znajomi, rówieśnicy i osoby obce.
- **społecznym** – rozumianym jako formalne i nieformalne struktury społeczne, usługi i najważniejsze systemy w społeczności lokalnej i społeczeństwie, które wywierają wpływ na jednostki. Poziom ten dotyczy organizacji i służb związanych ze środowiskiem pracy, działalności miejscowej: agencji rządowych, usług telekomunikacyjnych i transportowych, oraz nieformalnych sieci społecznych, jak również zalicza do nich prawa, przepisy, formalne i nieformalne postanowienia, a także postawy i ideologie.

Czynniki Środowiskowe wchodzi w interakcję ze składnikami klasyfikacji Funkcje i Struktury organizmu oraz Aktywności i Uczestniczenie. Dla każdego składnika charakter i stopień interakcji może być przedmiotem badań naukowych w przyszłości. Niesprawność można scharakteryzować jako skutek lub wynik złożonych wzajemnych związków pomiędzy kondycją fizyczną i psychiczną jednostki i czynnikami osobowościowymi, a czynnikami zewnętrznymi czyli warunkami w jakich jednostka żyje. Ze względu na ten związek, różne środowiska mogą wywierać bardzo różny wpływ na tę samą osobę w określonym stanie zdrowia. Środowisko z barierami lub bez

ułatwień, może ograniczać działanie człowieka, inne środowiska, które stwarzają więcej ułatwień mogą to działanie zwiększać. Społeczeństwo może utrudniać działanie jednostki, ponieważ stwarza bariery (np. trudno dostępne budynki) lub nie zapewnia ułatwień (np. brak urządzeń wspomagających) lub ułatwiać likwidując istniejące bariery.

Drugim składnikiem są **Czynniki Osobowościowe**. Stanowią one szczególnego rodzaju kontekst życia i sytuacji życiowej jednostki. Należą do nich cechy, które nie są swoistymi dla określonej kondycji zdrowotnej (dla występujących u danej osoby patologii w zakresie zdrowia, np.: choroby, kalectwa itp.), a więc takie, jak np.: płeć, wiek, rasa, sprawność fizyczna, styl życia, nawyki, wychowanie, pochodzenie społeczne, wykształcenie, zawód, przeszłe i obecne doświadczenia życiowe, wyobrażenia na temat zdrowia i choroby oraz powiązane z nimi strategie radzenia sobie z problemami zdrowia i inne cechy charakterystyczne, z których wszystkie lub każda może odegrać rolę w upośledzeniu sprawności. Czynniki Osobowościowe, podobnie jak Czynniki Środowiskowe, mogą mieć pozytywny lub negatywny wpływ na funkcjonowanie. Nie są one jeszcze w pełni sklasyfikowane w ICF ze względu na związane z nimi duże zróżnicowanie społeczne i kulturowe w poszczególnych krajach, rejonach świata.

Istotnym elementem Klasyfikacji jest pojęcie (termin) upośledzenie (inaczej: uszkodzenie, ograniczenie):

- w odniesieniu do struktury może polegać na wadzie rozwojowej, ubytku, utracie lub innym istotnym odchyleniu od normy w budowie organizmu. System pojęciowy dotyczący upośledzenia został ustalony zgodnie ze stanem wiedzy biologicznej na poziomie tkankowym, lecz istnieją możliwości jego rozszerzenia o poziom komórkowy lub molekularny. Użytkownicy klasyfikacji powinni pamiętać, że upośledzenie nie jest tym samym co wywołująca je patologia, lecz stanowi objaw tej patologii,
- stanowi odchylenie od przyjętej dla populacji normy dotyczącej biomedycznego stanu organizmu i jego funkcji, a definicja elementów składowych upośledzenia powinna być ustalana głównie przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, do oceny funkcji fizycznych i umysłowych w odniesieniu do tych norm,
- może być czasowe lub trwałe, postępujące, cofające się lub nie ulegające zmianie, pojawiające się i ustępujące lub ciągłe. Odchylenie od normy może być niewielkie lub znaczne oraz ulegać wahaniom w czasie. Te cechy charakterystyczne zostają uchwycone i przedstawione w kolejnych opisach, głównie za pomocą kwalifikatorów, w kodach użytych po kropce dziesiątej,

- nie jest uwarunkowane etiologią lub tym jak się rozwijało, na przykład utrata wzroku lub kończyny może być spowodowana wadą genetyczną lub urazem. Obecność upośledzenia bezwzględnie wiąże się z przyczyną; jednakże sama przyczyna może niewystarczająco wyjaśniać będący jej wynikiem stopień upośledzenia,
- może stanowić element lub przejaw stanu zdrowia, ale nie wskazuje bezwzględnie na obecność choroby ani nie nakazuje uznania danej osoby za chorą,
- ma szerszy zakres znaczeniowy niż uszkodzenie, zaburzenie lub choroba, np.: brak kończyny w wyniku wady wrodzonej jest upośledzeniem struktury ciała (w takim rozumieniu jaki przyjęto dla praktycznych potrzeb tej klasyfikacji), ale nie uszkodzeniem, zaburzeniem lub chorobą,
- jedno może powodować inne upośledzenia; na przykład brak siły mięśni może upośledzić funkcje ruchu, zakłócenia funkcji serca mogą mieć wpływ na upośledzenie funkcji oddychania, a upośledzenia percepcji mogą zależeć od funkcji myślenia,
- jest klasyfikowane w odpowiednich kategoriach wg ustalonych kryteriów identyfikacji (np. jako obecne lub nieobecne). Te kryteria są takie same dla funkcji i struktury organizmu. Są to: utrata lub brak, redukcja (zmniejszenie), dodanie (nadmiar) oraz odchylenie od normy. Po stwierdzeniu obecności upośledzenia można ustalić jego zakres stosując jednolity kwalifikator ICF.

ICF może posłużyć także dla oceny jakości życia badanego. Np.: określając jego Aktywności i zadając mu pytanie: „Czy posiadasz funkcjonalne ograniczenia możliwości posługiwania się telefonem?”, a Uczestniczenie: „Czy Twoje kontakty społeczne (interpersonalne) ograniczone są do wąskiego grona osób (rodziny?, przyjaciół?)” i jeżeli występują, zadając kolejne pytanie: „Jak czujesz się doświadczając takich ograniczeń?”, to na podstawie odpowiedzi można ustalić jakość jego życia. Każdy lekarz badający stan zdrowia chorego, stosując klasyfikację ICF, określa także jakość jego życia. Ustalając ją jako niesatysfakcjonującą niesprawnego badanego, zapewne wysnuje wniosek na temat możliwości poprawy tej jakości. I o to chodzi w nowoczesnym podejściu do spraw ochrony zdrowia. I taki kierunek koncepcyjny należałoby obrać dla reformy ochrony zdrowia zapowiadanej w Polsce, ale dla określenia jej założeń niezbędne są: ustalenie globalnego modelu (biopsychospołecznego) zdrowia i zastosowanie ICF, które powinny być sformułowane w języku uniwersalnym.

Pomimo że niektóre kategorie składnika Funkcje i Struktury organizmu oraz kategorie klasyfikacji ICD-10 zdają się pokrywać, to jednak cele tych dwóch systemów klasyfikacyjnych są różne. ICD-10 klasyfikuje objawy dla udokumentowania istnienia

choroby lub wykorzystania usług medycznych, podczas gdy ICF wykazuje je jako element funkcji organizmu. Dzięki temu może być wykorzystane w profilaktyce lub określaniu potrzeb pacjentów. Kategoria Funkcje i Struktury powinna być używana łącznie z kategoriami Aktywności i Uczestniczenie.

Przez te działania ICF stanowi ramy pojęciowe służące zrozumieniu funkcjonowania człowieka.

Poniżej przedstawiono przykłady kodowania (jedno i dwustopniowego) klasyfikacji ICF:

Funkcje organizmu

	Kod
Funkcje organizmu	b
Funkcje umysłowe	b1
Funkcje narządów zmysłów i ból	b2
Funkcje głosu i mowy	b3
Funkcje układu sercowo-naczyniowego, krwiotwórczego, odpornościowego i oddechowego	b4
Funkcje układu trawiennego, metabolizmu i układu hormonalnego	b5
Funkcje układu moczowo-płciowego i rozrodczego	b6
Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i funkcje związane z ruchem	b7
Funkcje skóry i struktur powiązanych ze skórą	b8
	Kod
Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i funkcje związane z ruchem	b 7
Funkcje dotyczące ruchomości stawów	b7100- b7109
Funkcje dotyczące stabilności stawów	b7150- b7159
Funkcje związane z ruchomością kości	b7200- b7209
Funkcje stawów i kości, inne określone i nieokreślone	b729
Funkcje związane z siłą mięśni	b7300- b7309
Funkcje związane z obecnością napięcia mięśni	b7350-7359
Funkcje związane z wytrzymałością mięśni	b7400-7409
Funkcje mięśni, inne określone i nieokreślone	b749
Funkcje dotyczące odruchów motorycznych	b7500-b7509
Funkcje związane z ruchowymi reakcjami mimowolnymi	b755
Funkcje związane z kontrolowaniem ruchów dowolnych	b7600- b7609
Funkcje związane z wykonywaniem ruchów mimowolnych	b7650- b7659
Funkcje dotyczące wzorca chodu	b770
Odczucia odnoszące się do mięśni i funkcji ruchowych	b7800- b7809
Funkcje związane z ruchem, inne określone i nieokreślone	b789
Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i funkcje związane z ruchem, inne określone	b798
Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i funkcje związane z ruchem nieokreślone	b799

	Kod
Funkcje związane z ruchomością kości	b7200-b7209
Ruchomość łopatk	b7200
Ruchomość miednicy	b7201
Ruchomość kości nadgarstka	b7202
Ruchomość kości stępu	b7203
Funkcje związane z ruchomością kości, inne określone	b7208
Funkcje związane z ruchomością kości nieokreślone	b7209

Struktury ciała

	Kod
Struktury ciała	s
Struktura układu nerwowego	s1
Oko, ucho i struktury powiązane	s2
Struktury związane z głosem i mową	s3
Struktura układu sercowo-naczyniowego, odpornościowego i oddechowego	s4
Struktury związane z układem pokarmowym, metabolizmem i układem hormonalnym	s5
Struktury układu moczowo-płciowego i rozrodczego	s6
Struktury związane z ruchem	s7
Skóra i struktury powiązane ze skórą	s8

	Kod
Struktury związane z ruchem	s7
Struktura okolicy głowy i szyi	s7100-s7109
Struktura okolicy barku	s7200-s7209
Struktura kończyny górnej	s7300-s7309
Struktura okolicy miednicy	s7400-s7409
Struktura kończyny dolnej	s7500-s7509
Struktury tułowia	s7600-s7609
Dodatkowe struktury mięśniowo-szkieletowe związane z ruchem	s7700-s7709
Struktury związane z ruchem, inne określone	s798
Struktury związane z ruchem, nieokreślone	s799

	Kod
Struktura kończyny dolnej	s750
Struktura uda	s7500
Kości uda	s75000
Staw biodrowy	s75001
Mięśnie uda	s75002
Więzadła i powięzi uda	s75003
Struktura uda inna, określona	s75008
Struktura uda nieokreślona	s75009

Aktywności i Uczestniczenie

	Kod
Aktywności i uczestniczenie	d
Uczenie się i stosowanie wiedzy	d1
Ogólne zadania i wymogi	d2
Porozumiewanie się	d3
Poruszanie się	d4
Dbanie o siebie	d5
Życie domowe	d6
Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie	d7
Główne obszary życia	d8
Życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska	d9

	Kod
Poruszanie się	d4
Zmienianie i utrzymywanie pozycji ciała	d410-d429
Przenoszenie, przemieszczanie i manipulowanie przedmiotami	d430-d449
Chodzenie i poruszanie się w terenie	d450-d469
Przemieszczanie się przy pomocy środków transportu	d470-d489

	Kod
Chodzenie i poruszanie się w terenie	d450-d469
Chodzenie na małe odległości (poniżej 1 km)	d4500
Chodzenie na duże odległości (powyżej 1 km)	d4501
Chodzenie po różnych powierzchniach (nierównych, pochyłych, poruszających się)	d4502
Chodzenie z omijaniem przeszkód (poruszających się i nieruchomych)	d4503
Chodzenie inne, określone	d4508
Chodzenie nieokreślone	d4509

Czynniki środowiskowe

	Kod
Czynniki środowiskowe	e
Produkty i technologia	e110-e199
Środowisko naturalne i zmiany w środowisku dokonane działalnością człowieka	e210-e299
Wsparcie i wzajemne powiązania	e310-e399
Postawy	e410-e499
Usługi, systemy i polityka	e510-e599

	Kod
Wsparcie i wzajemne powiązania	e310-e345
Najbliższa rodzina	e310
Dalsza rodzina	e315
Przyjaciele	e320
Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności	e325
Ludzie posiadający władzę (zwierzchnicy)	e330
Podwładni	e335
Pomocnicy i opiekunowie	e340
Osoby obce	e345

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

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

(gdzie xxx oznacza numer – kod dziedziny drugiego poziomu).

W przypadku oceny czynników środowiskowych pierwszy kwalifikator może służyć zarówno do określenia pozytywnych aspektów środowiska tj. ułatwień, jak i do negatywnych tj. barier. W obu przypadkach stosuje się tę samą skalę 0-4, ale w celu oznaczenia ułatwień kropka dziesiąta zostaje zastąpiona znakiem plus, np. e110+2.

Zastosowanie kwalifikatorów w poszczególnych składnikach klasyfikacji ICF

Klasyfikacja drugiego poziomu (litera i trzy cyfry) może być wykorzystywana do oceny badań sondażowych i klinicznych. Bardziej precyzyjny czwarty poziom na ogół wykorzystywany jest do usług zdrowotnych specjalistycznych. Dla potrzeb badawczych i naukowych można opracować i stosować dalsze uszczegóławianie zapisu kodowego. Z powyższego można wysnuć domniemanie, iż takie dostosowanie klasyfikacji można przeprowadzić także w celu jej użycia dla potrzeb orzekania o sprawności i niepełnosprawności w zakresie opisywania Funkcjonowania i Niepełnosprawności oraz Czynników Kontekstowych. Rzetelne opisanie jej składników pozwoli na wydawanie wszelkich decyzji administracyjnych bez dodatkowego badania przez różne zespoły lekarskie z ograniczonymi uprawnieniami.

Rola ICF w potrzebie modernizacji orzecznictwa lekarskiego

Aktualnie w Polsce istnieje kilka systemów orzecznictwa lekarskiego:

A. Orzecznictwo o charakterze prewencyjnym:

1. realizujące swoje zadania przez lekarzy medycyny pracy (profilaktyków) w oparciu o ustawy: kodeks pracy i o służbie medycyny pracy. Wydają oni orzeczenia o zdolności lub niezdolności do zatrudnienia lub dalszego wykonywania pracy na konkretnym stanowisku pracy i w konkretnym zakładzie pracy na podstawie stwierdzonych u pracownika (kandydata do zatrudnienia) przeciwwskazań zdrowotnych. Te orzeczenia są wyrazem troski o zdrowie pracownika i mają na celu ograniczenie lub wykluczenie możliwości wykonywania takiej pracy, która mogłaby przyczynić się do pogorszenia jego zdrowia lub zagrażać bezpieczeństwu jego i otoczenia. Takim postępowaniem objęta jest tylko grupa pracowników (osób „sprzedających” swoją pracę za płacę). Nie jest nim objęta co raz większa część społeczeństwa na którą składają się osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek, zarówno rolniczą jak i pozarolniczą.

Składnik klasyfikacji	Pierwszy kwalifikator	Drugi kwalifikator
Funkcje organizmu (a)	Jednolity kwalifikator ze skalą ujemną stosowany do oznaczania stopnia upośledzenia. <i>Przykład: s730.3 oznacza poważne upośledzenie funkcji kończyny górnej</i>	Brak
Struktury ciała (s)	Jednolity kwalifikator ze skalą ujemną stosowany do oznaczenia stopnia lub rozmiaru upośledzenia. <i>Przykład: s730.3 oznacza poważne uszkodzenie kończyny górnej</i>	Stosowany do określenia charakteru zmian odpowiedniej części ciała: 0 – brak zmian w strukturze 1 – zupełny brak 2 – brak części 3 – dodatkowa część 4 – nieprawidłowe wymiary 5 – brak ciągłości 6 – niewłaściwa pozycja 7 – zmiany jakościowe w strukturze, w tym: gromadzenie płynu 8 – nie określone 9 – nie dotyczy <i>Przykład: s730.32 oznacza brak części kończyn górnych</i>
Aktywność i Uczestniczenie (d)	WYKONANIE Jednolity kwalifikator Ocena problemu w aktualnym środowisku <i>Przykład: d5101.1 oznacza niewielki problem z myciem całego ciała z wykorzystaniem urządzeń wspomagających, będących do dyspozycji osoby badanej</i>	ZDOLNOŚĆ Jednolity kwalifikator Ograniczenia w przypadku braku pomocy <i>Przykład: d 5101. 2 oznacza umiarkowany problem z myciem całego ciała; implikuje taki problem w przypadku niemożności skorzystania z pomocy urządzeń lub drugiej osoby</i>
Czynniki środowiskowe (e)	Jednolity kwalifikator ze skalą ujemną i dodatnią do oznaczania rozmiarów odpowiednio: barier i ułatwień. <i>Przykład: e130.2 oznacza, że umiarkowaną barierą jest dostęp do pomocy edukacyjnych. I odwrotnie, e130+2 oznacza, że pomoce edukacyjne są umiarkowanym ułatwieniem</i>	Brak

2. realizujące swoje zadania przez wszystkich lekarzy, lekarzy stomatologów i felczerów posiadających prawo wykonywania zawodu na terenie Polski, w oparciu o odpowiednie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia i zaopatrzenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Wydają oni zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy (służby) z powodu stwierdzonej choroby (szeroko rozumianej) powodującej aktualną niezdolność do pracy i określonych ustawami stanów równoważnych. Dotyczy ono praktycznie całego społeczeństwa z tym, że świadczenia finansowe z tytułu tej niezdolności są wypłacane osobom objętym ubezpieczeniem społecznym (ZUS i KRUS) lub posiadającym uprawnienia z tytułu zaopatrzenia społecznego. Szczegółowe przepisy określają wysokość świadczeń i rodzaj dokumentów uprawniających do ich otrzymywania.

B. orzecznictwo o charakterze kompensacyjnym, realizujące zadania przez określone ustawami i rozporządzeniami zespoły lekarzy uprawnionych do orzekania o niezdolności do pracy (służby) o charakterze długotrwałym, spowodowanym naruszeniem sprawności organizmu. Orzekanie odbywa się na podstawie zróżnicowanych definicji o niezdolności do pracy (służby) zawartych poszczególnych

ustawach i rozporządzeniach z nimi związanych, oraz konieczności uwzględniania w orzeczeniach określonych warunków i zasad. Świadczenia na podstawie tego orzecznictwa przyznawane są tylko osobom spełniającym warunki ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia społecznego.

3. ZUS/FUS: Niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.
4. KRUS: Za całkowicie niezdolnego do pracy gospodarstwie rolnym uważa się ubezpieczonego, który z powodu naruszenia sprawności organizmu utracił zdolność do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym.
5. MON: Inwalidą jest żołnierz zwolniony z zawodowej służby wojskowej wskutek stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu. W zależności od przyczyny powstania inwalidztwa pozostaje ono w związku lub nie pozostaje w związku ze służbą. Ustala się trzy grupy inwalidztwa żołnierzy całkowicie niezdolnych do służby (w zależności od zdolności do pracy na ogólnym rynku pracy uwzględniając: czy i jakie zatrudnienie oraz w jakim wymiarze czasowym mogliby wykonywać, wykorzystując posiadane kwalifikacje ogólne i przygotowanie

zawodowe, po uwzględnieniu istniejących przeciwwskazań zdrowotnych do zatrudnienia):

I grupę – obejmującą całkowicie niezdolnych do pracy;

II grupę – obejmującą częściowo niezdolnych do pracy;

III grupę – obejmującą zdolnych do pracy.

6. MSWiA: Inwalidą jest funkcjonariusz zwolniony ze służby wskutek stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu. W zależności od przyczyny powstania inwalidztwa pozostaje ono w związku lub nie pozostaje w związku ze służbą. Ustala się trzy grupy inwalidztwa funkcjonariuszy całkowicie niezdolnych do służby (w zależności od zdolności do pracy na ogólnym rynku pracy uwzględniając: czy i jakie zatrudnienie oraz w jakim wymiarze czasowym mogliby wykonywać, wykorzystując posiadane kwalifikacje ogólne i przygotowanie zawodowe, po uwzględnieniu istniejących przeciwwskazań zdrowotnych do zatrudnienia):

I grupę – obejmującą całkowicie niezdolnych do pracy;

II grupę – obejmującą częściowo niezdolnych do pracy;

III grupę – obejmującą zdolnych do pracy.

C. Orzecznictwo o charakterze korporacyjnym dotyczące niezdolności do pełnienia określonych stanowisk w wybranych grupach zawodowych, np.: nauczycieli, sędziów, prokuratorów itp.

Z przytoczonych powyżej definicji pojęcia (terminu): „niezdolność do pracy” wynika, że ocena tej niezdolności polega na ilościowym ustaleniu stopnia naruszenia sprawności organizmu i odniesieniu go do: niezdolności do pracy zarobkowej zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji lub jakiegokolwiek pracy zarobkowej (ZUS), osobistej pracy w gospodarstwie rolnym (KRUS), niezdolności do pełnienia określonych funkcji państwowych lub określonych zawodów, niezdolności do służby w jednostkach MON lub formacjach MSWiA i (jednocześnie) możliwości pracy (zarobkowej) żołnierzy lub funkcjonariuszy uznanych za całkowicie niezdolnych do służby ze względów zdrowotnych biorąc pod uwagę, czy i jakie zatrudnienie oraz w jakim wymiarze czasowym mogliby wykonywać, wykorzystując posiadane kwalifikacje ogólne i przygotowanie zawodowe, po uwzględnieniu istniejących przeciwwskazań zdrowotnych do zatrudnienia. Ocenie podlega więc: naruszenie sprawności organizmu (element biologiczny) i niezdolność do pracy lub służby (element zawodowo – socjalny) Oba te elementy są oceniane na podstawie odmiennych kryteriów regulowanych odpowiednimi ustawami i rozporządzeniami wynikającymi z delegacji zawartych w tych ustawach.

Nie budzi wątpliwości, iż lekarz jest właściwą osobą dla ustalania naruszenia sprawności organizmu zarówno w ocenie jakościowej (rozpoznania chorób) jak i w ocenie ilościowej – stopnia naruszenia sprawności organizmu. Natomiast budzi istotne wątpliwości czy jest właściwą osobą do ustalania elementu socjalno-zawodowego. Jest wiele publikacji autorstwa nie tylko lekarzy ale także prawników, socjologów, „zawodoznawców” wskazujących na brak wystarczającej wiedzy wśród lekarzy dla ustalania tego elementu.

D. Orzecznictwo o niepełnosprawności.

7. Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolność do wykonywania pracy zawodowej.

Stopnie niepełnosprawności u dorosłych:

- Znaczny – „Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.”
- Umiarkowany – „Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.”
- Lekki – „Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.”

Natomiast u dzieci nie ma stopniowania niepełnosprawności.

W tym orzecznictwie, mającym na celu ustalenie stopnia niepełnosprawności dla potrzeb przyznawania pewnych przywilejów i uprawnień osobom niezależnie od tego czy są, czy nie są one objęte ubezpieczeniem lub zaopatrzeniem społecznym, opartym na możliwości tych osób w pełnieniu ról

społecznych, uwzględniana jest także zdolność do pracy jako jednej z ról społecznych.

E. Orzecznictwo dla szczególnych, określonych potrzeb takich jak, zdolność do: prowadzenie pojazdów mechanicznych, noszenie broni, występowania przed sądami, odbywania kary itp., itp.

F. Orzecznictwo realizowane przez lekarzy biegłych sądowych w różnego rodzaju sądach, podlegające stosownym normom prawnym w zależności od rodzaju procesu sądowego.

Pomijając ustalanie elementu socjalno-zawodowego, co nie jest przedmiotem tego doniesienia, rozważmy problem oceny naruszenia sprawności organizmu. Przyjmując, że samo ustalenie naruszenia sprawności organizmu w ocenie jakościowej nie wymaga innych kwalifikacji i narzędzi poza ogólnie stosowanymi w praktyce lekarskiej, to już dla oceny ilościowej takich uniwersalnych narzędzi nie ma. Ogólne sformułowania definicji zawartych w ustawach i rozporządzeniach rządzących orzecznictwem lekarskim nie stwarzają warunków umożliwiających jednolitą kategoryzację (stopniowanie, skalowanie) tego naruszenia sprawności, dając znaczne możliwości, o charakterze uznaniowym, dowolnym przez orzekającego lekarza. Także narzędzia pomiaru ilościowego naruszenia funkcji w zakresie poszczególnych specjalności klinicznych opracowywane przez badaczy zajmujących się klinimetrią nie są przydatne do holistycznej oceny funkcjonowania konkretnej jednostki w określonym środowisku (chociażby pracy zawodowej). Dyskwalifikuje je m. in. mnogość opracowanych skal (narzędzi), ich ograniczenie do określonych stanów patologii, brak wspólnych zasad np: ocena w oparciu o badanie podmiotowe (subiektywna – nieprzydatna w ocenie osób występujących z roszczeniami), lub na podstawie objawów, zaawansowania choroby albo wyników badań pomocniczych itp.

Nasuwa się więc pytanie czy klasyfikacja ICF może być narzędziem pomiaru dla ustalenia stopnia naruszenia sprawności badanego?

Termin „naruszenie sprawności” występujący w niemal wszystkich podstawowych systemach orzecznictwa dla potrzeb zabezpieczenia społecznego w Polsce, należy rozumieć jako upośledzenie tej sprawności. „Nadsprawność” (drugi biegun naruszenia sprawności) występująca u cyrkowców czy wybitnych sportowców nie jest przedmiotem zainteresowania polityki społecznej. Upośledzenie sprawności jest w naszym języku określane jako niepełnosprawność. Niepełnosprawność powodująca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych – także zawodowych (zarobkowych) – rodzi potrzebę wsparcia dla zapewnienia równych szans w pełnieniu tych ról

osobom niepełnosprawnym. To wsparcie może być określone za pomocą ustalonych poziomów. Innego wsparcia będzie potrzebowała osoba wymagająca zastosowania rehabilitacji (lecniczej, zawodowej, kompleksowej) w celu przywrócenia sprawności, zmniejszenia lub zapobiegania pogłębianiu się niepełno sprawności, innego osoba z osłabieniem słuchu uniemożliwiającym jej pracę zarobkową, innego osoba z utrudnieniem lokomocji i wynikającym z tego ograniczeniem możliwości dotarcia do miejsca pracy i powrotu do domu, innego osoba której niepełnosprawność wyklucza wykonywanie pracy zarobkowej w warunkach ogólnie dostępnego rynku pracy, a jeszcze innego osoba niezdolna do jakiegokolwiek pracy lub do samodzielnej egzystencji. Z tych powyższych, pomimo że bardzo uproszczonych, przykładów wynika że pierwsza wymieniona wyżej sytuacja wymaga wsparcia w postaci ustalenia postępowania rehabilitacyjnego jego rodzaju i przewidywanego okresu, następnie dwie sytuacje wymagają wsparcia w postaci urządzeń technicznych (protez lub indywidualnych środków transportu), w czwartej – dostosowania warunków pracy do możliwości osoby niepełnosprawnej lub zmiany kwalifikacji tej osoby niezbędnej do zatrudnienia na innym stanowisku pracy (albo jednego i drugiego), w piątej – wsparcia pieniężnego a w szóstej – dodatkowo zapewnienia niezbędnej opieki i pomocy osób innych.

Przyjmując jako pewnik, że klasyfikacja ICF może stanowić **uniwersalne narzędzie pomiaru ilościowego każdej niepełnosprawności (ale także jej brak!) i w zakresie każdej funkcji organizmu**, istotnej z punktu widzenia zdolności do pełnienia ról społecznych, to wystarczy określić poziomy wsparcia, aby umożliwić wielu niepełnosprawnym powrót do korzystania w pełni z takich samych praw jak osoby sprawne, lub zapewnić im komfort życia na godnym poziomie. Zadaniem lekarzy byłoby: ocena (ilościowa – kwalifikatory stosowane w klasyfikacji ICF) upośledzenia sprawności i określenie poziomu wsparcia. Te zadania orzecznicze powinny dotyczyć każdej osoby, u której lekarz leczący stwierdził długotrwałą niepełnosprawność lub zagrożenie nią i poinformował o tym, drogą elektroniczną, stosowne centra regionalne, niezależnie czy osoba ta jest ubezpieczona, gdzie ubezpieczona lub nieubezpieczona i czy korzysta z prawa do zaopatrzenia społecznego. Posiadacz orzeczenia stwierdzającego stopień upośledzenia w zakresie poszczególnych ocenianych funkcji organizmu oraz ustalony poziom wsparcia, ma prawo domagać się od odpowiedniej instytucji (ubezpieczeń społecznych, zaopatrzenia społecznego lub budżetu państwa poprzez ośrodki pomocy społecznej) realizacji określonego w orze-

czeniu wsparcia. Rodzaj tego wsparcia (rzeczowy, finansowy lub oba) i zakres jest ustalany w drodze porozumienia pomiędzy daną instytucją (uwzględniającą w swojej decyzji rachunek ekonomiczny) i niepełnosprawnym.

Takie rozwiązanie pozwoliłoby na:

- Stworzenie jednego systemu orzekania o niepełnosprawności co umożliwiłoby (w okresie ważności posiadanego orzeczenia) zastosowanie go dla potrzeb różnych instytucji zabezpieczenia społecznego ale i w każdej instytucji stworzonej dla realizacji polityki społecznej.
- Objęcie wsparciem także tych osób, które jeszcze nie utraciły zdolności do pracy (nie zgłosiły roszczeń) spowoduje ich partnerski stosunek we wspólnej trosce o zachowanie im możliwości pełnienia ról społecznych – w tym zawodowych. (Wg danych wynikających z przeprowadzonych Badań Aktywności Ekonomicznej Ludności w Polsce: na dzień 30 września 2008r. wśród osób niepełnosprawnych prawnie (potwierdzonych orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności) w wieku produkcyjnym było: 1 676 000 BIERNYCH ZAWODOWO co stanowi 76,5% wszystkich niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym. (59,1% to mieszkańcy miast a 40,9% wsi.) Dla porównania: w Holandii odsetek takich osób wynosił ok. 15. W Polsce renta była jedynym źródłem dochodów dla 65% tych osób.)
- Dodatkową zaletą ustalania poziomu wsparcia jest odejście od dotychczasowej stygmatyzacji i kategoryzacji społeczeństwa na tych, którzy są niezdolni do pracy i zdolni do pracy, na niepełnosprawnych i pełnosprawnych czyli uogólniając na tych co się nadają i nie nadają do pełnienia ról społecznych. Wydaje się, że aktualne warunki społeczno – ekonomiczne i dalsza przewidywana ich poprawa, już obecnie wymagają opracowania takich koncepcji ochrony zdrowia, w myśl których zdecydowana większość społeczeństwa „będzie się nadawała”, o ile stworzone jej będą przez państwo, ubezpieczenia społeczne i różne instytucje pozarządowe odpowiednio skoordynowane warunki, w miejsce lub obok, nie zawsze wystarczającego wspomagania pieniężnego.
- Także na opracowanie Narodowego Programu Rehabilitacji Kompleksowej umożliwiającego jej stosowanie wg określonych zasad (standardów), już we wczesnych stadiach niepełnosprawności, oraz dostosowania czynników kontekstowych do potrzeb indywidualnych osoby wymagającej wsparcia ale i na dokonanie oceny uzyskanych efektów (także za pomocą ICF).

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

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

Rola ICF w potrzebie reformy polityki zdrowotnej i społecznej

Takie, pełne korzyści z zastosowania ICF wymagają jednak najpierw opracowań nowych koncepcji ustalających kierunki zmian w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa. Nie ulega żadnej wątpliwości, że nakłady na ochronę zdrowia będą systematycznie wzrastały, zwłaszcza przy obecnych założeniach koncepcyjnych. Wiąże się to ze statystycznie potwierdzonym „starzeniem” się naszych rodaków, co pociąga za sobą konieczność leczenia cierpiących na różne, liczne choroby i upośledzenia wynikające ze zużywania się narządów i zmniejszenia możliwości adaptacyjnych organizmów osób w podeszłym wieku, ze wzrastającą urazowością, ze znacznie większą możliwością uratowania życia zarówno chorym jak i ofiarom ciężkich urazów, lecz kosztem istotnego upośledzenia ich sprawności i szeroko rozumianego zdrowia, ale także kosztami bezwzględnie związanymi z koniecznością zakupów ciągle narastającej liczby sprzętu diagnostycznego oraz używanego w procesie leczenia i częstej jego wymiany, wobec opracowywania co raz doskonalszej aparatury, nierzadko przeznaczonej dla jednej osoby i to dożywotnio. Czy w dalszej perspektywie będzie stać społeczeństwo na rezygnację z systematycznie zwiększającej się

kwoty oddawanej z uzyskiwanych dochodów, na rzecz osób chorych i niepełnosprawnych w ramach solidaryzmu społecznego? Zwłaszcza, że liczba tych rezygnujących (pracujących dla dochodów) będzie ulegała zmniejszeniu a korzystających - zwiększeniu. Jest to trudny i ważny problem, ale na pewno do jego rozwiązania nie należy angażować jedynie lekarzy, których rola jest jednoznaczna i na pewno nie mieści się w niej ograniczenie dostępu do korzystania ze zdobyczy nauki umożliwiających wydłużenie życia i zachowania sprawności. Natomiast niewątpliwą rolą lekarzy powinno być postępowanie nie tylko lecznicze ale także, a nawet przede wszystkim, prewencyjne o wiele tańsze i skuteczniejsze niż naprawcze. Jednym z istotnych koniecznych rozwiązań jest stwarzanie takich warunków i możliwości, aby liczba osiągających dochody z zaangażowania się w pracę ulegała zwiększeniu i przyczyniała się do wzrostu nakładów na ubezpieczenia społeczne a liczba korzystających z wsparcia pieniężnego ulegała zmniejszeniu.

Podsumowanie

Nasuwa się więc refleksja. Aby odnieść maksymalne korzyści z wprowadzenia obowiązku posługiwania się klasyfikacją ICF przez wszystkich lekarzy dla celów klinicznych, należałoby najpierw przemyśleć i ustalić koncepcję form organizacyjnych ochrony zdrowia uwzględniającą w stopniu możliwym do przewidzenia jej zadań, rozważyć konieczność zmiany zasad i systemów ubezpieczeń społecznych i całej polityki społecznej, przeprowadzić szerokie szkolenie fachowych pracowników służby zdrowia mających na celu nie tylko zdobycie wiedzy na temat sposobu posługiwania się tą klasyfikacją, ale także mające wykazać zasadność i konieczność jej wprowadzenia; również dokonania zmian organizacyjnych w ochronie zdrowia i polityce społecznej stwarzających możliwość uzyskania pełnego i zadawalającego efektu jakiego należałoby oczekiwać.

* Autorzy składają serdeczne podziękowania dr med. Z. Węgrzynowi za udostępnienie „roboczej” wersji tłumaczenia *International classification of functioning, disability and health*, WHO 2001