

Ocena funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami – aktualne perspektywy i wyzwania

Krzysztof Mirosław Czechowski^{A,B,C,D,E,F}

ORCID: 0000-0003-0673-0189

Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego;
Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski

A – koncepcja i projekt badań, B – gromadzenie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – pisanie artykułu, E – krytyczna korekta artykułu, F – ostateczne zatwierdzenie artykułu

DOI: 10.26399/rmp.v31.4.2025/k.m.czechowski



STRESZCZENIE

Ocena funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami – aktualne perspektywy i wyzwania

Czechowski K.M.

Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego; Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski

Współczesne podejście do oceny funkcjonalnej osób z niepełnosprawnościami odchodzi od tradycyjnego modelu medycznego na rzecz holistycznej perspektywy, opartej na Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). W artykule dokonano analizy ewolucji modeli niepełnosprawności, przechodząc od podejścia medycznego, przez społeczne, aż do aktualnego modelu biopsychospołecznego, na którym oparty jest ICF. Klasyfikacja ta zastąpiła wcześniejszą ICI DH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps), która koncentrowała się na negatywnych aspektach zdrowia i była modelem liniowym (kaskadowym) i przyczynowo-skutkowym. Nowe podejście ICF zakłada, że niepełnosprawność jest wynikiem interakcji między stanem zdrowia danej osoby a czynnikami środowiskowymi i osobowymi. Klasyfikacja ta nie ocenia ludzi, lecz jedynie opisuje ich stan funkcjonowania w różnych sferach życia. W artykule omówiono powiązanie z ICF, niezależne od diagnozy narzędzia oceny, takie jak WHODAS 2.0. Przedstawiono również zastosowanie oceny funkcjonalnej w różnych kontekstach oraz omówiono rolę nowoczesnych technologii, takich jak sensory noszone i sztuczna inteligencja.

Słowa kluczowe: ocena funkcjonalna, ICF, WHODAS, niepełnosprawność, rehabilitacja, system wsparcia, inkluzja, technologie.

ABSTRACT

Assessing the Functioning of People with Disabilities – Current Perspectives and Challenges

Czechowski K.M.

Faculty of Medicine, Lazarski University; Faculty of Health Sciences and Psychology, Medical College, University of Rzeszów

The contemporary approach to functional assessment of persons with disabilities abandons the traditional medical model in favour of a holistic perspective based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The article analyses the evolution of disability models, moving from a medical approach, through social approaches, to the current bio-psycho-social model, which is reflected in the ICF. This classification replaced the earlier ICI DH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps), which focused on health impairments. The new ICF approach assumes that disability is the result of interactions between a person's health condition and environmental and personal factors. This classification does not evaluate people, but only describes their functioning in various spheres of life. The article discusses ICF-related, diagnosis-independent assessment tools such as WHODAS 2.0. It also presents the use of functional assessment in various contexts and discusses the role of modern technologies such as wearable sensors and artificial intelligence.

Keywords: functional assessment, ICF, WHODAS, disability, rehabilitation, support system, inclusion, technology.

Nowe podejście do niepełnosprawności: zmiana sposobu myślenia

Ocena funkcjonalna to interdyscyplinarna analiza, której celem jest określenie profilu funkcjonowania jednostki oraz potencjału do uczestnictwa w życiu

społecznym poprzez badanie wzajemnych relacji między funkcjami i strukturami ciała a aktywnościami i partycypacją w środowisku kontekstowym. W przeciwieństwie do tradycyjnej diagnozy medycznej, która koncentruje się na chorobie, ocena funkcjonalna ma na celu identyfikację zarówno mocnych, jak i słabych

stron osoby. Celem jest, nie tylko stwierdzenie dysfunkcji i zdiagnozowanie choroby, ale przede wszystkim określenie jej przyczyny oraz zaplanowanie programu działań w zakresie rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej. Ostatecznie, proces ten ma stanowić podstawę do tworzenia indywidualnych planów wsparcia. Stanowi o tym również Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) o prawach osób niepełnosprawnych, która rewolucjonizuje sposób postrzegania niepełnosprawności, odchodząc od tradycyjnego modelu medycznego na rzecz modelu społecznego (lub interakcyjnego), podkreśla, że niepełnosprawność wynika z interakcji między osobami z długotrwałymi dysfunkcjami (fizycznymi, umysłowymi, intelektualnymi lub sensorycznymi) a barierami środowiskowymi i barierami wynikającymi z postaw ludzkich.

Ta zmiana w sposobie postrzegania niepełnosprawności odzwierciedla fundamentalną ewolucję. Początkowo dominował model medyczny, który traktował niepełnosprawność jako wadę wrodzoną lub nabytą (na skutek choroby lub urazu), którą należy leczyć lub korygować, aby osoba mogła „normalnie” funkcjonować w społeczeństwie. Ten model spotkał się jednak z dużą krytyką przez to, że pomijał psychologiczne i społeczne aspekty niepełnosprawności, co często prowadziło do stygmatyzacji i wykluczenia. W odpowiedzi na te zarzuty pojawił się model społeczny, który radykalnie zmienił perspektywę, głoszący, że to społeczne uprzedzenia i bariery są główną przyczyną niepełnosprawności. Chociaż model ten przyczynił się do promowania inkluzji i równych praw, był jednocześnie krytykowany za to, że ignorował znaczenie fizycznych (zdiagnozowanych medycznie) ograniczeń organizmu, które przecież u podstaw determinują życie osób z niepełnosprawnościami.

Obecnie, w większości krajów świata przyjęto model biopsychospołeczny. Jego najpełniejszym wyrazem jest Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) [6]. ICF łączy elementy obu poprzednich modeli, traktując funkcjonowanie i niepełnosprawność jako dynamiczną interakcję między stanem zdrowia, czynnikami środowiskowymi i cechami osobistymi. Zamiast koncentrować się na dysfunkcji jednostki, model ten przechodzi od pytania „co jest nie tak z osobą?” do pytania „jak osoba funkcjonuje w swoim środowisku?”. Ta fundamentalna zmiana paradygmatu, wykraczająca poza samą terminologię, stanowi rewolucję w podejściu do diagnozy, rehabilitacji, orzecznictwa, edukacji, redefiniując ich ramy systemowe. Rozpoznanie choroby oraz informacje na temat funkcjonowania są niezbędne do pełnego zrozumienia potrzeb danej osoby

w zakresie opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz życia prywatnego. ICF zapewnia podstawę do pełnego opisu indywidualnego profilu funkcjonowania danej osoby, który z kolei pozwala lepiej zrozumieć konkretne potrzeby tej osoby [5].

ICF jako uniwersalne narzędzie do oceny funkcjonowania

ICF to „uniwersalny system”, który został przyjęty w 2001 r. przez 191 krajów. Jego głównym celem jest zapewnienie wspólnego, standaryzowanego języka, który pozwoli na opisywanie zdrowia i związanych z nim stanów, co ułatwia komunikację między różnymi specjalistami [9].

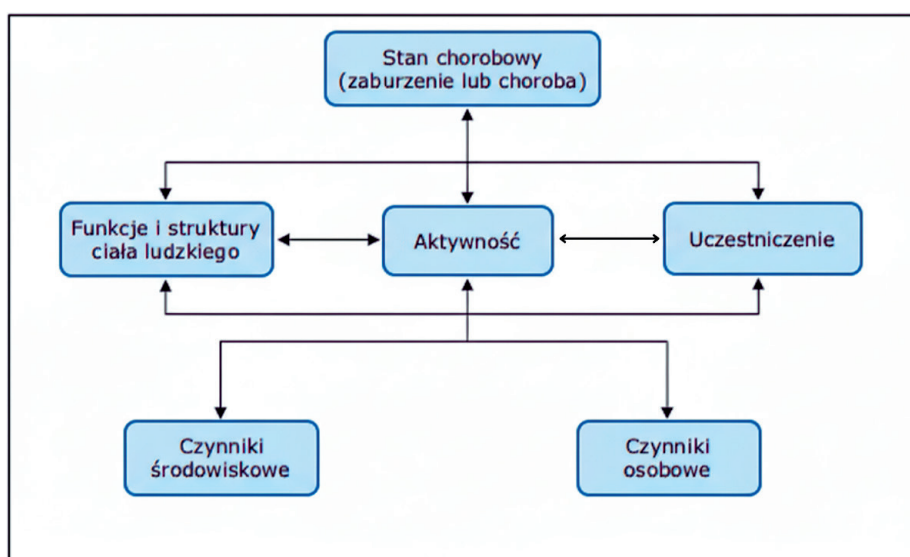


Rysunek 1. Schemat ilustrujący Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) jako wspólny język

Źródło: WHO ICF e-learning.

Klasyfikacja ICF składa się z czterech głównych, wzajemnie powiązanych elementów [6,8]:

- **Funkcje i Struktury Ciała** (oznaczane literami b i s) – odnoszą się do fizjologicznych funkcji układów ciała oraz ich anatomicznych części, takich jak np. narządy czy kończyny.
- **Aktywność i Uczestniczenie** (litera d) – ten element dotyczy wykonywania zadań przez jednostkę (aktywność) oraz jej zaangażowania w różne sytuacje życiowe (uczestniczenie). ICF wprowadza tu ważne rozróżnienie między „zdolnością” (*capacity*), czyli tym, co osoba może zrobić w standardowym środowisku, a „wykonaniem” (*performance*), czyli tym, co faktycznie robi w swoim codziennym środowisku.



Rysunek 2. Zależności między składnikami ICF

Źródło: ICF WHO 2001.

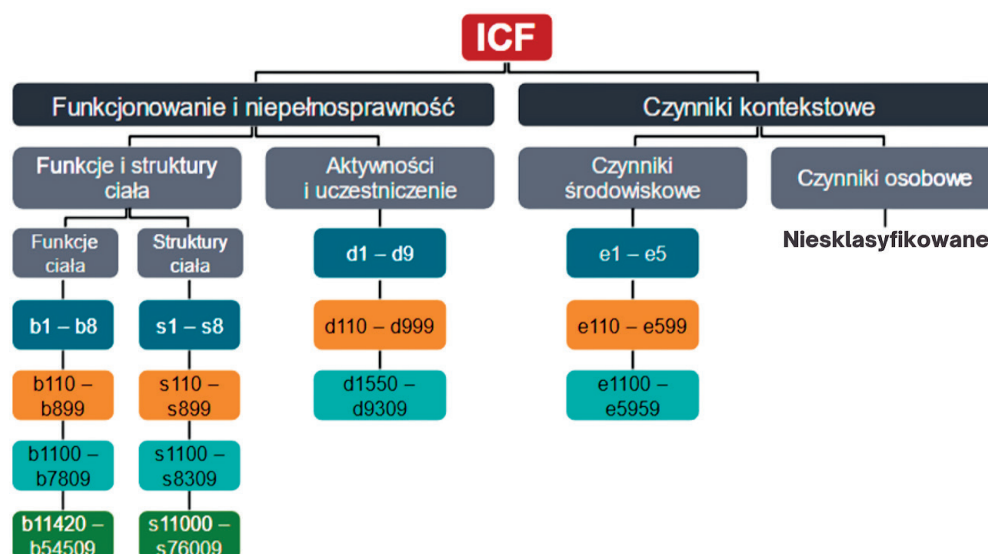
- Czynniki Kontekstowe – dzielą się na czynniki środowiskowe (litera e), obejmujące fizyczne i społeczne otoczenie (np. dostępność budynków, postawy społeczne), oraz czynniki osobowe, które stanowią unikalny kontekst życia jednostki (np. wiek, płeć, wyznanie). Mogą one działać jako bariery lub jako ułatwienia [10].

Aby przejść od ogólnego modelu do praktycznej oceny, ICF posługuje się kwalifikatorami i Core Sets (zestawami podstawowymi/rdzeniowymi). Kwalifikatory to numeryczna skala, która pozwala na ilościowe określenie stopnia problemu w danej dziedzinie funkcjonowania. W przypadku upośledzeń i ograniczeń stosuje się skalę od 0 do 4, gdzie 0 oznacza brak problemu, a 4 – skrajnie duży problem. Kwalifikatory można również stosować do oceny czynników środo-

wiskowych, w tym wypadku w skali od +4 (całkowite ułatwienie) do -4 (całkowita bariera).

Z kolei ICF Core Sets rozwiązują problem praktycznego stosowania klasyfikacji. Pełna wersja ICF zawiera ponad 1400 kategorii, co jest niepraktyczne w codziennym stosowaniu. Zestawy Rdzeniowe, stworzone przez ekspertów, ograniczają liczbę kategorii do tych, które są najważniejsze dla konkretnych schorzeń (np. urazy rdzenia kręgosłupa, schorzenia neurologiczne) lub kontekstów, co pozwala na bardziej systematyczny i kompleksowy opis funkcjonowania. Wprowadzenie Core Sets pokazuje, że globalne standardy muszą być dostosowane do lokalnych, praktycznych potrzeb, aby mogły być skuteczne [12,13,14,15].

ICF w praktyce klinicznej jest postrzegana jako wspólna platforma dla medycyny, edukacji i pracy



Rysunek 3. Struktura ICF

Źródło: WHO ICF e-learning.

Tabela 1. Struktura i znaczenie poszczególnych elementów ICF

Komponent	Definicja	Kwalifikatory	Znaczenie w ocenie funkcjonalnej
Funkcje Ciała (b)	Fizjologiczne funkcje układów ciała, w tym funkcje psychiczne	Skala problemu: 0–4 (brak–skrajny)	Ocena upośledzeń na poziomie ciała, np. osłabienie siły mięśniowej
Struktury Ciała (s)	Anatomiczne części ciała, jak narządy czy kończyny	Skala problemu: 0–4 (brak–skrajny)	Ocena problemów anatomicznych, np. brak kończyny
Aktywność i Uczestniczenie (d)	Wykonywanie zadań i zaangażowanie w sytuacje życiowe	Skala problemu: 0–4 (brak–skrajny)	Ocena, jak upośledzenia wpływają na codzienne życie, np. trudności w poruszaniu się po schodach, brak kontaktów z innymi ludźmi
Czynniki Środowiskowe (e)	Fizyczne i społeczne otoczenie	Skala ułatwień (od +1 do +4) lub barier (od -1 do -4)	Ocena wpływu środowiska na funkcjonowanie, np. dostępność ramp dla wózków, postawy społeczne
Czynniki Osobowe	Cechy indywidualne, takie jak wiek, płeć czy wyznanie	Brak kwalifikatora	Choć nie są sklasyfikowane i nie mają własnego prefiksu kodowego w ICF (jak b dla funkcji ciała czy e dla czynników środowiskowych), są niezbędne do pełnego, kompleksowego i spersonalizowanego opisu funkcjonowania. Pełny profil ICF wymaga ich opisowego uwzględnienia

socjalnej, umożliwiającą tworzenie spójnych opisów funkcjonowania. Dzięki niej specjaliści mogą mówić jednym językiem o problemach i potrzebach pacjenta, a także planować i monitorować skuteczność interwencji. Model oceny ICF, z uwzględnieniem czynników środowiskowych i osobowych, pozwala na stworzenie bardziej zindywidualizowanego programu rehabilitacji i aktywizacji.

Narzędzia do oceny klinicznej i rehabilitacyjnej

Na całym świecie w praktyce klinicznej i badawczej stosuje się wiele standaryzowanych narzędzi do oceny funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami. Starsze skale, takie jak FIM (The Functional Independence Measure), Indeks Barthel czy Indeks Katza [17], skupiały się głównie na ocenie samodzielności w podstawowych czynnościach dnia codziennego (*activities of daily living*, ADL) [16,17,18]. Skala FIM

ocenia 18 czynności, od samoobsługi po funkcjonowanie społeczne, w skali od 1 (całkowita zależność) do 7 (pełna niezależność) [16]. Indeks Barthel z kolei ocenia 10 podstawowych czynności, a jego wynik końcowy wyrażany jest w skali 0–100 punktów [17]. Indeks Katza to prostsze narzędzie, obejmujące 6 czynności i pozwalające na szybkie określenie ogólnego poziomu niezależności pacjenta w skali 0–6 punktów.

Chociaż te tradycyjne skale są nadal powszechnie używane i charakteryzują się wysoką rzetelnością, badania pokazały ich niedoskonałości. Na przykład, wyniki FIM mogą się różnić w zależności od diagnozy (np. u pacjentów po udarze w porównaniu z innymi grupami), co utrudnia obiektywne porównywanie różnych osób.

Nowoczesnym i uznawanym za globalny standard narzędziem jest WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule), opracowany przez WHO [22,23,24]. Jest on oparty bezpośrednio na koncepcjach ICF i co najważniejsze, jest niezależny

Tabela 2. Tabela porównawcza narzędzi oceny klinicznej i rehabilitacji

Narzędzie	Główne domeny oceny	Skala oceny	Maksymalny wynik	Krytyka / ograniczenia
FIM	Samoobsługa, kontrola zwieraczy, mobilność, lokomocja, komunikacja, poznanie społeczne	7-punktowa, od 1 (całkowita zależność) do 7 pkt (niezależność)	126 pkt	Wyniki mogą zależeć od diagnozy, co utrudnia porównywanie różnych grup
Indeks Barthel	Odżywianie, kąpiel, higiena osobista, ubieranie, kontrola jelit i pęcherza, toaleta, przemieszczanie, poruszanie się, schody	0–10 lub 0–15 pkt na czynność	100 pkt	Skupia się wyłącznie na podstawowych czynnościach fizycznych dnia codziennego
Indeks Katza	Kąpiel, ubieranie, toaleta, przemieszczanie, kontrola zwieraczy, jedzenie	1 pkt (niezależność), 0 pkt (zależność)	6 pkt	Bardzo uproszczona, daje jedynie ogólny obraz niezależności
WHODAS 2.0	Poznanie, mobilność, samoobsługa, relacje międzyludzkie, aktywności życiowe, uczestnictwo w społeczeństwie	5-punktowa, od 0 (brak trudności) do 4 pkt (skrajne trudności)	100 pkt	Wdrożenie w skali systemowej może napotykać bariery organizacyjne i proceduralne

od diagnozy medycznej, co stanowi jego istotną zaletę. WHODAS 2.0 ocenia funkcjonowanie w sześciu szerokich obszarach: poznanie (rozumienie i komunikacja), mobilność (poruszanie się), samoobsługa, kontakty międzyludzkie, aktywności życiowe (praca, szkoła, obowiązki domowe) oraz uczestnictwo w życiu społecznym. W przeciwieństwie do skal takich jak FIM, które mierzą stopień wymaganej pomocy, WHODAS 2.0 mierzy stopień trudności, jakiego osoba doświadcza w danych obszarach, w skali od 0 (brak trudności) do 4 (bardzo duże trudności). Badania potwierdzają wysoką wiarygodność i trafność tego narzędzia w różnych kulturach. Z tego względu WHODAS 2.0 stanowi ważny krok w kierunku pełniejszej, bardziej całościowej oceny funkcjonowania, uwzględniającej wymiar poznawczy i społeczny, a nie tylko fizyczny.

Ocena funkcjonalna na przykładzie edukacji i aktywizacji zawodowej

Współczesne badania pokazują, że ocena funkcjonalna musi być dopasowana do konkretnego kontekstu, w którym osoba funkcjonuje. Nie ma jednego uniwersalnego testu, który byłby odpowiedni do wszystkich potrzeb.

W edukacji włączającej w Polsce planowane jest wprowadzenie oceny funkcjonalnej jako metody wspierającej proces nauczania, a nie jako formy klasyfikacji ucznia [1]. Jest to bezpośrednie przeniesienie założeń modelu ICF do systemu edukacji. Zgodnie z tym podejściem, ocena ma charakter wieloetapowego i wielospecjalistycznego procesu [2]. Zaczyna się od oceny w najbliższym środowisku ucznia (dom, szkoła), a dopiero jeśli nie ma postępów, pogłębia się ją w placówkach takich jak poradnie psychologiczno-pedagogiczne. W tym procesie bierze się pod uwagę nie tylko trudności, ale przede wszystkim mocne strony ucznia oraz warunki środowiskowe, które sprzyjają jego rozwojowi. W praktyce edukacyjnej stosuje się wyspecjalizowane narzędzia, takie jak:

- Profil Psychoedukacyjny PEP-R/PEP-3-PL, który służy do oceny umiejętności i planowania terapii dla dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwojowymi [28,29]. Innym narzędziem jest
- Program VB-MAPP (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program), oparty na zasadach Stosowanej Analizy Zachowania (ABA), używany do oceny kamieni milowych rozwoju, identyfikacji barier i tworzenia spersonalizowanych planów terapii [30].

W ocenie zdolności do pracy klasyfikacja ICF jest używana do projektowania programów aktywizacji zawodowej i rehabilitacji. Model ten pozwala na precyzyjne określenie, jak dysfunkcje fizyczne i psychospołeczne wpływają na zdolność do wykonywania pracy,

a także jak środowisko pracy może być dostosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnościami [3,46]. W tym kontekście stosuje się również specjalistyczne narzędzia ergonomiczne do oceny zdolności do wykonywania konkretnych czynności, takie jak systemy ERGOS czy Metriks Education.

Wyzwania pojawiają się również przy ocenie takich zaburzeń jak niepełnosprawność intelektualna i sensoryczna. Badania pokazują, że sama diagnoza medyczna jest niewystarczająca do określenia rzeczywistych potrzeb osoby. W przypadku osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, choć uszkodzenie jest biologicznie uwarunkowane, to ocena funkcjonalna, obejmująca aspekty samoobsługi, komunikacji czy integracji sensorycznej jest kluczowa dla zaplanowania odpowiedniego wsparcia. Podobnie w przypadku niepełnosprawności sensorycznej (np. wzroku czy słuchu), chociaż stanowi uszkodzenie biologiczne, to jej skutki funkcjonalne są w dużej mierze determinowane przez interakcję z barierami środowiskowymi i społecznymi. Ocenianie funkcjonowania w tych kontekstach jest więc bardziej złożone niż tradycyjne, dwubiegunowe „zdolny/niezdolny” i obejmuje całe spektrum możliwości.

Rola technologii w ocenie funkcjonalnej – nowe możliwości

Wprowadzenie nowoczesnych technologii otwiera nowe perspektywy w ocenie funkcjonowania. Tradycyjne metody, oparte na kwestionariuszach, dostarczają jedynie jednorazowej „migawki” z danego momentu. Natomiast technologie, takie jak sensory noszone, pozwalają na ciągłe i obiektywne zbieranie danych w naturalnym środowisku osoby, co jest kluczowe dla pełnej oceny rzeczywistego funkcjonowania (*performance*), a nie tylko potencjału (*capacity*).

Sensory noszone i analiza danych to jeden z najszybciej rozwijających się obszarów. Przykładem jest sensor Freestyle Libre 2, który umożliwia ciągłe monitorowanie poziomu glikemii, eliminując konieczność częstego klucia palca. Podobnie, wskaźniki takie jak PAI, mierzone przez opaski sportowe, dostarczają informacji o ogólnym stanie zdrowia i aktywności fizycznej na podstawie danych z sensorów [31]. W obszarze rehabilitacji, badania koncentrują się na analizie chodu za pomocą sensorów umieszczanych na nogach (np. jednostki pomiaru bezwładności IMU, czujniki hydrożelowe). Urządzenia te dostarczają precyzyjnych danych na temat długości i częstotliwości kroku, prędkości czy siły reakcji podłoża [34]. Te dane mają ogromny potencjał w diagnozowaniu problemów z chodem, monitorowaniu leczenia i projektowaniu spersonalizowanych terapii.

Sztuczna Inteligencja (AI) odgrywa coraz większą rolę, szczególnie w personalizacji terapii i analizie zło-

zonych danych [35]. Algorytmy AI mogą dostosowywać plany rehabilitacji do zmieniających się potrzeb pacjentów, a także umożliwiają dostęp do wsparcia w lokalizacjach, gdzie pacjenci są wykluczeni komunikacyjnie (np. obszary wiejskie). W obszarze oceny behawioralnej i kompetencji, narzędzia AI do analizy wywiadów wideo (jak Pymetrics czy HireVue) oceniają cechy poznawcze i emocjonalne, co wskazuje na potencjalne zastosowanie tych technologii w ocenie funkcjonalnej w szerszym zakresie.

Robotyka i biofeedback to kolejny filar rewolucji technologicznej. Roboty, takie jak Lokomat czy Andago, są wykorzystywane do nauki chodu, zbierając precyzyjne dane na temat postępów pacjenta, co jest niemożliwe w przypadku tradycyjnej terapii [36]. Z kolei systemy biofeedbacku (wzrokowego lub słuchowego) znacznie zwiększają zaangażowanie i motywację pacjenta, co przekłada się na szybsze i bardziej widoczne efekty terapeutyczne. Wdrożenie tych technologii wiąże się jednak z poważnymi wyzwaniami etycznymi, zwłaszcza w odniesieniu do Aktu o AI, który zwraca uwagę na potrzebę regulacji systemów, które mogą wykorzystywać słabości osób z niepełnosprawnościami i prowadzić do dyskryminacji [37].

Trudności i wyzwania systemowe

Wdrożenie nowoczesnych metod oceny funkcjonalnej, choć brzmi obiecująco, rzeczywistość napotyka liczne problemy. Jednym z podstawowych jest adaptacja i walidacja kulturowa narzędzi. Przeniesienie narzędzia, nawet tak uniwersalnego jak WHODAS 2.0, do innego kraju wymaga czegoś więcej niż tylko przetłumaczenia. Konieczna jest walidacja psychometryczna, aby upewnić się, że narzędzie mierzy to samo zjawisko w odmiennym kontekście kulturowym, co jest procesem długotrwałym i złożonym [38,39,40].

Sytuacja w Polsce w kwestii wprowadzenia nowego świadczenia wspierającego, opartego na ocenie poziomu potrzeby wsparcia zgodnej z założeniami ICF, jest dobrym przykładem problemów z implementacją [41]. Mimo że koncepcja opiera się na nowoczesnym, całościowym podejściu, jej realizacja napotyka poważne bariery. W relacjach osób ocenianych i organizacji pozarządowych pojawiają się liczne skargi na dramatyczne opóźnienia w procesie, sięgające 6–15 miesięcy, a czasami nawet prowadzące do śmierci wnioskodawców przed wydaniem decyzji [42,43,44].

Główną przyczyną tych problemów jest niewydolność kadrowa zespołów orzekających, które nie są w stanie sprostać ogromnej liczbie wniosków. Dodatkowo, skomplikowane i niejasne przepisy prowadzą do licznych błędów formalnych popełnianych przez wnioskodawców, co z kolei powoduje odrzucenie wniosków i wydłuża cały proces. To dowodzi, że na-

wet najlepiej zaprojektowane teoretycznie systemy oceny funkcjonalnej mogą zawieść rzeczywistość, jeśli nie są wsparte odpowiednią infrastrukturą, jasnymi procedurami i wystarczającymi zasobami ludzkimi.

Podsumowanie i rekomendacje

Przegląd globalnych badań nad oceną funkcjonalną osób z niepełnosprawnościami wskazuje na wyraźny trend, tj. odchodzenie od diagnozy klinicznej na rzecz holistycznej, wielowymiarowej oceny funkcjonowania. Klasyfikacja ICF stanowi uniwersalny paradygmat tej zmiany, a jej zastosowanie jest łatwiejsze dzięki praktycznym narzędziom, takim jak WHODAS 2.0 czy specyficzne dla danej dziedziny Core Sets. Jednocześnie rozwój technologii, w tym sensorów noszonych i sztucznej inteligencji, umożliwia przeniesienie oceny z warunków laboratoryjnych do naturalnego środowiska, dostarczając obiektywnych i stałych danych na temat faktycznego funkcjonowania.

Jednakże, jak pokazuje przykład polskiego systemu, największe wyzwania nie dotyczą teorii, lecz praktycznego wdrożenia. Bez odpowiedniego przygotowania infrastruktury, uproszczenia procedur administracyjnych i inwestycji w kadry nawet najbardziej innowacyjny model nie przełoży się na realną poprawę jakości życia.

Wnioski

- Należy stosować wyłącznie narzędzia o udokumentowanej wiarygodności i trafności, a w przypadku adaptacji narzędzi z innych kultur, przeprowadzać pełną walidację psychometryczną.
- W badaniach z użyciem technologii noszonych należy dążyć do standaryzacji metodologii pomiarowej, aby zwiększyć wiarygodność i porównywalność wyników.
- Konieczne jest zacieśnienie współpracy między specjalistami z różnych dziedzin (medycyna, rehabilitacja, edukacja, praca socjalna) w oparciu o wspólny język ICF, aby stworzyć spójny system wsparcia.
- Pilne jest uproszczenie i usprawnienie procedur administracyjnych w systemach orzecznich, aby wyeliminować dramatyczne opóźnienia i zminimalizować ryzyko błędów formalnych.
- Należy zwiększyć inwestycje w kadry orzecznice oraz w cyfryzację i automatyzację procesów, aby sprostać rosnącej liczbie wniosków i zapewnić terminowe rozpatrywanie spraw.
- Należy tworzyć polityki społeczne, które koncentrują się na eliminacji barier środowiskowych i społecznych, a nie wyłącznie na ocenie trudności, aby promować pełne uczestnictwo osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym.

Tabela 3. Rekomendacja narzędzi w odniesieniu do celu oceny

Kontekst	Rekomendowane narzędzia/podejścia	Cel oceny w danym kontekście
Rehabilitacja fizyczna	FIM, Indeks Barthel, Robotyka (Lokomat), Biofeedback	Monitorowanie postępów w zakresie czynności dnia codziennego i lokomocji
Planowanie opieki	WHODAS 2.0, Indeks Katza	Określenie stopnia potrzeby wsparcia i planowanie opieki spersonalizowanej
Edukacja włączająca	PEP-R/PEP-3-PL, VB-MAPP, CAFAS	Identyfikacja potrzeb edukacyjnych i behawioralnych, tworzenie indywidualnych programów edukacyjnych (IPET)
Aktywizacja zawodowa	ICF, Ergonomiczne systemy oceny (ERGOS)	Ocena zdolności do wykonywania konkretnych czynności pracy i projektowanie dostosowań stanowiska

Piśmiennictwo

- Knopik M.: Diagnoza funkcjonalna odnośnie do edukacji włączającej. – w Knopik M., Domagała-Zyśk A. (red.): Edukacja włączająca. Wydawnictwo KUL, Lublin, 2021.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej: Nowe podejście do kształcenia specjalnego w Polsce. MEN, Warszawa, 2025.
- Wojewódzki Urząd Pracy w Opolu: Wykorzystanie klasyfikacji ICF w programach aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych. WUP, Opole, 2018.
- World Health Organization, World Bank: World report on disability. WHO Press, Genewa, 2011.
- Kaplan D.B.: The social model of disability. – w Mizrahi T., Davis L.E. (red.): Encyclopedia of Social Work. 20th ed. Oxford University Press, 2009.
- World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO Press, Genewa, 2001.
- Hemmingsson H., Jonsson H.: The World Health Organization's ICF: a framework for an occupational therapy-based analysis of the social model of disability. Am J Occup Ther, 2005; 59(1): 86-95.
- Adolfsson M., Granlund M., Björck-Åkesson E. et al.: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the ICF-CY. Paediatr Child Health, 2009; 14(10): 653-657.
- World Health Organization: Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. WHO, Genewa, 2002.
- World Health Organization: ICF and the environmental factors. WHO, Genewa, 2016.
- Stucki G., Cieza A., Ewert T. et al.: The use of the ICF in clinical practice. Clin Rehabil, 2002; 16(3): 239-254.
- Cieza A., Ewert T., Üstün T.B. et al.: Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. J Rehabil Med, 2004; 36(Suppl 44): 9-11.
- Cieza A., Kirchberger I., Biering-Sørensen F. et al.: ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the early post-acute context. Spinal Cord, 2010; 48(4): 297-304.
- Gotsch K., Cieza A., Stucki G.: The ICF Core Sets for stroke. J Rehabil Med, 2004; 36(Suppl 44): 135-140.
- Stucki G., Cieza A., Geyh S. et al.: ICF Core Sets for rheumatoid arthritis. J Rehabil Med, 2004; 36(Suppl 44): 87-93.
- Turner-Stokes L., Turner-Stokes T.: The Functional Independence Measure (FIM) and the FIM+FAM. Br J Occup Ther, 1998; 61(3): 116-118.
- Collin C., Wade D.T., Davies S. et al.: The Barthel ADL Index: a reliability study. Int Disabil Stud, 1988; 10(2): 61-63.
- Shelkey M., Wallace M.: Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. J Gerontol Nurs, 1999.
- Dodds T.A., Martin D.P., Stolov W.C. et al.: A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. Arch Phys Med Rehabil, 1993; 74(5): 531-536.
- Ottenbacher K.J., Hsu Y., Granger C.V. et al.: The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. Arch Phys Med Rehabil, 1996; 77(12): 1226-1232.
- Shah S., Vanclay F., Cooper B.: Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol, 1989; 42(8): 703-709.
- World Health Organization: WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). WHO Press, Genewa, 2010.
- Üstün T.B., Kostanjsek N., Chatterji S. et al.: Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. WHO, Genewa, 2010.
- Üstün T.B., Chatterji S., Kostanjsek N. et al.: Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ, 2010; 88: 815-823.
- Gold L.H.: The use of the WHODAS 2.0 in psychiatric rehabilitation. Psychiatr Serv, 2014.
- Garin O., Ayuso-Mateos J.L., Almansa J. et al.: Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. Health Qual Life Outcomes, 2010; 8: 51.
- Kubicka L., Barłóg K.: Ocena funkcjonalna: model teoretyczny a rzeczywistość orzecznicza. Instytut Badań nad Niepełnosprawnością, Warszawa, 2024.
- Schopler E., Lansing M.D., Reichler R.J. et al.: PEP-3: Profil Psychoedukacyjny. Wydanie polskie. GWP, Gdańsk, 2014.
- Fulton E., Eapen V., Črnčec R., et al.: The use of the PEP-3 for assessing functional skills in children with autism. J Autism Dev Disord, 2019.
- Sundberg M.L.: VB-MAPP: Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program. AVB Press, New York, 2008.
- Abbott Laboratories: FreeStyle Libre 2 User's Manual. Abbott Diabetes Care, 2023.
- Pai S., Alathur S.: Mobile health applications for physical activity: A systematic review. J Med Internet Res, 2020.
- Celis-Morales C.A., Perez-Bravo F., Ibañez L. et al.: Objective measurement of physical activity using wearable devices. Gait Posture, 2021.
- Prasanth L., Kaburlasos V.G., Vrochidou E. et al.: A systematic review of IMU-based gait analysis. Sensors, 2022; 22(12): 4434.
- Tack G.R.: The role of artificial intelligence in physical rehabilitation. J Healthc Eng, 2021.
- Mehrholz J., Thomas S., Werner C. et al.: Electromechanical-assisted training for walking after stroke. Cochrane Database Syst Rev, 2017.
- Parlament Europejski i Rada (UE): Rozporządzenie w sprawie sztucznej inteligencji (Akt w sprawie sztucznej inteligencji). Dz. Urz. UE, 2024.
- Federici S., Meloni F., Manson H. et al.: Cross-cultural adaptation of the WHODAS 2.0. Int J Rehabil Res, 2017.
- Regnault A., Herdman M.: Cultural adaptation of health measurement scales. Routledge, New York, 2016.
- Søberg H.L., Bautz-Holter E., Røe C.: Psychometric properties of the WHODAS 2.0 in different cultural contexts. J Clin Epidemiol, 2019.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej: Ustawa z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz.U. 2023 poz. 1429). Kancelaria Sejmu, Warszawa, 2023.
- Klimek B.: Świadczenie wspierające: opóźnienia, biurokracja i dramat osób z niepełnosprawnościami. Dziennik Gazeta Prawna, 2024.
- Rzecznik Praw Obywatelskich: Wystąpienie do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie problemów wdrożenia świadczenia wspierającego. Biuro RPO, Warszawa, 2024.
- Kurowski P., Grodzicki J.: Analiza wdrożenia systemu świadczenia wspierającego w Polsce. Raport ekspercki, 2024.
- Zboina R., Kalinowski P., Gąsior I. et al.: Podstawy i źródła danych statystyki niepełnosprawności w Polsce. Wiad Stat, 2018; 63(2): 7-26.
- World Health Organization: Guidance on the use of the ICF to assess and support participation in work. WHO, Genewa, 2018.

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do kontaktu:

Krzysztof Mirosław Czechowski
e-mail: krzysztof.czechowski@lazarzski.edu.pl