

THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH – ICF**MIĘDZYNARODOWA KLASYFIKACJA FUNKCJONOWANIA ZDROWIA I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Małgorzata Machaj¹⁾, Jacek Lorkowski¹⁾, Małgorzata Starczyńska²⁾, Agnieszka Pedrycz³⁾, Ireneusz Kotela¹⁾

¹⁾ Central Clinical Hospital of the Ministry of Internal Affairs in Warsaw, Poland

¹⁾ Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie

²⁾ Department of Health Sciences, University of Jan Kochanowski in Kielce, Poland

²⁾ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

³⁾ Histology and Embryology Department with the Experimental Cytology Laboratory of Medical University in Lublin, Poland

³⁾ Katedra i Zakład Histologii i Embriologii z Pracownią Cytologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

ARTICLE INFO

Journal: PolHypRes 2013 Vol. 45 Issue 4 pp. 127 – 138

ISSN: 1734-7009

eISSN: 2084-0535

DOI: HTTP://DX.DOI.ORG/10.13006/PHR.45.9

Pages: 12, figures: 0, tables: 0.

page www of the periodical: www.phr.net.pl

Keywords/Słowa kluczowe:

(in English): disability, medical classifications, medical certification, ICF.

(in Polish): niepełnosprawność, klasyfikacje medyczne, orzecznictwo lekarskie, ICF.

Polish-English bilingual publication**Publisher**

Polish Hyperbaric Medicine and Technology Society

ABSTRACT

(in English)

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) was developed and recommended for general use by the WHO in 2001. Many countries have already, or are in the process of implementing the ICF. Due to limited awareness of the ICF and a lack of financial resources, the classification is not in use in Poland. This would require appropriate action and engagement of the Polish legislature. The aim of the paper is to present issues relating to the introduction of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the context of the approach to medical classification in Poland.

(in Polish)

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Zdrowia i Niepełnosprawności (International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF) została opracowana i zaproponowana do powszechnego stosowania przez WHO w 2001 roku. Wiele państw wprowadziło lub obecnie wprowadza klasyfikację ICF. Niska świadomość informacyjna na temat klasyfikacji ICF oraz brak zabezpieczenia finansowego powodują, że klasyfikacja nie jest stosowana w Polsce. Całość procedur wymaga stosownych działań władzy ustawodawczej. Celem pracy jest przedstawienie aspektów wprowadzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Zdrowia i Niepełnosprawności na tle orzecznictwa lekarskiego funkcjonującego w Polsce.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF) была разработана и предложена для общего использования ВОЗ в 2001 году. Многие страны ввели или в настоящее время принимают классификацию МКФ. Низкая информационная осведомленность о классификации МКФ, а также отсутствие финансовой безопасности, означает, что классификация не применяется в Польше. Целая процедура требует соответствующих мер законодательного органа. Цель документа заключается в представлении аспектов внедрения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья на фоне медицинского освидетельствования функционирующего в Польше.

Ключевые слова: инвалидность, медицинские классификации, медицинское освидетельствование, МКФ.

WSTĘP

Klasyfikacje medyczne rozpoczęto wprowadzać powszechnie w XIX wieku. Wówczas podjęto pierwsze próby sklasyfikowania chorób. Powstały 3 fundamentalne prace dotyczące tego zagadnienia: François Boissier de Sauvages de Lacroix – „Nosologia Methodica”, Karol Linneusz - „Genera morborum”, William Cullen - „Synopsis nosologicae methodicae”.

W 1837r. Powstało Generalne Biuro Statystyczne Anglii i Walii, w którym pracował William Farr, który przyczynił się do rozwoju i ujednoczenia istniejącej klasyfikacji Cullena. Przyczynił się on do powstania Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów. Ważnym elementem w powstaniu tej listy były Międzynarodowe Kongresy Statystyczne. Analizy Faee'a i Cullena stanowiły podstawę stworzenia klasyfikacji ICD. ICD - Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Procedur Medycznych została stworzona przez Światową Organizację Zdrowia WHO (World Health Organization). Jest to tłumaczenie terminologii medycznej na kody, które ułatwiają organizację pracy, stawianie diagnoz, a także prowadzenie badań statystycznych w zakresie chorobowości i umieralności. Klasyfikacja ta składa się z trzech części: klasyfikacji chorób, instrukcji kodowania oraz klasyfikacji procedur medycznych, która jest systematycznie aktualizowana. Obecnie w Polsce stosowana jest Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9-CM, natomiast w kwalifikowaniu schorzeń i chorób używana jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 [1,2,3,4].

W latach sześćdziesiątych XX wieku w USA zaobserwowano, iż pacjenci z tym samym schorzeniem, którym wykonywano te same badania i procedury, oraz których czas hospitalizacji był zbliżony, generowali te same koszty. Na przełomie lat 60. i 70., profesor Robert Fetter z Uniwersytetu Yale, po raz pierwszy przedstawił założenia systemu JPG- Jednorodnych Grup Pacjentów (Diagnosis Related Groups – DRG). Pacjenci podobni medycznie i kosztowo, zostali przyporządkowani do 333 grup, w 54 głównych kategoriach diagnostycznych. Profesor Robert Fetter oparł się na analizie danych 1 mln 700 tys. pacjentów hospitalizowanych w szpitalach stanu New Jersey. Jednorodne Grupy Pacjentów zostały więc stworzone jako sposób rozliczania usług zdrowotnych przez płatnika, w Polsce przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ideą tego rozwiązania jest stworzenie w miarę prostych i łatwych w stosowaniu metod kwalifikowania danego świadczenia do pewnej grupy, ze ściśle zdefiniowanej listy celem rozliczenia usługi [5,6,7].

Prawdopodobnie za najbardziej znaną, istotną klinicznie, powszechnie stosowaną i niezmienną do dnia dzisiejszego skalę uważa się Glasgow Coma Scale (GCS), używaną w medycynie w celu oceny poziomu świadomości. Początkowo wprowadzono ją celem umożliwienia szybkiej oceny stanu pacjentów po urazie głowy i wstępnego ustalenia działania i rokowania. Obecnie jest powszechnie stosowana zarówno w medycynie ratunkowej, jak neurochirurgii, neurologii i szeroko rozumianej traumatologii do śledzenia zmian poziomu świadomości pacjentów w czasie leczenia [8].

Kolejną, powszechnie znaną i stosowaną interdyscyplinarnie, jest 5 stopniowa skala ASA (American Society of Anaesthesiology). Stosowana powszechnie w anestezjologii w klasyfikacji oceniającej ryzyko operacyjne związane z wystąpieniem poważnych powikłań lub zgonu pacjenta w czasie znieczulenia lub po nim [9,10].

Przykładem skali służącej do oceny chorych „urazowych” jest opracowana w 1981 r. i zmodyfikowana w 1989 r. przez Championa i współpracowników skala nazwana Trauma Score (TS). W zmodyfikowanej, aktualnie używanej formie – Revised Trauma Score (RTS) - składają się na nią trzy parametry: liczbowa wartość GCS, wartość skurczowego tętniczego ciśnienia krwi oraz częstość oddechów. Parametrom tym przypisany jest wskaźnik od 0 do 4 punktów, zależnie od stopnia odchylenia od normy [11].

Przedstawione powyżej stanowią drobną część skal obowiązujących i stosowanych w medycynie. Dotyczy to głównie krajów anglosaskich. Zaproponowane poniżej działania dotyczące osób niepełnosprawnych jest logiczną kontynuacją stopniowego wprowadzania standardów i normatywnych skali w medycynie klinicznej i orzecznictwie.

INTRODUCTION

Medical Classification schemes started to be introduced in the nineteenth century. The first attempts related to the classification of diseases, with the three authoritative works being: François Boissier de Sauvages de Lacroix - " Nosologia Metodica ", Carolus Linnaeus - " Genera morborum ", William Cullen - " Synopsis nosologicae methodicae "

In 1837, the Office for National Statistics was established in England and Wales. William Farr worked at the Office, contributing to the development and standardization of Cullen's existing classification scheme. He contributed to the creation of the International List of Causes of Deaths. The International Statistical Congress played an important role in the development of the list. Farr's and Cullen's work was the basis for the creation of the International Classification of Diseases and Medical Procedures (ICD), which was developed by the World Health Organization (WHO). It comprises as a translation of medical terminology into codes that facilitate the organization of work, the making of diagnoses, as well as the conducting of surveys on morbidity and mortality. This classification consists of three parts: the classification of diseases, a guide to coding, and the classification of medical procedures. The ICD is constantly being updated. Poland currently uses the International Classification of Medical Procedures ICD - 9 -CM, while in qualifying illnesses and diseases it uses the International Classification of Diseases and Related Health Problems ICD -10 [1,2,3,4].

In the United States during the sixties, it was observed that patients with the same disease, who underwent the same tests and procedures, and had hospital stays of similar length, also generated the same costs. At the beginning of the seventies, Professor Robert Fetter of Yale University first put forward the idea of a system of Diagnosis Related Groups (DRGs). Patients were divided according to medical procedure and costs into 333 groups across 54 major diagnostic categories. Professor Robert Fetter's work was based on the data of 1.7 million patients hospitalized in New Jersey hospitals. DRGs were therefore created as a way of accounting for health services funded by the public payer, the National Health Fund in the case of Poland. The idea behind this was to develop a simple means of qualifying a given group for benefits from a clearly defined list of subsidized services [5,6,7].

Probably the best-known, clinically relevant, commonly used and to this day unchanging scale is the Glasgow Coma Scale (GCS), used in medicine to assess the level of consciousness. Initially it was introduced in order to enable rapid assessment of patients with head injuries and a preliminary determination of operation and prognosis. It is now widely used in both emergency medicine, neurosurgery, neurology and traumatology, in its broadest sense, to track changes in the level of consciousness of patients during treatment [8].

Another is the widely known and interdisciplinary 5- step ASA scale (American Society of Anaesthesiology). It is commonly used in anaesthesia in the classification evaluating operational risk associated with the occurrence of serious complications or death of the patient during anaesthesia or thereafter [9,10].

An example of a scale for assessing patients 'trauma', namely the Trauma Score (TS), was developed in 1981 and modified in 1989 by Champion and his colleagues. As modified, and currently in use, the Revised Trauma Score (RTS), consists of three parameters: the numerical value of the GCS, systolic arterial blood pressure and respiratory rate. These parameters are assigned a rating from 0 to 4 point, depending on the degree of deviation from the norm [11].

The above represents a small sample of the scales in use and applied in medicine. This applies mainly to English-speaking countries. The initiatives concerning disabled persons proposed below are a logical continuation of the gradual introduction of standards and normative scales in clinical medicine and classification.

FUNKCJONOWANIE ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO W POLSCE

Orzecznictwo lekarskie w Polsce ma charakter wyłącznie medyczny. Polega na dokonywaniu przez lekarza oceny stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz upośledzenia jego funkcji i postawieniu stosownego rozpoznania. Przyznane świadczenia pieniężne są wynikiem wydania decyzji administracyjnej o przysługujących świadczeniach z zabezpieczenia społecznego, świadczeniach o charakterze rzeczowym lub usługowym. Świadczenia pieniężne w Polsce przeznaczone dla osób niepełnosprawnych stanowią 30 mld zł, co stanowi ponad 2% PKB Polski [12].

W Polsce funkcjonuje obecnie kilka systemów orzekania o niepełnosprawności, utracie zdolności do samodzielnego życia i wykonywania pracy zawodowej. Najważniejszym z nich jest system orzecznictwa ZUS. Równolegle funkcjonuje system orzecznictwa dla celów zatrudnienia, w skład którego wchodzi Powiatowe i Wojewódzkie Komisje do Orzekania o Niepełnosprawności dla celów zatrudnienia. System ten jest nadzorowany przez Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. Ponadto istnieją systemy specjalistyczne tzn. rolny KRUS (dla rolników i pracujących z nim domowników), ministerstwa spraw wewnętrznych (m.in. ABW, BOR, policja, straż graniczna) i wojskowy MON. W ramach tych systemów dokonywana jest ocena stanu zdrowia, funkcjonowania i zdolności do pracy, na podstawie której wydawane są orzeczenia o stopniu utraty zdolności do wykonywania pracy zarobkowej oraz zdolności do samodzielnej egzystencji. Każde orzeczenie stanowi także podstawę do uzyskania świadczeń społecznych w postaci renty z tytułu częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy, bądź do uzyskania (w przypadku osób niepełnosprawnych) prawa do dofinansowania pracodawcy wynagrodzeń zatrudnionego pracownika z niepełnosprawnością. System świadczeń będący efektem wydanych orzeczeń zaczyna deformować polski system zabezpieczenia społecznego poprzez fakt, że identyczne orzeczenia przyznawane są osobom o często diametralnie różnej zdolności do zatrudniania, co powoduje, że osoby o różnej zdolności do zatrudnienia otrzymują (np. w przypadku zatrudnienia) identyczne wsparcie w postaci subsydiów płacowych.

Innym aspektem tego zjawiska jest łatwość zmiany orzeczenia mimo, że stan zdrowia i sprawności często nie uzasadnia takiej sytuacji. W 2012 roku kilkadziesiąt tysięcy osób z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności uzyskało zmianę kwalifikacji orzeczniczej na stopień umiarkowany. Konsekwencją takiej zmiany jest konieczność wypłacenia wyższych dofinansowań do wynagrodzeń tej grupy pracowników, co kosztowało PFRON dodatkowo kilkanaście milionów złotych. Przejście do wyższej grupy niepełnosprawności spowodowane było większą skalą korzyści jakie z zatrudniania osób niepełnosprawnych uzyskuje pracodawca.

Instytucje oraz organizacje społeczne zajmujące się rehabilitacją zawodową oraz społeczną osób niepełnosprawnych wielokrotnie podnosiły problem niemożności opracowania indywidualnych programów rehabilitacji zawodowej i społecznej w oparciu o funkcjonujący system orzekania o niepełnosprawności. Wskazania i przeciwwskazania umieszczone w orzeczeniach są zbyt ogólne i nieprecyzyjne, co nie pozwala na jednoznaczną ocenę stopnia sprawności fizycznej, umysłowej i społecznej takiej osoby, a tym samym wywołuje potrzebę dokonania osobnej pogłębionej oceny zdrowia i funkcjonalności.

W tej sytuacji pilnym problemem społecznym staje się gruntowna reforma systemu orzekania o niepełnosprawności dla celów rentowych i dla celów zatrudnieniowych, który służyłby obiektywnej ocenie stopnia utraty zdrowia, zdolności do egzystencji i wykonywania pracy zarobkowej, a także co istotne, byłby ważnym punktem wyjścia do procesu rehabilitacji leczniczej i zawodowej, którego istotnym celem jest przywrócenie jednostce (niepełnosprawnemu) optymalnej zdolności do funkcjonowania społecznego i zawodowego po przebytych wypadkach i chorobach zawodowych.

THE FUNCTIONING OF MEDICAL CERTIFICATION IN POLAND

Medical certification in Poland is of a purely medical nature. It involves the physician's evaluation of the degree of impairment of the organism and its function, as well as making the appropriate diagnosis. Financial support is subject to an administrative decision about entitlement to social security benefits, either material or in the form of services rendered. Financial support for people with disabilities in Poland totals 30 billion PLN, which accounts for more than 2% of GDP [12].

In Poland, there are currently several certification systems for disability, loss of independence and the inability to work. The most important of these is the Social Security system of certification, which operates in parallel with a system for the purposes of employment, to which the District and Provincial Committees for Certification of Disability contribute. This system is supervised by the Government Plenipotentiary for Persons with Disabilities. In addition, there are specialized systems, i.e. the Social Security system dedicated to the agricultural industry (for farmers and their workers), the Ministry of the Interior (including the Internal Security Agency, BOR – the Polish Secret Service, the police, and border guards) and the Military Defence Force. These systems provide assessments of the health status, the ability to function and work, upon which are based decisions about the degree to which an individual has lost the ability to undertake gainful employment and the ability to live independently. Any such decisions are also the basis for obtaining social benefits in the form of a pension for those with a partial or complete inability to work, or in the case of employees with disabilities the right to subsidize the salary costs incurred by the employer.

The benefits system, which has resulted from such decisions, has begun to distort the Polish social security system, since identical assessments are often made of people with radically different disability levels. As a result, people with differing levels of impairment to, for example, employment, receive the same levels of support in the form of wage subsidies.

Another aspect of this phenomenon is the ease with which decisions can be changed, even though the state of the individual's health and fitness often do not justify such an amendment. In 2012, tens of thousands of people deemed to suffer from a slight degree of disability qualified for certification at the higher moderate level. The consequence of this change was the need to pay higher wage subsidies for this group of workers, with an additional cost to PFRON between 10 to 20 million PLN. This was due to the higher scale of entitlements to employers hiring workers with a higher disability level. Institutions and civil society organizations involved in the social and vocational rehabilitation of disabled persons repeatedly raised the problem of the inability to develop individual programs of vocational and social rehabilitation on the basis of a functioning system of disability. Indications and contraindications contained in the decisions are too general and vague, preventing an unambiguous assessment of the degree of physical, mental and social disability of such people, and thereby causing the need for a separate in-depth assessment of health and functionality.

This social problem results in the need for a fundamental reform of the system of certifying disability for the purposes of pension and employment, so that it provides an objective assessment of the limitations to health, gainful employment and the ability to earn a livelihood. Similarly, this should have an important flow-on effect on the medical and professional rehabilitation process, which is essentially intended restore the disabled individual's optimal capacity to function in a social and occupational context, following an accident or other occupational health problem.

STANDARDY ICF

W 2001 roku 54 światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF - ang. International Classification of Functioning, Disability and Health). Kraje członkowskie WHO zadeklarowały wprowadzenie w życie tej metodologii oceny funkcjonowania człowieka w powiązaniu z jego problemami zdrowotnymi.

CEL ICF

Wielozadaniowa klasyfikacja opracowana na użytek wielu dyscyplin i różnych sektorów. Jej szczególne cele można w skrócie przedstawić następująco:

- stworzenie naukowych podstaw dla zrozumienia i badania kwestii zdrowia i związanych z nim stanów, wyników i wyznaczników,
- ustalenie wspólnego języka 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 porównania danych z różnych krajów, z wielu dziedzin opieki zdrowotnej, usług i okresów czasu, z różnych kultur,
- stworzenie usystematyzowanego schematu kodowania dla systemów informatycznych w dziedzinie zdrowia [13].

ZASTOSOWANIE ICF

Klasyfikacja ukierunkowana na zagadnienia zdrowia i stanów z nim związanych, docelowo ma być wykorzystywane na rynku ubezpieczeń, ubezpieczeń społecznych, polityki społecznej, szkolnictwa, ekonomii, statystyki i prawodawstwa.

UNIWERSALNOŚĆ ICF

Polega na opisanu aspektów ludzkiego zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem, dobrym samopoczuciem fizycznym i psychicznym, np.: dziedziny zdrowia (np.: widzenie, słyszenie, chodzenie, uczenie się i zapamiętywanie) i dziedziny związane ze zdrowiem (przemieszczanie się, kształcenie, wzajemne kontakty społeczne) [13]. Nie dotyczy to tylko osób niepełnosprawnych, powyższe aspekty dotyczą wszystkich ludzi.

ZAKRES ICF

Tworzy strukturę, która jest podzielona i uporządkowana w logiczny sposób, łatwo zrozumiały i dostępny dla każdego po krótkim wyjaśnieniu. Zakres treści w poszczególnych tematach może ewaluować, można zgłaszać propozycje dopisania czynników do Światowej Organizacji Zdrowia - WHO.

Informacje przedstawione są w dwóch częściach:

1. Funkcjonowanie i niepełnosprawność.
 - 1.1. Funkcje i struktury ciała (dotyczy ciała ludzkiego, upośledzenie funkcji, ograniczenie aktywności ze względu na niepełnosprawność).
 - 1.1.1. Funkcjonowanie (czynności) układów ciała.
 - 1.1.2. Struktura (budowa) ciała.
 - 1.2. Aktywność i uczestniczenie (obejmuje funkcjonowanie z perspektywy pojedynczej osoby jak i społeczeństwa).

ICF STANDARDS

In 2001, the 54th World Health Assembly adopted the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO member states declared the implementation of this methodology for assessing human functioning in conjunction with health problems.

THE PURPOSE OF THE ICF

A multi-classification system developed for use in many disciplines and different sectors. Its specific objectives can be summarized as follows:

- establishing a scientific basis for understanding and study of health and related states, outcomes and determinants,
- establishing a common language for the description of health and health-related states in order to facilitate communication between different users , such as health professionals, academics , policy makers and the public, including persons with disabilities,
- allowing the comparison of data from different countries, in many areas of health care, services and periods of time, as well as different cultures,
- the creation of a structured coding scheme for systems in the field of health [13].

THE USE OF THE ICF

The classification of health issues and associated conditions, for use in the insurance market, social security, social policy, education, economics, statistics and legislation.

THE UNIVERSAL APPLICABILITY OF THE ICF

The ICF can be applied to the description of aspects of human health and related conditions related, physical and mental well-being, for example areas of health, such as vision, hearing, walking, learning and memory) and in areas related to health (mobility, education, interpersonal contact) [13]. This is not restricted to persons with disabilities, but applies to everybody.

THE SCOPE OF ICF

This creates a structure that is divided and organized in a logical manner, easily understandable and accessible to anyone after a brief explanation. The contents of different topics can change; revisions can be submitted to the World Health Organization (WHO).

The information is presented in two parts:

1 Functioning and disability

1.1 Functions and structure of the body (for the human body, impairment, activity limitation due to disability)

1.1.1 Functioning (operations) of the body's systems

1.1.2 Structure (construction) of the body

1.2 Activity and participation (includes functioning from the perspective of a single person and the public).

2. Czynniki kontekstowe.

2.1. Czynniki środowiskowe (wywierają wpływ na każdy element funkcjonowania niepełnosprawności, listę zaczynają czynniki bezpośredniego otoczenia a kończą ze środowiska ogólnego).

2.2. Czynniki osobowe (nie zostały sklasyfikowane w ICF ze względu na związane z nimi duże zróżnicowanie społeczne i kulturowe) [13].

Zawsze należy pamiętać, że ICF nie jest klasyfikacją ludzi, natomiast jest klasyfikacją cech charakterystycznych stanu zdrowia człowieka, w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska [14]. Sytuacja ta może się zmieniać przy współpracy m.in. z fizjoterapeutami, psychologami, opieką społeczną.

WPROWADZENIE KLASYFIKACJI ICF W POLSCE

16 kwietnia 2010 roku została powołana przez Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia - Rada ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania i Zdrowia pod kierunkiem profesor Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej[13]. Do zadań Rady ICF należy opracowanie propozycji dotyczących wdrażania klasyfikacji ICF w Polsce.

30 stycznia 2012 r. Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz podpisał Dwuletnią Umowę o Współpracy (BCA, ang. Biennial Collaborative Agreement) na lata 2012–2013 pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Regionalnym Europejskim Biurem Światowej Organizacji Zdrowia. Jednym z celów jest wdrożenie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Za realizację tego zadania odpowiedzialne jest Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Obecnie szkolenie z klasyfikacji ICF prowadzi w Polsce Fundacja Aktywnej Rehabilitacji m. in. dzięki wsparciu środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Jednocześnie Stowarzyszenie EKON podjęło przygotowania do utworzenia opartego na metodologii ISC ośrodka oceny i rozwoju indywidualnego kapitału ludzkiego osób z niepełnosprawnością. Autorzy pomysłu wyszli z założenia, że niezbędną bazą skutecznego procesu kompleksowej rehabilitacji osoby z niepełnosprawnością jest precyzyjna, obiektywna i wszechstronna ocena stanu zdrowia i funkcjonalności osoby które na skutek wypadku lub choroby zawodowej utraciła zdolność do kontynuowania zatrudnienia na dotychczasowym stanowisku pracy. ICF jest bowiem metodą która pozwala na szczegółowy opis uszkodzeń funkcji ciała, koncentruje się także na analizie cech osobowości i kontekstu społecznego co ma istotne znaczenie dla sukcesu planowanej rehabilitacji.

Wzorując się na ośrodkach rehabilitacji działających w Szwajcarii i wykorzystujących metodę ICF nie tylko do oceny stanu zdrowia i funkcjonalności ale do kompleksowej rehabilitacji, EKON planuje traktować proces rehabilitacji jako efekt współdziałania specjalistów z różnych dziedzin, którzy na bazie oceny planują proces interwencji medycznej, psychologicznej i zawodowej. Oznacza to, że we wczesnym stadium utraty sprawności pacjentem zajmuje się zespół, w skład którego wchodzi lekarz prowadzący, psycholog, fizjoterapeuta oraz doradca zawodowy. W trakcie sesji roboczych ustalają oni program usprawnienia organizmu, poprawy dobrostanu psychologicznego oraz indywidualnego programu rozwoju zawodowego. Taka współpraca specjalistów daje znakomite wyniki, gdyż proces rehabilitacji psychologicznej wspomaga proces rehabilitacji medycznej a stworzenie perspektywy zdobycia nowego zawodu wspierane przez współpracujące z zespołem środowisko rodzinne (żona, brat, rodzice) czy społeczne (koledzy), jest istotnym czynnikiem wpływającym na przebieg procesu rehabilitacji.

Warto też podkreślić, że Stowarzyszenie EKON jako pierwsze w Polsce dokonało tłumaczenia opracowanego przez WHO podręcznika stosowania kwestionariusza oceny niepełnosprawności WHO Disability Assessment Schedule, zwanego potocznie WHODAS 2.0. Obecnie, wdrażanie kompleksowej oceny klasyfikacji ICF w Polsce jest na etapie tłumaczeń: dokumentacji, zaleceń, list do oceny. Do chwili obecnej, nie zatwierdzono żadnych przepisów prawnych. Wdrożeniem i informacją o klasyfikacji ICF miało się zająć Centrum Systemów Informatycznych w Warszawie.

2. Contextual Factors

2.1. Environmental factors (The impact of the disability on every aspect of functioning; the list of factors begin with the immediate environment and end with the general environment)

2.2 Personal factors (not classified in the ICF due to the associated large diversity of social and cultural factors) [13].

It must always be remembered that the ICF is not a classification of people, rather the classification of characteristics of human health in the context of their individual circumstances and influences of the surrounding environment [14]. This may change through cooperation with, amongst others, physiotherapists, psychologists, social welfare workers.

THE INTRODUCTION OF THE ICF CLASSIFICATION IN POLAND

On 16 April 2010 the Council for International Classification of Functioning and Health under the leadership of Professor Anna Wilmowska-Pietruszyńska was established by the Director of the Centre for Health Information Systems [13]. The Council for the ICF should develop proposals for the implementation of the ICF classification system in Poland.

On 30 January 2012 the Minister for Health, Bartosz Arlukowicz signed the two-year BCA (Biennia called Collaborative Agreement) for 2012-2013 between the Ministry of Health and the Regional Office for Europe of the World Health Organization. One of the objectives is the implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health, for which The Centre for Health Information Systems is responsible.

Currently, training in the ICF classification system in Poland is led by the Polish Foundation for Active Rehabilitation, with the support of the State Fund for Rehabilitation of Persons with Disabilities, amongst others. At the same time the EKON Association has undertaken to prepare for the establishment of a centre for the assessment and development of individual human capital of those with disabilities, based on the methodology of the ISC. The authors of this proposal are working on the assumption that the indispensable process of complex rehabilitation of persons with disabilities provides an accurate, objective and comprehensive assessment of their health and ability to function, in cases where they have lost the ability to continue to work at their current workplace, as a result of an accident or occupational health disorder. In fact, the ICF is the method that allows for a detailed description of the damage to the functions of the body, and focuses on the analysis of personality traits and social contexts, which play a vital role in the success of planned rehabilitation.

Along the lines of Swiss rehabilitation centers using the ICF method not only for assessing health and functioning, but also comprehensive rehabilitation, EKON plans to treat the rehabilitation process as a result of cooperation between specialists from various fields who plan medical, psychological and professional intervention on the basis of the evaluation process. This means that in the early stages of disability, a patient will be looked after by a team comprising the attending physician, psychologist, physical therapist and counselor. The team will establish a program to improve the physical and psychological well-being of the patient, as well as a personal development program. Such cooperation by specialists provides excellent results, as the process of psychological rehabilitation helps in medical rehabilitation and the creation of new vocational prospects, supported by members of the family (partner, siblings, parents) or social circles (friends and acquaintances). Therefore, it is an important factor in the process of rehabilitation.

It should be noted that the EKON Association was the first to develop a Polish translation of the guide to the WHO Disability Assessment Questionnaire Disability Assessment Schedule, commonly called WHODAS 2.0. Currently a comprehensive evaluation of the ICF classification system in Poland is being translated. This includes documentation, recommendations and lists for evaluation. To date, no legislation has been passed. Implementation and information about the ICF classification system was to be looked after by the Information Systems Centre in Warsaw.

W 2010 roku instytucji udało się przetłumaczyć książkę Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Zdrowia i Niepełnosprawności (ICF). Głównie z powodu niskiej świadomości na temat klasyfikacji ICF oraz braku zabezpieczenia finansowego, klasyfikacja nie jest stosowana w Polsce. Całość procedur wymaga stosownych działań władzy ustawodawczej.

PODSUMOWANIE

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Zdrowia i Niepełnosprawności (ICF) może mieć wielorakie zastosowanie zarówno w tworzeniu systemów informacyjnych w zarządzaniu opieką zdrowotną ale także powinna być wykorzystana dla potrzeb polityki społecznej, szczególnie w dziedzinie orzekania o niepełnosprawności, szeroko rozumianej edukacji i kierowaniu rynkiem pracy.

Zdaniem profesor Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej, zastosowanie 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.

Zdaniem autorów, należy podjąć działania informacyjne w środkach masowego przekazu, ponieważ całość problemu dotycząca ICF jest nieznana ogółowi społeczeństwa, a także części osób zajmujących się problematyką medyczną. Pozytywnym zjawiskiem jest rosnące zainteresowanie organizacji pozarządowych -realizujących proces rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej - wykorzystaniem metodologii ICF do analizy stanu zdrowia i funkcjonalności swoich podopiecznych i wynikające stąd próby praktycznego wdrożenia tej metodologii.

In 2010, the institution was able to translate the book of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Due mainly to limited awareness of the ICF and a lack of financial resources, the classification is not in use in Poland. The entire process requires appropriate action and engagement of the Polish legislature.

CONCLUSIONS

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) can have a many uses, including not only the creation of information systems in healthcare management, but also for the purposes of social policy, particularly in the field of disability, education, in the broad sense, and leadership of the labour market.

According to Professor Anne Wilmowska-Pietruszyńska, the use of the ICF is of great practical importance, primarily in dealing with the contradictions, inconsistencies and gaps in knowledge about health and disability.

According to the authors, information campaigns in the mass media are necessary, due to a complete lack of awareness about the ICF in the general public, as well as some of those involved in the medical issues. A positive development is the growing interest amongst non-governmental organizations in the implementation of medical, social and professional rehabilitation, using the ICF system to analyze the health and functioning of their charges and the results of attempts to implement it.

BIBLIOGRAPHY

1. Janiszewski R. ABC of settlements in 2009 with regard to diagnosis-related groups. Warsaw; Wydawnictwo Kwadryga; 2009.
2. Kozierekiewicz A. Diagnosis-related groups – a guide through the system. National Health Fund. Warsaw; 2009.
3. Mullin R. A Brief History of ICD-10-PCS
http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok3_004938.hcsp?dDocName=bok3_00493[cytowano 2013.01.04].
4. History of the development of the ICD
<http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>[cytowano 2013.01.04.]
5. Kozierekiewicz A. Diagnosis-related groups. Polish Cardiology. 2008; 66: 708 – 710.
6. Paszkiewicz J. Diagnosis-related groups – a guide through the system. Health Manager 2008; 4; 2 – 46.
7. Gilewski D. Diagnosis-related groups. System basics. National Health Fund – Head Office, Department of Health Care Services, Warsaw; 2010.
8. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2: 81-84
9. Little JP. Consistency of ASA grading. Anaesthesia. 1995; 50: 658-9.
10. Dixon J. Consistency of the ASA classification. Anaesthesia. 1995; 50: 826.
11. Nazimek R. Procalcitonin as an early non-invasive marker of pulmonary complications in patients with severe and multiple physical injuries. Doctorate thesis CM UJ, Cracow 2008.
12. Golinowska S. Organisation and functioning of medical reports for the needs of social security, employment support and social integration and persons with disabilities. In: Wilmowska A, ed. by Institutional, health-related and social disability determinants. 1st edition Warsaw Institute of Labour and Social Affairs; 2012.
13. ICF International Classification of Functioning, Disability and Health. Warsaw; CSIOZ. Warsaw; 2009.
14. Wilmowska-Pietruszyńska A, Bilski D. International Classification of Functioning, Disability and Health. Disability – issues, problems, solutions. 2013;13(7):5-19.

mgr Małgorzata Machaj

Dział Organizacji i Zasobów Ludzkich
Centralny Szpital Kliniczny MSW
ul. Wołoska 137
02-507 Warszawa
e-mail: mmachaj1@wp.pl

dr med. Jacek Lorkowski

Klinika Ortopedii i Traumatologii
Narządu Ruchu
Centralny Szpital Kliniczny MSW
ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
e-mail: jacek.lorkowski@gmail.com

dr med. Małgorzata Starczyńska

Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego,
Al. IX Wieków Kielc 19, 25-317 Kielce
e-mail: starm@ujk.edu.pl

dr hab. med. Agnieszka Pedrycz

Katedra i Zakład Histologii i Embriologii
z Pracownią Cytologii Doświadczalnej Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie.
ul. Radziwiłłowska 11 20-080, Lublin
e-mail: apw4@wp.pl

dr hab. med. prof. UJK Ireneusz Kotela

Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
Centralny Szpital Kliniczny MSW
ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego,
Al. IX Wieków Kielc 19, 25-317 Kielce
e-mail: ikotela@op.pl