



**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

Σχεδιασμός και Προετοιμασία για την Εφαρμογή Νέου Συστήματος Αξιολόγησης της Αναπηρίας και Λειτουργικότητας στην Κύπρο, στη βάση της Διεθνούς Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στα πλαίσια του έργου «Εφαρμογή Νέου Συστήματος Αξιολόγησης της Αναπηρίας και Λειτουργικότητας»

Αριθμός Σύμβασης: ΤΚΕΑΑ/01/2010



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ
ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**

ΙΟΥΝΙΟΣ 2014

Το Έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

στο πλαίσιο του Έργου **“ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΕΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ”** του Άξονα Προτεραιότητας «ΔΙΕΥΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΝΟΧΗ» του Προγράμματος «ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ, ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΝΟΧΗ» 2007-13

Επιστημονική Επιμέλεια : Ευστάθιος Τριανταφύλλου, Ψυχολόγος

Συγγραφική Ομάδα:

Επιστημονική Εποπτεία, Βενετσάνος Μαυρέας, Καθ.Ψυχιατρικής, Εκπρόσωπος της Διεθνούς Ταξινόμησης –ICF του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Ελλάδα,

Μαριάννα Παπαδοπούλου, Νευρολόγος, Ιωάννης Μιχόπουλος, Ψυχίατρος, Κώστας Φρανσίσ, Παιδοψυχίατρος, Άρτεμις Δρόσου, Φυσικοθεραπεύτρια, Σοφία Κουκουβίνου, Ψυχολόγος, Ανδρέας Καρυστινός, Ψυχολόγος, Γεώργιος Φιλίππου, Εργοθεραπευτής, Σταύρος Πάρλαλης, Κοινωνιολόγος

Ανάδοχος Έργου

European Profiles A.E.



Βατάτζη 40, 114 72 Αθήνα, Ελλάδα

Τηλ: + 30 210 82 10 895

Fax: +30 210 82 54 021

email: epmail@europeanprofiles.gr

www.europeanprofiles.gr

ISBN 978-9963-32-155-1

Copyright :

©Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες

Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Κυπριακή Δημοκρατία

Τηλ. 22815015 Fax. 22482310

e-mail: info@dsid.mlsi.gov.cy

Ιστοσελίδα: www.mlsi.gov.cy/dsid

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	1
1. Το ICF , η Εφαρμογή του Διεθνώς και στην Κύπρο	
1.1 Ιστορικό της δημιουργίας του ICF και του ICF-CY	5
1.2 Χρήσεις και εφαρμογές του ICF	13
1.3 Η διεθνής πρακτική για την εφαρμογή της Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Υγείας και της Αναπηρίας	19
1.4 Αρχές του νέου συστήματος και προσαρμογή του στην κυπριακή πραγματικότητα	41
2. Τα Εργαλεία του ICF και η Αρχιτεκτονική των Πρωτοκόλλων Αξιολόγησης Αναπηρίας και Διερεύνησης Λειτουργικότητας	
2.1 Εστιασμένα Πρωτόκολλα	49
2.2 Η Αρχιτεκτονική των Πρωτοκόλλων Αξιολόγησης Αναπηρίας	53
2.3 Η Αρχιτεκτονική των Πρωτοκόλλων Διερεύνησης Λειτουργικότητας	64
2.4 Μελλοντική χρήση των Πρωτοκόλλων ICF σε άλλους τομείς	84
 ΓΕΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	 85
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ.....	89
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α :	
A1 Εστιασμένα Πρωτόκολλα Αξιολόγησης Αναπηρίας Κινητικό, Όρασης, Ακοής, Νοητικής Υστέρησης, Ψυχικών Διαταραχών, Καθολικό	
A2 Εστιασμένα Πρωτόκολλα Διερεύνησης Λειτουργικότητας Κινητικό, Όρασης, Ακοής, Νοητικής Υστέρησης, Ψυχικών Διαταραχών, Καθολικό	

Εισαγωγή

Κάθε άνθρωπος είναι ξεχωριστός και μοναδικός. Αν αντιμετωπίσει την αναπηρία, είτε από τη γέννηση του, είτε αργότερα, σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής του, αποκτά πρόσθετα ξεχωριστά και διαφορετικά σε κάθε περίπτωση δεδομένα. Γιατί η αναπηρία δεν είναι μόνο οι σωματικοί, αισθητηριακοί, νοητικοί ή ψυχικοί περιορισμοί που δημιουργεί η πάθηση, η ασθένεια, το ατύχημα ή άλλο γεγονός, αλλά ο συνδυασμός τους με τα εμπόδια του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει και συμμετέχει το άτομο.

Αν ο πολίτης με αναπηρία, χρειαστεί την οποιασδήποτε μορφής στήριξη του κράτους για να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις της αναπηρίας στη ζωή του, έχει το δικαίωμα να τύχει μιας εξατομικευμένης, αλλά και ολοκληρωμένης αξιολόγησης, όπου θα ληφθούν υπόψη όλα τα δεδομένα που είναι απαραίτητα για να διαμορφωθούν και τεκμηριωθούν οι καταλληλότερες παρεμβάσεις στήριξης του. Άλλωστε, σύμφωνα και με τη Σύμβαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες, τα προγράμματα και υπηρεσίες ένταξης και αποκατάστασης των πολιτών με αναπηρίες σε όλους τους τομείς της ζωής τους, πρέπει να βασίζονται σε μια πολυθεματική αξιολόγηση των αναγκών και δυνατοτήτων τους.

Η ανθρωποκεντρική αυτή προσέγγιση είναι διάχυτη σε κάθε βήμα τόσο της Διεθνούς Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, Αναπηρίας και Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όσο και στους Οδηγούς Εφαρμογής του νέου Συστήματος Αξιολόγησης της Αναπηρίας και Λειτουργικότητας στην Κύπρο, που έχετε στα χέρια σας. Το επιστημονικότατο υπόβαθρο, η αξιοπιστία του αξιολογητικού μηχανισμού, ο επαγγελματισμός της δημόσιας διοίκησης, ήταν επίσης ανάμεσα στις αρχές και αξίες που επιδιώξαμε με τη μεταρρύθμιση αυτή.

Με σεβασμό προς την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα κάθε πολίτη, το όραμα μας, σχεδιάζοντας και εφαρμόζοντας το νέο Σύστημα Αξιολόγησης, ήταν η δημιουργία νέων προοπτικών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρίες. Ένα όραμα χρόνων, ξεκινά να υλοποιείται με τη λειτουργία, από τον Δεκέμβριο του 2013, του πρώτου Κέντρου Αξιολόγησης Αναπηρίας στη Λευκωσία. Διαθέτουμε σήμερα, μια σύγχρονη, προσβάσιμη και κατάλληλα εξοπλισμένη υποδομή, ένα έγκριτο επιστημονικό υπόβαθρο με τους Οδηγούς Εφαρμογής, τα Πρωτόκολλα Αξιολόγησης και άλλα επιστημονικά και διοικητικά Έντυπα του Αξιολογητικού Μηχανισμού, καθώς και ένα ευρύ δίκτυο συνεργασίας με Ιατρούς και Επαγγελματίες Αποκατάστασης, κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα, που εκπαιδεύτηκαν ως Αξιολογητές Αναπηρίας ή Αξιολογητές Λειτουργικότητας.

Το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες, του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ως η Αναθέτουσα Αρχή του συγχρηματοδοτούμενου από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο έργου για την «Εφαρμογή νέου Συστήματος Αξιολόγησης της Αναπηρίας και Λειτουργικότητας» θέτει στη διάθεση του κράτους και των πολιτών της Κυπριακής Δημοκρατίας, το νέο Σύστημα.

Ευχόμαστε να δίνουμε ένα νέο σημείο αναφοράς στη ζωή των πολιτών με αναπηρίες και ταυτόχρονα ένα καινοτόμο εργαλείο που μεταρρυθμίζει τη δημόσια διοίκηση και αυξάνει τη γνώση για την αναπηρία και τη διαχείριση της.

Ιούνιος 2014

Χριστίνα Φλουρέντζου-Κακουρή
Διευθύντρια Τμήματος
Κοινωνικής Ενσωμάτωσης
Ατόμων με Αναπηρίες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΤΟ ICF, Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΔΙΕΘΝΩΣ
ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

1 Το ICF, η Εφαρμογή του Διεθνώς και στην Κύπρο

1.1 Ιστορικό της δημιουργίας του ICF και του ICF-CY

Το International Classification of Functioning, Disability and Health (εφεξής ICF) ανήκει στην «οικογένεια» των διεθνών ταξινομήσεων που αναπτύσσονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) με σκοπό την εφαρμογή τους σε διάφορους τομείς της υγείας. Η οικογένεια των διεθνών ταξινομήσεων του ΠΟΥ παρέχει ένα πλαίσιο για την κωδικοποίηση ενός ευρέος φάσματος πληροφοριών για την υγεία (π.χ. διάγνωση, λειτουργικότητα και αναπηρία, λόγοι για την επαφή με τις υγειονομικές υπηρεσίες) και χρησιμοποιεί μια τυποποιημένη κοινή γλώσσα, που επιτρέπει την επικοινωνία για θέματα υγείας και υγειονομικής περίθαλψης σε παγκόσμιο επίπεδο μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων και επιστημών.

Στις διεθνείς ταξινομήσεις του ΠΟΥ, οι καταστάσεις της υγείας (νόσοι, διαταραχές, τραυματισμοί κ.λπ.) είναι ταξινομημένες πρωτίστως στο ICD-10 (συντομογραφία για το International Classification of Diseases, Tenth Revision: Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων, δέκατη αναθεώρηση), η οποία παρέχει ένα αιτιολογικό πλαίσιο. Η λειτουργικότητα και η αναπηρία που συνδέονται με τις καταστάσεις της υγείας είναι ταξινομημένες στο ICF. Τα ICD-10 και ICF είναι επομένως συμπληρωματικά και οι χρήστες ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν αυτά τα δύο μέλη της οικογένειας των διεθνών ταξινομήσεων του ΠΟΥ από κοινού. Το ICD-10 παρέχει μια «διάγνωση» των νόσων, των διαταραχών ή άλλων καταστάσεων της υγείας, και αυτές οι πληροφορίες εμπλουτίζονται από τις πρόσθετες πληροφορίες που δίνονται από το ICF σχετικά με τη λειτουργικότητα.¹

Ποικίλα εννοιολογικά μοντέλα έχουν προταθεί για να κατανοηθεί και να εξηγηθεί η αναπηρία και η λειτουργικότητα. Αυτά μπορούν να εκφραστούν με τη διαλεκτική σχέση του «ιατρικού μοντέλου» έναντι του «κοινωνικού μοντέλου». Το *ιατρικό μοντέλο* αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως πρόβλημα του ατόμου, που προκαλείται άμεσα από νόσο, τραύμα ή άλλη κατάσταση της υγείας, και η οποία απαιτεί ιατρική φροντίδα που παρέχεται υπό μορφή ατομικής θεραπείας από επαγγελματίες. Η διαχείριση της αναπηρίας στοχεύει στη θεραπεία ή στην προσαρμογή του ατόμου και στην αλλαγή της συμπεριφοράς του. Η ιατρική φροντίδα αντιμετωπίζεται ως το κύριο

¹ Δύο άτομα με την ίδια νόσο μπορούν να έχουν διαφορετικά επίπεδα λειτουργικότητας και δύο άτομα με το ίδιο επίπεδο λειτουργικότητας δεν έχουν απαραίτητα την ίδια κατάσταση υγείας. Ως εκ τούτου, η κοινή χρήση βελτιώνει την ποιότητα των στοιχείων για ιατρικούς σκοπούς. Η χρήση του ICF δεν πρέπει να παρακάμψει τις κανονικές διαγνωστικές διαδικασίες. Για άλλες χρήσεις, το ICF μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο του.

ζήτημα, και σε πολιτικό επίπεδο η κύρια απάντηση είναι αυτή της τροποποίησης ή της μεταρρύθμισης της πολιτικής της υγειονομικής περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά, το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας θεωρεί το ζήτημα κυρίως ως πρόβλημα που δημιουργείται από την κοινωνία και βασικά ως θέμα πλήρους ένταξης των ατόμων στην κοινωνία. Η αναπηρία δεν είναι χαρακτηριστικό του ατόμου, αλλά περισσότερο μια σύνθετη ομάδα συνθηκών, πολλές από τις οποίες δημιουργούνται από το κοινωνικό περιβάλλον. Ως εκ τούτου, η διαχείριση του προβλήματος απαιτεί την κοινωνική δράση και είναι συλλογική ευθύνη της κοινωνίας εν γένει να προβεί στις απαραίτητες περιβαλλοντικές τροποποιήσεις για την πλήρη συμμετοχή των ανθρώπων με ανικανότητες σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής. Το ζήτημα είναι επομένως θέμα στάσης ή ιδεολογίας και απαιτεί την κοινωνική αλλαγή, η οποία στο πολιτικό επίπεδο ανάγεται σε θέμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Γι' αυτό το μοντέλο, η αναπηρία ανάγεται σε πολιτικό ζήτημα.

Το ICF βασίζεται στην ενοποίηση αυτών των δύο αντιτιθέμενων μοντέλων. Προκειμένου να επιτευχθεί η ενοποίηση των διαφόρων απόψεων της λειτουργικότητας, χρησιμοποιείται μια «βιοψυχοκοινωνική» προσέγγιση. Κατά συνέπεια, το ICF προσπαθεί να επιτύχει μια σύνθεση, προκειμένου να παρέχει μια συνεπή οπτική γωνία των διαφορετικών απόψεων της υγείας από βιολογική, ατομική και κοινωνική πλευρά. Πρώτη προσπάθεια σύνθεσης αποτέλεσε η Διεθνής Ταξινόμηση των Βλαβών, Ανικανοτήτων και Μειονεξιών (ICIDH), που πρωτοδημοσιεύτηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας δοκιμαστικά το 1980. Το κείμενο αυτό αναθεωρήθηκε μέσω συστηματικών μελετών πεδίου και διεθνών διαβουλεύσεων κατά τη διάρκεια πέντε ετών, οπότε προέκυψε το παρόν ICF.

Η βασική αλλαγή που έγινε σε αυτή την αναθεώρηση ήταν το πέρασμα από μια ταξινόμηση των «συνεπειών της νόσου» σε μια ταξινόμηση των «παραμέτρων της υγείας». Ο όρος «παραμέτροι της υγείας» προσδιορίζει τα επιμέρους στοιχεία της υγείας, ενώ ο όρος «συνέπειες» εστιάζει στις επιδράσεις των νόσων ή άλλων καταστάσεων της υγείας που μπορούν να προκληθούν ως συνέπεια. Έτσι, οι όροι «βλάβη», «αναπηρία» και «μειονεξία» της προηγούμενης έκδοσης αντικαταστάθηκαν από τους όρους Λειτουργίες και Δομές Σώματος και Δραστηριότητες και Συμμετοχή επεκτείνοντας το εύρος της ταξινόμησης, ώστε να επιτραπεί η περιγραφή της θετικής εμπειρίας.

Το παρόν κείμενο επικυρώθηκε από την 54η Συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για διεθνή χρήση στις 22 Μαΐου 2001 (απόφαση WHA54.21). Σύμφωνα με αυτήν την απόφαση, η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας

1. ΕΠΙΚΥΡΩΝΕΙ τη δεύτερη έκδοση της διεθνούς ταξινόμησης για τις βλάβες, τις αναπηρίες και τις μειονεξίες (ICIDH), με τον τίτλο Διεθνής Ταξινόμηση της

- Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας, που αναφέρονται εφεξής για συντομία ως ICF,
2. ΠΑΡΟΤΡΥΝΕΙ τα Κράτη-Μέλη να κάνουν χρήση του ICF στις έρευνές τους, στην παρακολούθηση των ασθενών και στις αναφορές τους, ανάλογα με το τι ενδείκνυται, και λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες συνθήκες του κάθε Κράτους-Μέλους, και ιδιαίτερα με την προοπτική πιθανών μελλοντικών αναθεωρήσεων.
 3. ΖΗΤΑ από το Γενικό Διευθυντή να παρέχει την υποστήριξη στα Κράτη-Μέλη, μετά από αίτημά τους, στη χρήση του ICF.

Ανάπτυξη ICF-CY

Η Διεθνής Ταξινόμηση Λειτουργικότητας, Αναπηρίας και Υγείας Παιδιών και Νέων (International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth / ICF-CY) προέρχεται από το ICF και είναι σχεδιασμένη για να καταγράψει τα χαρακτηριστικά του παιδιού που αναπτύσσεται και την επιρροή του έμμεσου και άμεσου περιβάλλοντος. Η ταξινόμηση βασίζεται στο εννοιολογικό πλαίσιο του ICF και χρησιμοποιεί την ίδια γλώσσα και ορολογία για την καταγραφή προβλημάτων που αφορούν στις λειτουργίες και στις δομές του σώματος, στους περιορισμούς στη δραστηριότητα και στη συμμετοχή που εκδηλώνονται στη βρεφική ηλικία, στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία σε σχέση με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Το ICF-CY αναπτύχθηκε ως απάντηση στην ανάγκη για μια εκδοχή του ICF που θα μπορούσε να χρησιμοποιείται παγκόσμια για τα παιδιά και τους νέους στους τομείς της υγείας, της εκπαίδευσης και της κοινωνικότητας. Οι εκδηλώσεις της αναπηρίας και της κατάστασης της υγείας στα παιδιά και στην ηλικία της ενηλικίωσης είναι διαφορετικές στη φύση, την ένταση και τις επιπτώσεις συγκριτικά με αυτές των ενηλίκων. Αυτές οι διαφορές πρέπει να ληφθούν υπόψη έτσι ώστε το περιεχόμενο της ταξινόμησης να είναι ευαίσθητο στις αλλαγές που σχετίζονται με την ανάπτυξη και να περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά διαφορετικών ηλικιακών ομάδων και περιβαλλόντων.

Μεταξύ του 2002 και του 2005, μια Ομάδα Εργασίας του WHO για το ICF-CY πραγματοποίησε μία σειρά συναντήσεων και δοκιμών πεδίου για να αναθεωρήσει τους υπάρχοντες κώδικες του ICF και να προσδιορίσει καινούριους για να περιγράψει τα χαρακτηριστικά των παιδιών και των νέων. Η έκδοση αυτή επεκτείνει τα θέματα που καλύπτουν οι υπάρχοντες κωδικοί του ICF παρέχοντας συγκεκριμένο περιεχόμενο και επιπλέον λεπτομέρειες για να επιτευχθεί μια πληρέστερη κάλυψη των θεμάτων σχετικά με τις λειτουργίες και τις δομές του σώματος, τις

δραστηριότητες και τη συμμετοχή, και τα περιβάλλοντα που σχετίζονται ιδιαίτερα με τα βρέφη, τα νήπια, τα παιδιά και τους εφήβους. Το εύρος των ηλικιών που καλύπτει το ICF-CY είναι από τη γέννηση έως 18ετών, όντας σύμφωνο με το εύρος των ηλικιών άλλων συμβάσεων των Ηνωμένων Εθνών (π.χ.: Σύμβαση των Η.Ε. για τα Δικαιώματα του Παιδιού, 1989).

Το ICF-CY σέβεται τις αλλαγές που σχετίζονται με την εξέλιξη και την ανάπτυξη και βασίζεται:

- α) στη Συνθήκη Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Παιδιών (1989) με ιδιαίτερη αναφορά στο άρθρο 23: «Ένα παιδί νοητικά ή σωματικά ανάπηρο θα πρέπει να απολαμβάνει μίας πλήρους και αξιοπρεπούς ζωής σε συνθήκες που διασφαλίζουν την αξιοπρέπεια, προάγουν την αυτοδυναμία και διευκολύνουν την ενεργό συμμετοχή του παιδιού στην κοινωνία». Αυτό το άρθρο της Συνθήκης διευκρινίζει ότι τα παιδιά με αναπηρίες έχουν το δικαίωμα σε ειδική φροντίδα με παροχή βοήθειας και φροντιστές κατάλληλους για την κατάσταση του παιδιού. Η βοήθεια θα πρέπει να παρέχεται δωρεάν και να είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να προσφέρει αποτελεσματική πρόσβαση στη μόρφωση, την εκπαίδευση, τις υπηρεσίες υγείας και αποκατάστασης για να προωθείται η κοινωνική ενσωμάτωση και η ατομική ανάπτυξη του παιδιού.
- β) στους Πρότυπους Κανόνες για τις Ίσες Ευκαιρίες (1994) που αναγνωρίζουν (Κανόνας 6) την αρχή των ίσων ευκαιριών στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση για τα παιδιά, τους νέους και τους ενήλικες με αναπηρίες σε ενοποιημένες συνθέσεις. Επιπλέον, τονίζει τη σημασία της πρώιμης παρέμβασης και ειδικής προσοχής για τα πολύ νέα παιδιά και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με αναπηρίες
- γ) στην απόφαση του Παγκόσμιου Φόρουμ για την Εκπαίδευση στο Ντακάρ (2000) για εκπαίδευση για όλους. Το Φόρουμ συνηγόρησε υπέρ της επέκτασης της φροντίδας και της μόρφωσης στη νηπιακή ηλικία, και της παροχής δωρεάν και υποχρεωτικής εκπαίδευσης για όλους. Επιπλέον στόχοι είναι η προώθηση της μάθησης και των ικανοτήτων των νέων και των ενηλίκων, η επίτευξη της ισοτιμίας και της ισότητας των φύλων, και η βελτίωση της ποιότητας της εκπαίδευσης.
- δ) στην Έκθεση της Σαλαμάνκα για το Δικαίωμα της Μόρφωσης (2001), η οποία διακηρύσσει ότι κάθε παιδί έχει το θεμελιώδες δικαίωμα στη μόρφωση και ότι οι ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες προκύπτουν από αναπηρίες ή μαθησιακές δυσκολίες. Η Έκθεση επίσης υποστηρίζει ότι όλα τα παιδιά θα πρέπει να απολαμβάνουν παιδοκεντρική παιδαγωγική. Επιπλέον, η Έκθεση τονίζει τη σημασία της πρόσβασης σε κανονική σχολική φοίτηση με προσανατολισμό να

συμπεριλαμβάνονται τα παιδιά με αναπηρίες και τη σημασία της έγκαιρης εκπαίδευσης για να προαχθεί η ανάπτυξη και η σχολική ετοιμότητα.

- ε) στη Συνθήκη των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες (2006), όπου καθορίζεται ότι «Τα παιδιά με αναπηρίες πρέπει να απολαμβάνουν πλήρως όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις θεμελιώδεις ελευθερίες ισότιμα με τα άλλα παιδιά, υπενθυμίζοντας τις υποχρεώσεις που ανέλαβαν τα συμβαλλόμενα κράτη για το σκοπό αυτό στη Συνθήκη για τα Δικαιώματα του Παιδιού» (Πρόλογος). Τα θέματα αυτά εξειδικεύονται περαιτέρω στα άρθρα 7 & 30.

Ιδιαίτερη προσοχή κατά την παραγωγή του ICF-CY δόθηκε σε τέσσερα ζητήματα-κλειδιά:

1. Το παιδί στο πλαίσιο της οικογένειας. Η ανάπτυξη είναι μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία το παιδί κινείται προοδευτικά από το στάδιο της πλήρους εξάρτησης από άλλους για όλες τις δραστηριότητες κατά τη βρεφική ηλικία προς το στάδιο της φυσικής, κοινωνικής και ψυχολογικής ωριμότητας και ανεξαρτησίας κατά την ενηλικίωση. Σε αυτή τη δυναμική διαδικασία, η λειτουργικότητα του παιδιού εξαρτάται από τη συνεχή αλληλεπίδραση με την οικογένεια ή με τους άλλους φροντιστές στο άμεσο, κοινωνικό περιβάλλον. Συνεπώς, η λειτουργικότητα του παιδιού δεν μπορεί να ιδωθεί μεμονωμένα, αλλά από τη σκοπιά του παιδιού μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας. Αυτή είναι μια σημαντική θεώρηση στην αξιολόγηση της λειτουργικότητας του παιδιού σε διάφορες καταστάσεις της ζωής. Η επιρροή της αλληλεπίδρασης με την οικογένεια στη λειτουργικότητα του παιδιού είναι μεγαλύτερη σε αυτό το στάδιο της ανάπτυξης, παρά σε οποιαδήποτε άλλη στιγμή αργότερα στη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Επιπλέον, αφού αυτές οι αλληλεπιδράσεις πλαισιώνουν την απόκτηση ποικίλων ικανοτήτων κατά της δύο πρώτες δεκαετίες της ζωής, ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος είναι ζωτικής σημασίας.

2. Αναπτυξιακή Καθυστέρηση. Στα παιδιά και τους νέους, υπάρχουν αποκλίσεις στη χρονική στιγμή της εμφάνισης των λειτουργιών και των δομών του σώματος και της απόκτησης ικανοτήτων που συνδέονται με τις ατομικές διαφορές στην εξέλιξη και την ανάπτυξη. Υστερήσεις στην εμφάνιση των λειτουργιών, των δομών και των ικανοτήτων μπορεί να μη είναι μόνιμες αλλά δείχνουν αναπτυξιακή καθυστέρηση. Εκδηλώνονται σε κάθε τομέα (π.χ.: γνωστικές λειτουργίες, λειτουργίες ομιλίας, κινητικότητα και επικοινωνία), διαφέρουν

ανάλογα την ηλικία και επηρεάζονται από φυσικούς καθώς και από ψυχολογικούς παράγοντες του περιβάλλοντος.

Αυτές οι αποκλίσεις στην εμφάνιση των λειτουργιών και των δομών του σώματος ή στην επίδοση στις αναμενόμενες αναπτυξιακές ικανότητες, ορίζουν την έννοια της αναπτυξιακής καθυστέρησης και συχνά χρησιμοποιούνται ως η βάση για τον εντοπισμό παιδιών με αυξημένες πιθανότητες αναπηρίας. Με τα παιδιά είναι σημαντικό να εξετάζεται η έννοια της υστέρησης ή της καθυστέρησης στην εμφάνιση των λειτουργιών, των δομών, των δραστηριοτήτων και της συμμετοχής με αντιστοίχιση σε ένα προσδιορισμό σοβαρότητας. Γι' αυτό το ICF-CY περιλαμβάνει τον όρο και την έννοια της καθυστέρησης για να ορίσει το γενικό προσδιορισμό για τις Λειτουργίες και τις Δομές του Σώματος, τις Δραστηριότητες και τη Συμμετοχή. Αυτό επιτρέπει την καταγραφή του βαθμού ή του μεγέθους των υστερήσεων ή των καθυστερήσεων στην εμφάνιση των λειτουργιών, των δομών και των ικανοτήτων, και στην επίδοση στις δραστηριότητες και στη συμμετοχή ενός παιδιού, αναγνωρίζοντας ότι η σοβαρότητα των κωδικών του προσδιορισμού μπορεί να αλλάξει με τον καιρό.

3. Συμμετοχή. Η συμμετοχή ορίζεται ως «η εμπλοκή ενός ατόμου σε μία κατάσταση της ζωής» και αποτελεί την κοινωνική οπτική της λειτουργικότητας. Καθώς η φύση και η σύνθεση των καταστάσεων της ζωής των παιδιών και των νέων διαφέρουν σημαντικά από αυτές των ενηλίκων, η συμμετοχή έτυχε ιδιαίτερης προσοχής στο ICF-CY. Με την ανάπτυξη, οι καταστάσεις της ζωής αλλάζουν δραματικά και σε αριθμό αλλά και σε πολυπλοκότητα από τη σχέση με τον πρώτο φροντιστή και το ατομικό παιχνίδι ενός πολύ μικρού παιδιού, μέχρι το κοινωνικό παιχνίδι, τις σχέσεις με συνομηλίκους και τη σχολική ζωή των παιδιών σε μεγαλύτερες ηλικίες. Όσο μικρότερο είναι το παιδί, τόσο πιθανότερο είναι να ορίζονται οι ευκαιρίες του για συμμετοχή από τους γονείς, τους φροντιστές και τους παρόχους υπηρεσιών. Ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος και όσων βρίσκονται στο άμεσο περιβάλλον είναι αναπόσπαστο στοιχείο για την κατανόηση της συμμετοχής, ειδικά στα πρώτα παιδικά χρόνια.

Η ικανότητα της δέσμευσης και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης αναπτύσσεται στις στενές σχέσεις του μικρού παιδιού με τους άλλους, όπως οι γονείς, τα αδέρφια και οι συνομήλικοι στο άμεσο περιβάλλον του. Το κοινωνικό περιβάλλον παραμένει σημαντικό ως παράγοντας καθ' όλη την περίοδο της ανάπτυξης, αλλά η φύση και η πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος αλλάζει από την βρεφική ηλικία μέχρι την ενηλικίωση.

4. Περιβάλλοντα. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες ορίζονται ως «το φυσικό, κοινωνικό και συμπεριφορικό περιβάλλον στο οποίο ζουν οι άνθρωποι και διεξάγουν τη ζωή τους». Η σιωπηλή αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το περιβάλλον , που για παράδειγμα ποικίλει από ένα ιατρικό μέχρι και ένα πιο διευρυμένο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αναπηρίας , απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή στους περιβαλλοντικούς παράγοντες για τα παιδιά και τους νέους. Ένα κεντρικό θέμα είναι ότι η φύση και η πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος των παιδιών αλλάζει δραματικά με μεταβάσεις στα στάδια της βρεφικής ηλικίας, της παιδικής ηλικίας, της εφηβείας και της ενηλικίωσης. Οι αλλαγές στα περιβάλλοντα των παιδιών και των νέων συσχετίζονται με τις αυξανόμενες αρμοδιότητές τους και την ανεξαρτησία τους.

Τα περιβάλλοντα των παιδιών και των νέων μπορούν να ιδωθούν ως μία σειρά διαδοχικών συστημάτων που τα περιβάλλουν από τα πιο άμεσα ως τα πιο μακρινά, καθένα από τα οποία διαφέρει στην επιρροή του σαν μία λειτουργία της ηλικίας ή του σταδίου της ανάπτυξης του παιδιού. Τα περιορισμένα περιβάλλοντα των βρεφών και των μικρών παιδιών καταδεικνύουν την περιορισμένη τους κινητικότητα και την ανάγκη να διασφαλιστεί σιγουριά και ασφάλεια. Ένα μικρό παιδί εξαρτάται σημαντικά από τα άτομα στο άμεσο περιβάλλον του. Τα προϊόντα για προσωπική χρήση πρέπει να προσαρμόζονται στο στάδιο της ανάπτυξης του παιδιού. Τα αντικείμενα για παιχνίδι και η επαφή με συνομηλίκους, για παράδειγμα, είναι απαραίτητα στοιχεία των σημαντικών γεγονότων της ζωής των μικρών παιδιών. Για τα μεγαλύτερα παιδιά, τα περιβάλλοντα της καθημερινής τους ζωής είναι άμεσα συνδεδεμένα με το σπίτι και το σχολείο και, για τους νέους, σταδιακά διαφοροποιούνται και γίνονται περιβάλλοντα από το ευρύτερο πλαίσιο της κοινότητας και της κοινωνίας.

Με δεδομένη την εξάρτηση ενός αναπτυσσόμενου παιδιού, τα φυσικά και κοινωνικά στοιχεία του περιβάλλοντος έχουν σημαντική επίδραση στη λειτουργικότητά του. Αρνητικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες συχνά έχουν ισχυρότερη επίδραση στα παιδιά απ' ό τι στους ενήλικες. Για ένα παιδί, η έλλειψη θρεπτικού φαγητού, πρόσβασης σε καθαρό νερό και ενός ασφαλούς και υγιούς περιβάλλοντος, για παράδειγμα, όχι μόνο συμβάλει στην ασθένεια και θέτει σε κίνδυνο την υγεία, αλλά και χειροτερεύει τη λειτουργικότητά του και την ικανότητά του να μαθαίνει.

Μεταβολή του άμεσου φυσικού περιβάλλοντος του παιδιού σημαίνει την παροχή τροφής, στέγης και ασφάλειας. Η παροχή υποστηρικτών συσκευών και

τεχνολογίας συνιστά περιβαλλοντικές αλλαγές που μπορούν να διευκολύνουν ένα παιδί με σημαντικές σωματικές δυσλειτουργίες να είναι λειτουργικό.

Μεταβολή των κοινωνικών και ψυχολογικών στοιχείων του άμεσου περιβάλλοντος ενός παιδιού σημαίνει κοινωνική υποστήριξη για την οικογένεια και εκπαίδευση για τους φροντιστές.

Η φύση και ο βαθμός της περιβαλλοντικής υποστήριξης θα ποικίλει ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, αφού οι ανάγκες ενός μικρού παιδιού διαφέρουν από αυτές ενός βρέφους ή ενός εφήβου. Μεταβολές στα λιγότερο άμεσα περιβάλλοντα των παιδιών, μπορεί να είναι νομοθεσίες ή εθνικές πολιτικές που θα διασφαλίζουν την πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη, τις κοινωνικές υπηρεσίες και τη μόρφωση.

1.2 Χρήσεις και εφαρμογές ICF – CY

Ο κεντρικός ρόλος του ICF είναι η αλλαγή στη θεώρηση της αναπηρίας: κύριος άξονας δεν είναι, πλέον, η αναπηρία και τα μειονεκτήματα που αυτή φέρνει, αλλά η λειτουργικότητα που επιτυγχάνεται μέσω αλλαγών στο περιβάλλον. Το περιβάλλον τροποποιείται, γίνεται πιο λειτουργικό και με τη σειρά τους τα άτομα με αναπηρία γίνονται πιο λειτουργικά. Έτσι τους δίνεται η ευκαιρία να συμμετέχουν, να γίνονται δραστήρια και αποδοτικά. Αναλυτικότερα, το ICF συμβάλει στη βελτίωση των παρακάτω τομέων:

Αξιολόγηση

Η χρήση ενός κοινού ταξινομικού συστήματος αξιολόγησης -κοινών παραμέτρων αξιολόγησης- διασφαλίζει αφενός την αξιοπιστία της αξιολόγησης και αφετέρου τη συνέχεια, τη συνέπεια και την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης και της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Επίσης συμβάλει σημαντικά στην ανάπτυξη κοινής γλώσσας μεταξύ των επαγγελματιών του χώρου διασφαλίζοντας την επικοινωνία μεταξύ των δομών με βάση το ICF, στην καθημερινή πρακτική. Έτσι διατηρείται η συνέχεια στη θεραπεία και αποκατάσταση, τόσο μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων οι οποίες δουλεύουν παράλληλα, όσο και μεταξύ επαγγελματιών της ίδιας ειδικότητας που δουλεύουν σε συνέχεια μετά από παραπομπή του περιστατικού. Η ενιαία γλώσσα βοηθάει τον κάθε ειδικό να επικοινωνήσει τις εκτιμήσεις και τις ανάγκες που διαπίστωσε για ένα συγκεκριμένο άτομο στους συναδέλφους του, και τη συνεννόηση σε διεπιστημονικό και σε θεσμικό επίπεδο.

Περιγραφή των νόσων

Μακροπρόθεσμα, η ύπαρξη μιας μεθόδου ταξινόμησης και εκτίμησης των διαφόρων όψεων της αναπηρίας και διαχωρισμού της σε διαφορετικά επίπεδα μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη περιγραφή των νοσολογικών κατηγοριών. Η προσέγγιση σε αυτόν τον τομέα σκοπεύει στην κατανόηση της αιτιοπαθογένειας των νοσημάτων.

Διάγνωση

Το ICF αξιοποιεί ουσιαστικά το αποτέλεσμα της διαγνωστικής διαδικασίας εντάσσοντάς το σε ένα λειτουργικό σύστημα, τελικός στόχος του οποίου είναι η βελτίωση της υγείας και της λειτουργικότητας των αναπήρων ατόμων και η κοινωνική ενσωμάτωσή τους. Η στοιχειοθέτηση του λειτουργικού προφίλ του αναπήρου είναι αναγκαία προκειμένου να είναι αποτελεσματική η όποια παρέμβαση και η παροχή

υπηρεσιών υγείας. Η διάγνωση θα πρέπει να συνοδεύεται από μια σε βάθος διερεύνηση δεξιοτήτων και ικανότητας επικοινωνίας του ατόμου με αναπηρία, με το περιβάλλον. Η στοιχειοθέτηση του λειτουργικού προφίλ του αναπήρου είναι αναγκαία προκειμένου να είναι αποτελεσματική η όποια παρέμβαση και η παροχή υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται για κάτι το οποίο ξεπερνά το περιγραφικό επίπεδο της (αναγκαίας κατά τα άλλα) ιατρικής διάγνωσης και το οποίο, ως ανάγκη τόσο καταγραφής όσο και μετέπειτα παρέμβασης, καλύπτεται από την εφαρμογή του συστήματος αξιολόγησης Αναπηρίας και Λειτουργικότητας.

Κλινική πράξη

Τα οφέλη από τη σωστή αξιολόγηση και τη σφαιρική διάγνωση περνούν αβίαστα και στην καθημερινή κλινική πράξη. Όπως αναφέρεται στη διεθνή ταξινόμηση «η υιοθέτηση μιας ακριβέστερης, ευαίσθητης στις κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες μεθόδου για την εκτίμηση της αναπηρίας, αναμένεται να επηρεάσει τη χρήση των θεραπευτικών και αποκαταστασιακών παρεμβάσεων, έτσι ώστε τα αποτελέσματά τους να κρίνονται, όχι μόνο με βάση την αποδρομή των συμπτωμάτων, αλλά και των υπολειμμάτων της νόσου». Περαιτέρω, αυτή η προσέγγιση δύναται να βοηθήσει στο διαχωρισμό των συνεπειών των νοσημάτων από τα εμπόδια που τίθενται στα άτομα με αναπηρία μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον. Κατ' αυτόν τον τρόπο βελτιστοποιούνται οι μέθοδοι και οι διεργασίες που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση και αξιολόγηση της αποκατάστασης μέσω του διαχωρισμού των συνεπειών της νόσου από εκείνες που προκαλούνται από κοινωνικές επιδράσεις.

Θεσμικό πλαίσιο

Η χρήση του ICF ως κεντρικού κορμού, βοηθά στην αναθεώρηση του θεσμικού πλαισίου για την αναπηρία. Η νομοθεσία για την αναπηρία, η κοινωνική ασφάλιση και η μελέτη των οικονομικών της υγείας μπορούν να βασιστούν στην ομοιογένεια και στον προσανατολισμό προς τη λειτουργικότητα που προσφέρει το ICF.

Νομοθεσία

Όπως αναφέρεται στη διεθνή ταξινόμηση «η δημιουργία μιας κοινής γλώσσας για τον ορισμό και την περιγραφή της αναπηρίας αναμένεται να βοηθήσει τα νομοθετικά σώματα στο έργο τους. Τα νομοθετήματα μπορεί να βασίζονται στους ορισμούς και περιγραφές της ταξινόμησης, οι οποίοι θα είναι οι ίδιοι που χρησιμοποιούνται και από τους επαγγελματίες υγείας, κοινωνικής ασφάλισης, κλπ.» Ειδικά στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η εφαρμογή της ταξινόμησης θα συμβάλλει στο συντονισμό των νομοθεσιών μεταξύ των χωρών της Ενωμένης Ευρώπης. Κατ' αυτόν τον τρόπο

αίρονται οι αδικίες και εξομαλύνονται οι αντιθέσεις μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων αξιολόγησης της αναπηρίας. Η αντιμετώπιση της αναπηρίας σταθμίζεται και παύει να εξαρτάται από τις διαφορετικές απόψεις των επαγγελματιών υγείας ή από τις διαφορές των συστημάτων υγείας μεταξύ διαφορετικών χωρών.

Κοινωνική ασφάλιση.

Όπως αναφέρεται στη διεθνή ταξινόμηση «η λεπτομερής και ακριβής περιγραφή της αναπηρίας και ο διαχωρισμός της από τη νόσο, διευκολύνει την ακριβή εκτίμηση των ατόμων που δικαιούνται βοηθημάτων ή συντάξεων αναπηρίας». Ακολουθώντας ένα τέτοιο σύστημα εκτίμησης διευκολύνει την ορθολογικότερη και καλύτερη χρήση και κατανομή των οικονομικών πόρων, όπως και των υπηρεσιών για τα άτομα με αναπηρία. Ο εξορθολογισμός της εκτίμησης της αναπηρίας και της λειτουργικότητας έχει σαν τελικό αποδέκτη τον ίδιο τον ανάπηρο, τόσο σε επίπεδο οικονομικής ενίσχυσης (συντάξεις, επιδόματα, βοηθήματα), όσο και σε επίπεδο ενίσχυσης προς την κατεύθυνση της λειτουργικότητας (υλικοτεχνικός εξοπλισμός και θεραπευτικές παρεμβάσεις αποκατάστασης, που έχουν ως στόχο την συμμετοχή του αναπήρου στο κοινωνικό γίγνεσθαι).

Οικονομία της υγείας.

Η εκτίμηση του κόστους των συνεπειών των νόσων είναι αναγκαία για το σχεδιασμό και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας. Η υιοθέτηση μιας κοινής ταξινόμησης, όπως το ICF και η δημιουργία βασισμένων σε αυτό μεθόδων εκτίμησης, δίνει τη δυνατότητα να βασιστεί ο σχεδιασμός των οικονομικών της υγείας σε εμπειρικά στοιχεία. Η διαχείριση των πόρων από έναν ενιαίο φορέα, ο οποίος θα έχει σαν ένα και μοναδικό ρόλο τη σφαιρική αντιμετώπιση του ζητήματος της αναπηρίας, θα συμβάλει αποφασιστικά προς αυτή την κατεύθυνση.

Εκπαίδευση

Η ανάπτυξη ενός λειτουργικού, αξιόπιστου και αποτελεσματικού συστήματος αξιολόγησης των ατόμων και ιδιαίτερα των μαθητών με αναπηρία, παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην επιλογή και τη διαμόρφωση κατάλληλου εκπαιδευτικού πλαισίου, στον προσδιορισμό των εκπαιδευτικών στόχων και της εκπαιδευτικής πρακτικής που θα πρέπει να ακολουθηθεί ανάλογα με τη λειτουργικότητά του, τη δυνατότητα απόδοσής του στο περιβάλλον και στους διάφορους τομείς δραστηριοτήτων της ζωής του. Η αποτελεσματική ένταξη κάθε παιδιού με αναπηρία στην εκπαιδευτική διαδικασία προϋποθέτει την εκτίμηση της λειτουργικότητάς του. Με την ανάπτυξη και εφαρμογή του νέου συστήματος αξιολόγησης Αναπηρίας και

Λειτουργικότητας διαμορφώνεται μια καινοτόμα φιλοσοφία στην εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία, που εφαρμόζεται ήδη διεθνώς προκειμένου να διευκολυνθεί η ένταξή τους στις νέες απαιτήσεις της εποχής δίνοντάς τους τη δυνατότητα για κοινωνικοποίηση, πρόσβαση στην πληροφορία και στη γνώση με έμφαση στις λειτουργικές δεξιότητες. Τα άτομα με αναπηρία πρέπει να έχουν τις ευκαιρίες συμμετοχής στην εκπαίδευση, ανάλογα με τις δυνατότητές τους, με τρόπους, όπως αυτοί που αναφέρονται παρακάτω:

- Εκπαίδευση σε σύνηθες σχολικό περιβάλλον
- Εκπαίδευση σε ειδικά σχολεία
- Εκπαίδευση από απόσταση
- Εκπαίδευση στο σπίτι
- Σχολικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια νοσηλείας

Κατάρτιση

Η κατάρτιση των ατόμων με αναπηρία μπορεί να επιτευχθεί με επιτυχία και αποτελεσματικότητα μόνον εάν αποτυπωθούν με ακρίβεια οι ικανότητες και οι δεξιότητες των ατόμων με αναπηρία για την ορθότερη ανάπτυξη των προγραμμάτων σε επίπεδο μεθοδολογίας και περιεχομένου, τόσο στο στάδιο του σχεδιασμού, όσο και σε αυτό της υλοποίησης, διασφαλίζοντας την ποιότητα της παρεχόμενης παρέμβασης και τη διαρκή βελτίωσή της.

Απασχόληση

Ο απώτερος στόχος ανάπτυξης του νέου συστήματος αξιολόγησης της αναπηρίας και της λειτουργικότητας και δημιουργίας των δομών και των υπηρεσιών που πρόκειται να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν το σύστημα αυτό, είναι οι περαιτέρω παρεμβάσεις για την οργάνωση της καθημερινής ζωής των ατόμων με αναπηρία συμπεριλαμβανομένης και της απασχόλησης ως προϋπόθεση κοινωνικής ενσωμάτωσης. Το άτομο με αναπηρία μπορεί να συνεχίσει την παλιά του εργασία ή να εκπαιδευτεί σε μια άλλη, αν η αναπηρία από την οποία πάσχει το καθιστά ανίκανο να την συνεχίσει, ακόμη και με τη χρήση βοήθειας και υποστήριξης. Απαραίτητη προϋπόθεση και στις δύο περιπτώσεις είναι η επαγγελματική εκπαίδευση και επανένταξη στο εργασιακό περιβάλλον. Η επαγγελματική επανένταξη έτσι, μπορεί να λάβει μια από τις παρακάτω μορφές:

- Επάγγελμα σε σύνηθες περιβάλλον.
- Προστατευμένη εργασία.
- Εργασία στο σπίτι.

Κοινωνική ενσωμάτωση - Καθημερινή ζωή

Τέλος, η χρήση ενός κοινού ταξινομικού συστήματος αξιολόγησης της αναπηρίας και της λειτουργικότητας μέσω των κατάλληλων παρεμβάσεων –τεχνικών βοηθημάτων, υποστηρικτικών παροχών και υπηρεσιών– αποσκοπεί συνολικά στην ανάπτυξη και βελτίωση της καθημερινής ζωής των ατόμων με αναπηρία και στην κοινωνική ενσωμάτωσή τους σε όλα τα επίπεδα: προσπελασιμότητα χώρων, εκπαίδευση, απασχόληση, επικοινωνία, πολιτική ζωή, ψυχαγωγία, αθλητισμός, συμμετοχή στο κοινωνικό γίνεσθαι. Η χρήση του ICF αποσκοπεί στην κατάργηση του κοινωνικού στίγματος στην πράξη. Τα μεγάλα βήματα αφορούν στην καθημερινή διαβίωση. Η επιλογή και ο καθορισμός των χρήσιμων μέσων καθημερινής διαβίωσης, πρέπει να καλύψει το σύνολο των αναγκών, ακόμη και των φαινομενικά απλών. Η αξιολόγηση αφορά στη φυσική και ψυχική κατάσταση και δυνατότητες εξέλιξης του ατόμου, το οικονομικό–οικογενειακό περιβάλλον, το περιβάλλον εργασίας ή εκπαίδευσης και το εξωτερικό περιβάλλον μετακίνησης. Ο επόμενος σημαντικός στόχος είναι η προσπελασιμότητα των χώρων. Για τη λειτουργικότητα του ατόμου με αναπηρία, απαιτείται η ειδική διαμόρφωση του περιβάλλοντος χώρου, ώστε να μπορεί να αποδώσει σύμφωνα με τις δυνατότητές του και εκτός της οικίας του και σε άλλους ρόλους και δραστηριότητες. Πρέπει λοιπόν, να υπάρξει η δυνατότητα για τα παρακάτω:

- Προσπέλαση κτιρίων κατοικίας, εργασίας και δημόσιων χώρων.
- Προσπέλαση χώρων επιμόρφωσης και ψυχαγωγίας
- Δυνατότητες μετακίνησης και χρήσης των χώρων κατοικίας (π.χ. ειδική διαμόρφωση κουζίνας και μπάνιου).
- Πρόσβαση στη χρήση μαζικών μέσων μεταφοράς.
- Πρόσβαση στα αεροδρόμια και αεροπλάνα.
- Δυνατότητα χρήσης ιδιωτικού αυτοκινήτου (εκτίμηση ικανότητας οδήγησης με τη χρήση τροποποιήσεων και προσαρμογών στο αυτοκίνητο ανάλογα με τις ανάγκες μεταφοράς και οδήγησης).

Από τη στιγμή που τα δύο βασικά ζητήματα, που είναι η ομαλοποίηση της καθημερινής ζωής και η προσβασιμότητα, μπορέσουν να υλοποιηθούν με αποτελεσματικό τρόπο, απομένουν οι επόμενοι κύριοι στόχοι: εκπαίδευση, απασχόληση, ψυχαγωγία. Τα ζητήματα της εκπαίδευσης και της απασχόλησης και ο τρόπος που το ICF συμβάλει στην ευόδωσή τους αναφέρονται παραπάνω. Το ζήτημα της ψυχαγωγίας, συνήθως, παραβλέπεται ως περιττή πολυτέλεια, αλλά η συμμετοχή των αναπήρων σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες είναι αυτή που θα δώσει τελικά το "χρώμα" της πραγματικής ενσωμάτωσης, το αίσθημα ότι όλοι δικαιούνται

και μπορούν να γεύονται τις χαρές της ζωής. Έτσι, οι ανάπηροι μπορούν να συμμετέχουν ενεργά σε αθλητικές, αλλά και σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

1.3 Η διεθνής πρακτική για την εφαρμογή της Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας.

Διεθνώς έχουν χρησιμοποιηθεί και χρησιμοποιούνται διάφορα συστήματα ταξινόμησης και αξιολόγησης της αναπηρίας, του βαθμού λειτουργικότητας των ατόμων με αναπηρία, της κατηγοριοποίησης των νόσων, και ούτω καθεξής, με σκοπό ερευνητικό, στατιστικό ή με στόχο τη διαμόρφωση πολιτικής και το σχεδιασμό των διευκολύνσεων που θα παρέχουν οι κοινωνίες στα άτομα με αναπηρία. Ανάμεσα στην επιστημονική και πολιτική οικογένεια όμως, δεν υπήρχαν κοινοί ορισμοί, κοινό πλαίσιο για την περιγραφή της υγείας, των σχετικών με την υγεία καταστάσεων, την αναπηρία, τη λειτουργικότητα και αυτό οδήγησε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στη δημιουργία της ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps Διεθνής Ταξινόμηση των Βλαβών, Ανικανοτήτων και Μειονεξιών), που ανακοινώθηκε το 1980 (το προκαταρκτικό σχέδιο αναπτύχθηκε το 1972). Η ICIDH ήρθε σε αντίθεση με την ICD (International Classification of Diseases), την ταξινόμηση για τις νόσους.

Το Συμβούλιο της Ευρώπης στο Στρασβούργο το 1993 δέχτηκε την ICIDH και την προώθησε στους διάφορους ειδικούς (ιατρικό κόσμο, επαγγελματίες υγείας, πολιτικούς συμβούλους κ.α.) για μεθοδολογικούς και ερευνητικούς σκοπούς με δεδομένο ότι οι έννοιες - ορισμοί της ICIDH επιδέχονταν μία και μόνη ερμηνεία, οπότε μπορούσαν να ξεκαθαρίσουν επιστημονικές, στατιστικές και άλλες διαφωνίες και διαμάχες, που εγείρονταν από την πολυπλοκότητα άλλων συστημάτων.

Μελέτες που διενεργήθηκαν από πολλές χώρες, όπως Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία, Γαλλία, Ισπανία, Γερμανία, Αυστραλία σε μεγάλο χρονικό διάστημα (1986- 1993) οδήγησαν στη λεπτομερή ανάλυση της ICIDH, στην κατανόηση τυχόν δυσκολιών που προέκυπταν κατά την εφαρμογή του και στην τελική αναθεώρησή του ύστερα από διεθνείς διαβουλεύσεις. Κατέληξαν με αυτόν τον τρόπο στην επικύρωση από τον ΠΟΥ της αναθεώρησης της ICIDH με τη μορφή του ICF (Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας) το 2001. Το ICF επρόκειτο να έχει μια ευρεία επίδραση στη διαμόρφωση πολιτικής και σχεδιασμού για τα άτομα με αναπηρία.

Το ICF μπορεί να θεωρηθεί σαν μια πολυδιάστατη ταξινόμηση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αξιολογήσει τη λειτουργικότητα ενός ατόμου (και αυτό σημαίνει το πώς διεκπεραιώνει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής) και την αναπηρία του, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικά πλαίσια και πληθυσμούς

ασθενών. Οι κωδικοί του ICF μαζί με τους κωδικούς διάγνωσης της ICD-10 παρέχουν πληρέστερη πληροφόρηση για ανάγκες υπηρεσιών, διάρκεια θεραπείας, και για τα λειτουργικά αποτελέσματα απ' ό,τι η διάγνωση μόνη της. Έτσι το ICF παρέχει καλύτερα δεδομένα που μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες ενός αυξανόμενου παγκόσμιου και ηλεκτρονικού περιβάλλοντος για τα συστήματα φροντίδας υγείας. Επιπροσθέτως το ICF παρέχει μια σημαντική ευκαιρία για βελτίωση της πρόσληψης πληροφοριών όσον αφορά τον περίπλοκο μηχανισμό των συστημάτων φροντίδας της υγείας.

Το ICF χρησιμοποιήθηκε σε πολλές χώρες, όπως θα δούμε παρακάτω, για μελετητικούς σκοπούς, στον τομέα της έρευνας, της στατιστικής και επιδημιολογίας, στη χάραξη κοινωνικής πολιτικής απέναντι στα άτομα με αναπηρία, στην αξιολόγηση διαφόρων προτύπων συστημάτων που χρησιμοποιούσαν διάφορες χώρες και στην τροποποίηση ή απόρριψη αυτών. Πολλές νέες μελέτες πραγματοποιήθηκαν για τη διασταύρωση των αποτελεσμάτων διαφόρων άλλων ερευνών που είχαν προηγηθεί χρησιμοποιώντας άλλους δείκτες και συστήματα αξιολόγησης και ταξινόμησης της υγείας ή της αναπηρίας. Το ICF ήρθε για να συμπορευτεί με τα περισσότερα από αυτά και όχι για να τα απορρίψει, αλλά τονίστηκε η ανάγκη για αξιολόγηση της λειτουργικότητας του ατόμου και της καλύτερης κατανόησης του όρου υγεία του ατόμου. Διάφορα άλλα συστήματα που χρησιμοποιούνται εκ παραλλήλου στις μελέτες είναι τα ακόλουθα :

Barthel index, FIM (Functional Independence Measure), HMQ (Health Measurement Questionnaire), GHQ (General Health Questionnaire), SHAQ (Stanford Health Assessment Questionnaire), MMSE (Mini Mental State Examination), EDSS (Expanded Disability Status Scale), CPT (Cognitive Performance Test), DAS (Disability Assessment Schedule), PDI (Physical Disability Index), GMFM (Gross Motor Function Measure), GMPM (Gross Motor Performance Measure), GMFCS (Gross Motor Function Classification System), και άλλα.

Ακολουθεί ένας πίνακας όπου συνοπτικά αναφέρονται διάφορες χώρες και οργανισμοί και οι εφαρμογές του ICF σε ερευνητικό, μελετητικό επίπεδο, σε νομοθετικά πλαίσια, στην κλινική πράξη, κλπ.

ΔΡΑΣΕΙΣ	ΠΟΥ	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	ΙΑΠΩΝΙΑ	ΜΕΞΙΚΟ	ΙΤΑΛΙΑ	ΙΝΔΙΑ	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	ΕΛΒΕΤΙΑ
Ηλεκτρονική καταγραφή δεδομένων υγείας	✓		✓		✓				
Χαρτογράφηση άλλων κλινικών εργαλείων	✓		✓						✓
Νομοθετικό πλαίσιο Νόμοι κατά των διακρίσεων				✓			✓	✓	
Μελέτες και έρευνες για μελλοντικές ανάγκες				✓					✓
Εκπαιδευτικό σύστημα Αξιολόγηση και ταξινόμηση μαθητών						✓		✓	
Κλινική εφαρμογή	✓ core sets	✓ core sets	✓	✓		✓			✓ Κύκλος αποκατάστασης Εργαλεία ICF tools
Ανάπτυξη νέων εργαλείων αξιολόγησης	✓			✓ Εκπαίδευση δραστηριοτήτων Πλάνο εφαρμογής αποκατάστασης ICF summary chart	✓	✓ Λειτουργική διάγνωση Δυναμικό λειτουργικό προφίλ	✓ ICF-FAS	✓	✓ checklist στη νευρο-αποκατάσταση
Σχεδιασμός πολιτικής για επιδόματα		✓	✓						
Αξιολόγηση ατόμων με αναπηρία		✓	✓	✓		✓		✓	

ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ΠΟΥ θέτει προτεραιότητα σε 3 κύρια προγράμματα εφαρμογής του ICF στην πρακτική και την έρευνα της αποκατάστασης:

- **χαρτογράφηση των υπαρχόντων εργαλείων μέτρησης γενικών και ειδικών καταστάσεων υγείας με την ορολογία του ICF**

Μέχρι σήμερα έχουν χαρτογραφηθεί τα ακόλουθα εργαλεία:

- Barthel Index (BI)
- Functional Independence Measure (FIM)
- The Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)
- London Handicap Scale (LHS)
- Short Form 36 Health Survey (SF-36)
- WHO Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)

- **ανάπτυξη, επικύρωση και εφαρμογή των ICF-Core Sets**

Το πρόγραμμα των ICF-Core Sets (ξεκίνησε το 2001) είναι ένα πρόγραμμα του Πανεπιστημίου του Μονάχου, δηλαδή του Ερευνητικού κλάδου του ICF του Γερμανικού Κέντρου Συνεργασίας του ΠΟΥ για τις Οικογένειες των Ταξινομήσεων WHOFIC και της ομάδας Ταξινόμησης, Αξιολόγησης και Ερευνών του ΠΟΥ, υπό τη διεύθυνση του καθ. Gerald Stucki. Η επικύρωση των 12 ICF-Core Sets για χρόνιες νόσους τελείωσε το 2008.

Core Sets	ΙΑΤΡΟΣ	Ψ/Λ	Ν/Π	Ε/Θ	Φ/Θ	Κ/Λ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ					✓	+
ΧΡΟΝΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ						
ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ	*					
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ						
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	✓					
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	✓				✓	
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ						
ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	✓				✓	
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ					✓	
ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ					✓	
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	✓	✓	✓	✓	✓	
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	✓			✓	✓	

- Η διαδικασία έχει ολοκληρωθεί, *= η διαδικασία έχει αρχίσει, += η εγκυρότητα των ICF core sets από την πλευρά των κοινωνικών λειτουργών έχει πραγματοποιηθεί γενικά χωρίς να έχει γίνει αναφορά σε συγκεκριμένη

κατάσταση υγείας. Ψ/Λ : ψυχολόγος, Ν/Π: νοσηλευτικό προσωπικό, Ε/Θ: εργοθεραπευτής, Φ/Θ: φυσικοθεραπευτής, Κ/Λ: κοινωνικός λειτουργός.

- **Ανάπτυξη, επικύρωση και εφαρμογή των νέων εργαλείων αξιολόγησης που βασίζονται στο ICF.**

- IRES-3 Indicators of Rehabilitation Status (γενικό εργαλείο που περιέχει όλους τους τομείς του ICF) 2005
- MSIP Multiple Sclerosis Impact Profile (εργαλείο εξειδικευμένο για νόσο που περιέχει όλους τους τομείς του ICF) 2008
- Functional Assessment in Migraine FAIM (εργαλείο εξειδικευμένο για νόσο που περιέχει όλους τους τομείς του ICF) 2005
- AM-PAC Activity Measure for Postacute Care (γενικό εργαλείο που περιέχει τομείς δραστηριότητας και συμμετοχής) 2004
- Mini-ICF-Rating for Mental Disorders Mini-ICF-P (γενικό εργαλείο που περιέχει τομείς δραστηριότητας και συμμετοχής) 2005
- PIPP Perceived Impact of Problem Profile (γενικό εργαλείο που περιέχει τομείς δραστηριότητας και συμμετοχής) 2006
- The Participation Scale (γενικό εργαλείο που περιέχει τομείς δραστηριότητας και συμμετοχής) 2006
- CHEC Community Health Environment Checklist (γενικό εργαλείο που περιέχει τομείς των περιβαλλοντικών παραγόντων)
- Developmentally Structured Interview for Children with Special Health Care Needs 2005
- Health Measurement in Geriatric Care 2005
- Health Related Quality of Life HRQOL 2005
- Using Rasch Analysis to Calibrate Measures in the FIM Instrument and the LIFEware SM system 2007
- Development of a Fuzzy Likert Scale for the WHO FIC 2007
- Development of Communication Scale for the Elders 2005

ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ

Η Αυστραλία είναι μια χώρα με ευρεία πολιτική για την αναπηρία. Έχει οργανωμένο σύστημα συλλογής στατιστικών στοιχείων, αλλά και οργανωμένες διοικητικές δομές που παρέχουν διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής ωφέλειας προς τους πολίτες, όπως το Centrelink, το οποίο ανήκει στο τμήμα των Ανθρωπίνων υπηρεσιών (Department of Human Services). Γι' αυτό το λόγο οι υπηρεσίες της απαιτούν ένα μεγάλο εύρος δεδομένων για να περιγράψουν το status των ανθρώπων με αναπηρία στον πληθυσμό και την πρόσβασή τους στις κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες. (ICF Australian user guide, AIHW,2003, www.centrelink.gov.au)

Σ' αυτήν του την προσπάθεια το AIHW (Australian Institute of Health and Wealth) (Αυστραλέζικο Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας) χρειαζόταν μια κοινή κατανόηση, αντίληψη από όλους τους φορείς για τους κοινούς ορισμούς της αναπηρίας. Η αποδοχή από το AIHW του ICF ως χρήσιμου θεμελιώδους πλαισίου εργασίας για τα εθνικά δεδομένα προέκυψε ύστερα από χρόνια συζητήσεων, μελετών και συσκέψεων. (Madden et al, 2003).

Πολλοί διαφορετικοί ορισμοί χρησιμοποιούνταν τόσο σε διοικητικές έρευνες και συλλογές δεδομένων, όσο και στο Κοινοβούλιο. Τέσσερις κατηγορίες ορισμών ήταν σε εφαρμογή:

- ευρείς περιεκτικοί ορισμοί για την έρευνα του πληθυσμού και για τα μέτρα κατά των διακρίσεων, όπως η Survey of Disability, Ageing and Carers και Commonwealth Disability Discrimination Act το 1992,
- ορισμοί για γενικές ή “mainstream” υπηρεσίες, όπως εκπαιδευτικά προγράμματα,
- ορισμοί για στήριξη εισοδήματος, ασφάλειας και κοινωνικής προστασίας (όπως συντάξεις αναπηρίας και πληρωμές φροντιστών),
- ορισμοί για υπηρεσίες υποστήριξης των αναπήρων (όπως Commonwealth, State and Territory Disability Services Legislation).

Συμπεραίνεται ότι δε θα μπορούσε να υπάρχει ένας μόνο ορισμός της αναπηρίας. Ο σκοπός της ανάπτυξης των δεδομένων αναπηρίας δεν ήταν να φτάσουν σε ένα μοναδικό ορισμό της αναπηρίας, αλλά καλύτερα να διευκρινίσουν τους όρους που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να συσχετίσουν μεταξύ τους τους ορισμούς και τα δεδομένα από τα διαφορετικά συστήματα.

Το draft (προκαταρκτικό σχέδιο) της ICIDH-2 είχε φανεί ως κατάλληλο πλαίσιο εργασίας με το οποίο να απεικονίσουν- χαρτογραφήσουν τη λειτουργία και την αναπηρία.

Οι όροι «λειτουργία» και «αναπηρία» είναι οι κυριαρχούσες αρχές της ταξινόμησης, - όσο περισσότερο ένα άτομο θεωρεί ότι οι δραστηριότητές του είναι περιορισμένες ή ότι η συμμετοχή του παρεμποδίζεται, τόσο περισσότερο θα αυτοχαρακτηρίζεται ως «ανάπηρο». Κατά τον ίδιο τρόπο, μια υπηρεσία μπορεί να περιγράψει τα κριτήρια της καταλληλότητάς της σε σχέση με τις δραστηριότητες για τις οποίες τα άτομα χρειάζονται βοήθεια, τον εξοπλισμό που χρειάζονται για να πραγματοποιείται μια δραστηριότητα χωρίς δυσκολία, ή τη συμμετοχή που αυτοί θέλουν να αυξήσουν.

Αυτές οι διαδικασίες επιβεβαίωσαν ότι οι περισσότεροι ορισμοί για την αναπηρία που χρησιμοποιούσε η Αυστραλία μπορούσαν να χαρτογραφηθούν από το draft της ICIDH-2. Οπότε το ICIDH-2 και αργότερα το ICF εμφανίστηκαν να είναι μια χρήσιμη βάση μέσα στην οποία να στρατολογηθούν τα στοιχεία των εθνικών δεδομένων.

Στην Αυστραλία, οι αναπηρίες συχνά ταξινομούνται σε ομάδες αναπηρίας που παρέχουν κατηγοριοποίηση της αναπηρίας που βασίζεται όχι μόνο στην υποκείμενη κατάσταση υγείας και τις βλάβες αλλά στους περιορισμούς της δραστηριότητας και συμμετοχής.

Το National Community Services Data Dictionary στην 3^η έκδοση παρέχει ορισμούς και οδηγίες για τη χρήση των ομάδων αναπηρίας. Οι εθνικές ομαδοποιήσεις της αναπηρίας για την Αυστραλία έχουν γίνει δεκτές για χρήση στην Commonwealth/State Disability Agreement minimum data set collection (CSDA MDS) και έχουν αναπτυχθεί και τροποποιηθεί για πάνω από μια δεκαετία. (AIHW 2003). Υπάρχουν πέντε κύριες ομάδες αναπηρίας με τις τέσσερις πρώτες να χρησιμοποιούνται ευρύτατα στη νομοθεσία και τις διοικητικές ταξινομήσεις. Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι οι ομάδες αναπηρίας δεν ταξινομούν ανθρώπους, αλλά μάλλον κατηγοριοποιούν την εμπειρία των ανθρώπων σε διάφορους τομείς της δραστηριότητας και της αναπηρίας.

- Νοητική (νοητικό / μαθησιακό / αναπτυξιακές διαταραχές/ αυτισμός, κλπ)
- Ψυχιατρική
- Αισθητήρια/ Λόγος (τυφλόκωφα/ όραση/ ακοή/ λόγος)
- Σωματική- Φυσική (σωματικά/ διάφορα προβλήματα)
- Επίκτητες εγκεφαλικές βλάβες (νευρολογικά προβλήματα).

Στην Bethesda το 2001 στη συνάντηση όλων των συνεργαζόμενων με τον ΠΟΥ κέντρων για τις διεθνείς ταξινομήσεις οι Sykes, Madden & Hargreaves αναφέρθηκαν στην πιθανή χρήση του ICF στην αξιολόγηση του συστήματος αποκατάστασης των αναπήρων.

«Αποκατάσταση» ορίζεται η διαδικασία που στοχεύει στο να επιτρέψει, να δώσει τη δυνατότητα στα άτομα με αναπηρίες να φτάσουν και να διατηρήσουν τα βέλτιστα

σωματικά, διανοητικά, αισθητηριακά, ψυχιατρικά και / ή κοινωνικά λειτουργικά επίπεδα, και έτσι τους παρέχει τα εργαλεία για να αλλάξουν τις ζωές τους προς ένα υψηλότερο επίπεδο ανεξαρτησίας. (United Nations 1994).

Η αποκατάσταση περιγράφεται σε τρία στάδια για κλινικούς αλλά και διαχειριστικούς σκοπούς :

- Αρχική - πρωτοβάθμια που εμπλέκει το ενεργό στάδιο της κατάστασης της υγείας (νόσος, διαταραχή, τραύμα) και οποιαδήποτε παρέκκλιση από το φυσιολογικό στο σωματικό επίπεδο.
- Ιατρική - δευτεροβάθμια που εμπλέκει την αντιμετώπιση της υποξείας παθολογίας. Οι στόχοι αφορούν στην αποκατάσταση των λειτουργικών περιορισμών σε ατομικό επίπεδο και τελούνται μέσα σε νοσοκομεία ή κλινικές αποκατάστασης.
- Επαγγελματική – τριτοβάθμια που κατευθύνεται προς τη διαδικασία ελαχιστοποίησης της επίδρασης που οι λειτουργικοί περιορισμοί έχουν στο κοινωνικό και επαγγελματικό ρόλο του συγκεκριμένου ατόμου. Συνήθως αυτή λαμβάνει χώρα στην κοινότητα/ κοινωμία.

Το ICF παρέχει πολύ καλά τις πληροφορίες που απαιτούνται, ιδιαίτερα για τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια αποκατάσταση. Οι αλλαγές στη λειτουργικότητα και την αναπηρία είναι το αποτέλεσμα της αποκατάστασης.

Οι Αυστραλοί ερευνητές από το AIHW ύστερα από προσεκτικές μελέτες για το ICF και σύμφωνα και με τις επιταγές του κατέληξαν στο να τονίσουν στον οδηγό εφαρμογής που εξέδωσαν ότι το ICF δεν είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης ή μέτρησης, αλλά μάλλον ένα πλαίσιο εργασίας και μια ομάδα ταξινομήσεων πάνω στην οποία μπορούν να βασιστούν και να χαρτογραφηθούν εργαλεία αξιολόγησης και μέτρησης. Αυτή η διάκριση μπορεί να παρεξηγηθεί, με τους ανθρώπους πολλές φορές να αναφέρονται στο ICF σαν να είναι το ίδιο ένα εργαλείο αξιολόγησης ή μια ομάδα δεδομένων.

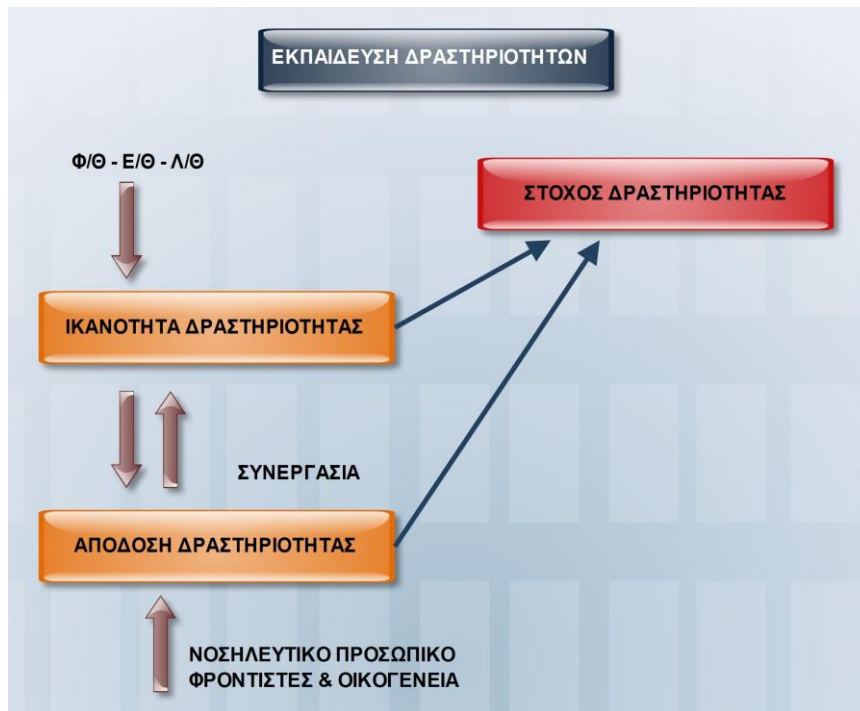
ΙΑΠΩΝΙΑ

Εφαρμογή το ICF στην Εθνική Νομοθεσία και Πολιτική

- Το ICF εισήχθη στην εθνική νομοθεσία και πολιτική στην Ιαπωνία, όχι μόνο στους τομείς που σχετίζονταν με την αναπηρία, τη φροντίδα της υγείας και τη μακροχρόνια φροντίδα, αλλά και σε πολλούς άλλους τομείς.
- Βασικό Πρόγραμμα για Άτομα με Αναπηρία, 2002 : καθορίζει τη γενική πολιτική της κυβέρνησης και θέτει σαφείς αριθμητικούς στόχους στις δημόσιες υπηρεσίες για τα άτομα με αναπηρία.

- Biwako Millenium Framework for Action Towards an Inclusive, Barrier-free and Rights-based Society for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific 2002 : η διακήρυξη τόνιζε ότι η «περισσότερο ευρεία χρήση του ICF σε χώρες της περιοχής αναμένεται να παράσχει μια βάση για την ανάπτυξη ενός κοινού συστήματος για τον ορισμό και την ταξινόμηση της αναπηρίας».
- Report of the Commission on the Rehabilitation of the Elderly People 2004: Η αναφορά με τίτλο « Η νέα Κατεύθυνση της Αποκατάστασης των Ηλικιωμένων Ατόμων» βασίζεται στη θεωρία του ICF και τονίζει τη σημασία της εισαγωγής ενός μοντέλου αποκατάστασης και πρόληψης της αναπηρίας.
- Report of the Commission on the Care of the Elderly People (Υπουργείο Υγείας, Εργασίας και Ευημερίας) 2003: Η αναφορά με τίτλο «Η φροντίδα των Ηλικιωμένων Ατόμων το 2015» δηλώνει ότι «η αποκατάσταση πρέπει να βασίζεται στο ICF και να παρέχεται σαν εξατομικευμένο πρόγραμμα για τη βελτίωση της ανεξαρτησίας στις δραστηριότητες..... και καλύτερη λειτουργικότητα.»
- Πρόληψη αναπηρίας στην Τρίτη ηλικία, 2005 Η πρόληψη της αναπηρίας έχει γίνει ένα πολύ σημαντικό θέμα στην Ιαπωνία. Ο λόγος είναι μια πρωτοφανής αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας και ένα αυξανόμενο οικονομικό βάρος στην ιατρική και μακροχρόνια φροντίδα (δευτεροβάθμια φροντίδα). Η πρόληψη της αναπηρίας (για την οποία χρησιμοποιείται η φράση «πρόληψη της εξαρτώμενης φροντίδας κατάστασης care-dependent state») στην τρίτη ηλικία βρίσκεται στη διαδικασία δραστικών αλλαγών και το ICF παίζει σημαντικό ρόλο
- Πρόληψη αναπηρίας ύστερα από Φυσικές Καταστροφές, 2005. Η αναφορά της «Επιτροπής του Προγράμματος Σεισμών και άλλων Φυσικών Καταστροφών στις αγροτικές περιοχές» δίνει έμφαση στην ανάγκη πρόληψης όχι μόνο των ασθενειών και τραυματισμών αλλά επίσης στη έκπτωση της λειτουργικότητας εξαιτίας του περιορισμού της δραστηριότητας και της συμμετοχής που προκαλείται από μεγάλες περιβαλλοντικές αλλαγές που οδηγούν σε σύνδρομα αχρηστίας – μη χρήσης.
- Υποστήριξη της Ανεξάρτητης Διαβίωσης των ατόμων με Νοητική αναπηρία στην Κοινότητα, 2005. η αναφορά της «Επιτροπής για την Υποστήριξη της Ανεξάρτητης Διαβίωσης των ατόμων με Νοητική αναπηρία στην Κοινότητα» δηλώνει ότι « η αποτελεσματική χρήση του ICF, η οποία δίνει έμφαση στις θετικές πλευρές του ατόμου με αναπηρία, θα πρέπει να μελετηθεί έτσι ώστε να εισαχθεί στην αξιολόγηση των ατόμων με νοητική αναπηρία».

- Εισαγωγή της θεωρίας του ICF στο Ασφαλιστικό σύστημα για την πρωτοβάθμια – Ιατρική και δευτεροβάθμια- μακροχρόνια Φροντίδα. Στην Ιαπωνία κάθε πολίτης ασφαρίζεται υποχρεωτικά για την ιατρική φροντίδα από το 1958, και όλοι οι πολίτες άνω των 65 χρόνων ασφαρίζονται και για τη δευτεροβάθμια – μακροχρόνια φροντίδα από το 2000. Η αναπροσαρμογή των αρχών και της τιμολογιακής πολιτικής για την ασφάλιση γίνεται κάθε δεύτερο χρόνο και γίνεται με διαβούλευση των ασφαλιστικών φορέων, των φορέων παροχής φροντίδας και ουδετέρων μελών. Από το 2002 το ICF εισήχθη στην αναθεώρηση της Ιατρικής Ασφάλισης και από το 2003 στην Ασφάλιση Δευτεροβάθμιας φροντίδας.
- Εφαρμογή το ICF στον Ορισμό της «Αποκατάστασης» στην ασφάλιση Δευτεροβάθμιας φροντίδας. « Ο σκοπός της αποκατάστασης είναι η βελτίωση της λειτουργικότητας. Αποτελείται από τη φυσικοθεραπεία, την εργοθεραπεία, τη λογοθεραπεία κλπ., που μάχονται για την επίτευξη υψηλότερου επιπέδου ανεξαρτησίας στις δραστηριότητες της πρακτικής καθημερινής ζωής».
- Ορισμός της «Εκπαίδευσης Δραστηριοτήτων» στην Ασφάλιση για την πρωτοβάθμια – Ιατρική και δευτεροβάθμια- μακροχρόνια Φροντίδα.
 - 1) Η Εκπαίδευση Δραστηριοτήτων έχει στόχο τη βελτίωση της ανεξαρτησίας στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής και αποτελείται από την εκπαίδευση της βάρδισης και άλλων δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται όχι στο γυμναστήριο ή στην αίθουσα συνεδριών, αλλά μέσα στο θάλαμο της κλινικής ή στο εξωτερικό περιβάλλον.
 - 2) Η ικανότητα της δραστηριότητας που αυξήθηκε μέσω αυτής της εκπαίδευσης πρέπει να χρησιμοποιηθεί πρακτικά στην πραγματική απόδοση στην καθημερινή ζωή στο νοσοκομείο ή το σπίτι μέσω οδηγιών από τους νοσηλευτές, φροντιστές, κλπ.
 - 3) Τα ακόλουθα δεν περιλαμβάνονται : εκπαίδευση βάρδισης μέσα σε παράλληλες μπάρες στο θάλαμο ή το διάδρομο, εκπαίδευση βάρδισης σαν βασική άσκηση κίνησης και ασκήσεις ισορροπίας στην καθιστή θέση.



Σχεδιασμός και εφαρμογή του «πλάνου εφαρμογής αποκατάστασης». Ο σχεδιασμός του προγράμματος αποκατάστασης σύμφωνα με αυτό το πλάνο έγινε υποχρεωτικός σε κάθε μονάδα αποκατάστασης.

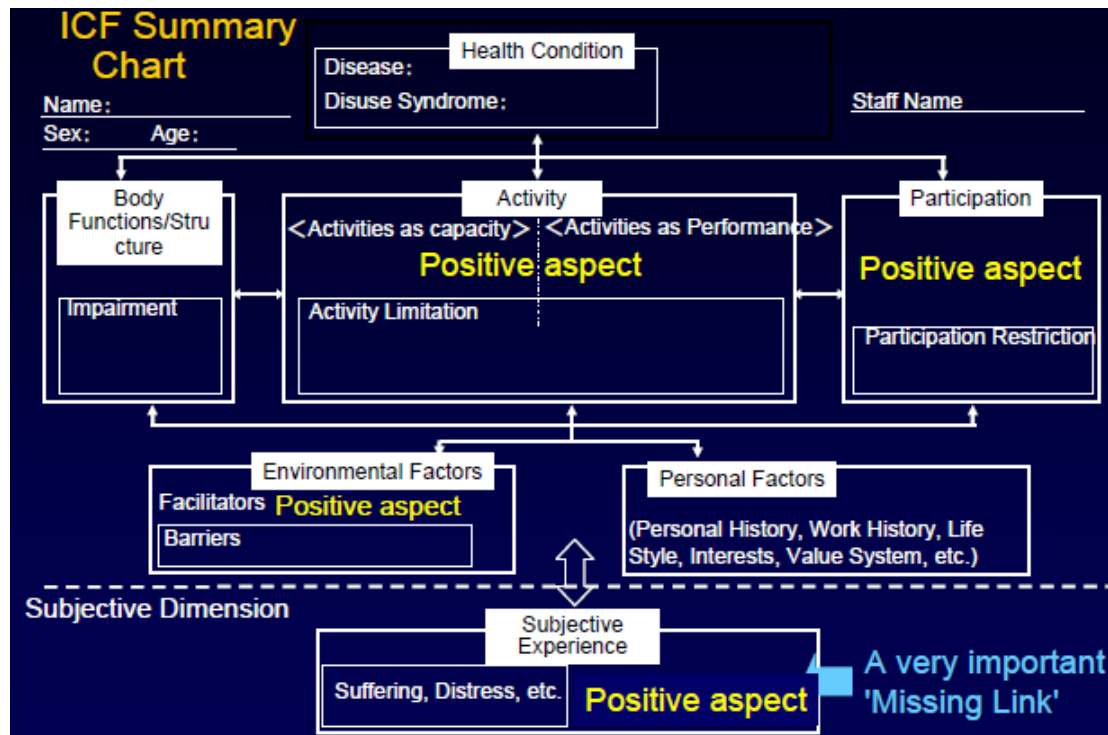
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ «ΠΛΑΝΟΥ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ»

		ΣΤΟΧΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	
I	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	ΣΤΟΧΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ		
C	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	ΣΤΟΧΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	ΑΠΟΔΟΣΗ	ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ
F	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ			

Χρήση του ICF στη Διεθνή Συνεργασία

- 1) Διεθνής συνεργασία για την εκπαίδευση του ICF στην Κεντρική Αμερική και την περιοχή της Καραϊβικής. Σεμινάρια εφαρμογής του ICF στην αποκατάσταση και σε θέματα αναπηρίας στην Κόστα Ρίκα και τη Δομινικανή Δημοκρατία το 2001-2006 χρησιμοποιώντας τον "ICF Summary Chart".

- 2) Διεθνής εκπαιδευτική δραστηριότητα στην Ιαπωνία με εκπαιδευμένους από Ασία, Αφρική και Λατινική Αμερική, 2003-2009 χρησιμοποιώντας τον “ICF Summary Chart” και βινιέτες.



ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Το Γερμανικό Συμβούλιο για την Ταξινόμηση και την Ορολογία της Υγείας (Dutch Classification and Terminology Committee for Health) διεξήγαγε διάφορες έρευνες με βάση την ICIDH για τους τομείς των αναπηριών, για το ίδιο το ICIDH και την εφαρμογή του στα συστήματα πολιτικής και κοινωνικής πρόνοιας και επίσης από το 1993 το χρησιμοποίησε ως εργαλείο για την ταξινόμηση των διαγνώσεων και των διαγνωστικών ευρημάτων στην λογοθεραπεία.

- Στο σύστημα κοινωνικής πολιτικής και πρόνοιας παρατηρούνται τα παρακάτω:

Άτομα ανάπηρα είναι εκείνα που η φυσική τους λειτουργία ή πνευματική ικανότητα και η ψυχολογική λειτουργία διαφέρει πολύ σε σχέση με άτομα του ίδιου φύλου και ηλικίας για περισσότερο από 6 μήνες με αποτέλεσμα να μην μπορούν να λειτουργούν στις καθημερινές δραστηριότητές τους και να συμμετέχουν αποτελεσματικά χωρίς περιορισμούς στην κοινωνική ζωή.

Άτομα με πολύ σοβαρή αναπηρία είναι εκείνα που υπερβαίνουν το ποσοστό 50%. Άτομα με ποσοστό 30-50% μπορεί και αυτά να θεωρούνται σαν άτομα με σοβαρή αναπηρία όταν λόγω της περιορισμένης λειτουργικότητάς τους δεν είναι

σε θέση να εργασθούν. Δίδεται μεγάλη σημασία στην έννοια δυνατότητα συμμετοχής όπως ορίζεται και βαθμολογείται από το ICF.

Η αναπηρία μπορεί να αναφέρεται σε 4 διαφορετικές έννοιες:

1. Σωματική ψυχική και ιατρικά εμφανής αναπηρία (φυσική αναπηρία)
2. Κοινωνική αναπηρία (η αναπηρία προκαλεί περιορισμό στην κοινωνική ζωή πχ βατταρισμός)
3. Εργασιακή αναπηρία (κώφωση)
4. Μαθησιακή αναπηρία (άτομα με μαθησιακές δυσκολίες)

ΜΕΞΙΚΟ

Το Κέντρο Συνεργασίας του ΠΟΥ στο Μεξικό (CEMEDE) συνεργάζεται με το αντίστοιχο κέντρο στη Βραζιλία για την εφαρμογή του ICF καθώς και με τα κέντρα στη Βενεζουέλα, την Κούβα και την Κολομβία με σκοπό την ενδυνάμωση των συνεργαζόμενων προσπαθειών στην ευρύτερη περιοχή. Το κέντρο βρίσκεται σε συνεχή συντονισμό με το Υπουργείο Υγείας στην Αργεντινή και την Κούβα για τη διάδοση και την εφαρμογή του ICF σε διάφορους τομείς της υγείας. Μετέχει στην Εκπαιδευτική επιτροπή του ΠΟΥ για τις Οικογένειες των Ταξινομήσεων WHOFIC, στις επίσημες μεταφράσεις στην Ισπανική γλώσσα και στην εκπαίδευση των χρηστών στην ICD-10, στο ICF και την ICD-O.

ΙΤΑΛΙΑ

Στην Ιταλία χρησιμοποιήθηκε το ICF-CY στην περιοχή της Veneto για την αξιολόγηση των μαθητών με αναπηρία στη διαδικασία της κοινωνικής και εκπαιδευτικής ενσωμάτωσης. Το πρόγραμμα εκμεταλλεύτηκε τη μακροχρόνια εμπειρία από τη μελέτη του ICF και του ICF-CY του Επιστημονικού Ινστιτούτου Medea, του ερευνητικού κλάδου του Ιταλικού Κέντρου Συνεργασίας με τον ΠΟΥ για τις Οικογένειες των Ταξινομήσεων WHOFIC και του Ιταλικού Δικτύου Αναπηρίας (Disability Italian Network DIN <http://www.icfitaly.it/>). Το πρόγραμμα ανέπτυξε νέα εργαλεία για την τεκμηρίωση και την επικοινωνία ανάμεσα στις Υπηρεσίες Αναπηρίας, τα σχολεία και τους γονείς χρησιμοποιώντας τη γλώσσα και το πλαίσιο του ICF-CY. Τα εργαλεία που αναπτύχθηκαν ήταν :

- Η Κάρτα Ανακοίνωσης (KA) του μαθητή με μαθησιακές δυσκολίες την οποία συμπληρώνει το σχολείο για την Υπηρεσία Αναπηρίας (περιέχει μόνο κατηγορίες δραστηριότητας και συμμετοχής στο σχολικό περιβάλλον και κωδικοποιείται η απόδοση του στο πραγματικό περιβάλλον)

- Η Λειτουργική Διάγνωση (ΛΔ) που συμπληρώνεται από την Υπηρεσία Αναπηρίας (υπηρεσίες κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας) και περιγράφει αναλυτικά τη λειτουργικότητα του μαθητή, τα λειτουργικά ελλείμματα της ψυχοσωματικής του κατάστασης, το δυναμικό του και την ικανότητά του (περιέχει μόνο κατηγορίες σωματικών λειτουργιών και δραστηριότητας και συμμετοχής και κωδικοποιείται μόνο η ικανότητά του)
- Το Δυναμικό Λειτουργικό Προφίλ (ΔΛΠ) (Dynamic Functional Profile), επικεντρωμένο στη δραστηριότητα και τη συμμετοχή. Έχει 2 μέρη : το πρώτο περιγράφει το μαθητή σύμφωνα με τις κατηγορίες δραστηριότητας και συμμετοχής και με τον προσδιοριστή απόδοσης από την ΚΑ και ικανότητας από τη ΛΔ, και συμπληρώνεται από την κρίση των γονέων. Αυτό το πρώτο μέρος παρέχει τη βάση για την αναγνώριση των στόχων για την ανάπτυξη του μαθητή. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει δύο τμήματα, το πρώτο που περιγράφει τους τομείς με τη μεγαλύτερη πιθανότητα βελτίωσης και το δεύτερο που αναφέρεται στην ιεράρχηση των στόχων.
- Το Εξατομικευμένο Εκπαιδευτικό πλάνο που καθορίζει τις παιδαγωγικές λύσεις που πρέπει να υποστηρίζουν την επίτευξη των στόχων που αναφέρονται στο ΔΛΠ. Η διεπιστημονική ομάδα (δάσκαλοι, γονείς, επαγγελματίες από την Υπηρεσία Αναπηρίας) καθορίζουν τις δραστηριότητες, τις μεθόδους, τους διευκολυντές, το χρονισμό, τη σύσταση της ομάδας, τα ορόσημα και τους δείκτες για τους αναμενόμενους στόχους.

Τα παραπάνω αποτελούν από το 2007 το επίσημο πρωτόκολλο που χρησιμοποιείται στην επαρχία της Treviso για την εφαρμογή της ενσωμάτωσης των μαθητών με αναπηρία σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης.

ΙΝΔΙΑ

Παρόλο που μέχρι σήμερα (2010) καμιά ανακοίνωση δεν έχει γίνει για την εφαρμογή του ICF στην Ινδία, από το αντίστοιχο Κέντρο Συνεργασίας, το κύριο μέλημά τους για την προώθησή της εφαρμογής του είναι η εθνική βάση δεδομένων. Επιπροσθέτως υπάρχει η ανάγκη για ένα ενιαίο εργαλείο σε όλη τη χώρα (όπως και σε όλο τον πλανήτη) σαν εργαλείο αξιολόγησης για την ταυτοποίηση όπως και για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων. Το πρόγραμμα Εκπαίδευση για Όλους έχει αναδειχτεί στο μεγαλύτερο πρόγραμμα για παιδιά με ειδικές ανάγκες στην Ινδία. Είναι γνωστό και ως Sarva Shikhsa Abhiyan SSA και έχει υιοθετήσει την «Πολιτική Μηδενικής Απόρριψης» διαβεβαιώνοντας ότι κάθε παιδί με αναπηρία, ανεξάρτητα από το βαθμό και την κατηγορία της, πρέπει να λαμβάνει σημαντική και ποιοτική

εκπαίδευση. Έτσι οι μελετητές του Κέντρου Συνεργασίας στην Ινδία υιοθέτησαν προσδιοριστές του ICF για να αναπτύξουν την κλίμακα ICF-FAS (Functional Assessment Scale) για παιδιά με βλάβες στην ακοή για να αναπτύξουν μια βάση δεδομένων και ένα εργαλείο αξιολόγησης των παρεμβάσεων και των αποτελεσμάτων αυτών. Περιλαμβάνει 82 κωδικούς και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα ηλικίας 6-31 ετών.

ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ

Δράσεις στη Λιθουανία για τις ταξινομήσεις του ΠΟΥ πραγματοποιούνται από το 1992 όπως επίσημα αναφέρονται. Έχουν γίνει επίσημες μεταφράσεις των ICIDH (1992), ICD-10 (1992,1997), DSM-III (1993), ICF (2004).

Κυρίως χρησιμοποιήθηκε στο εκπαιδευτικό σύστημα με τα κάτωθι προγράμματα:

- 1994 Ταξινόμηση των Βλαβών/ αναπηριών (Ψυχοπαιδαγωγική ταξινόμηση για την αξιολόγηση των παιδιών βασισμένη στην ICIDH).
- Νόμος περί ειδικής εκπαίδευσης (έκανε χρήση κατηγοριών από την ICIDH)
- Χρήση των κατηγοριών του ICF στην στανταρισμένη κλίμακα της Λιθουανίας για την προσαρμοσμένη συμπεριφορά για παιδιά.

Μελλοντικά βήματα αναφέρονται για την περαιτέρω εφαρμογή του ICF.

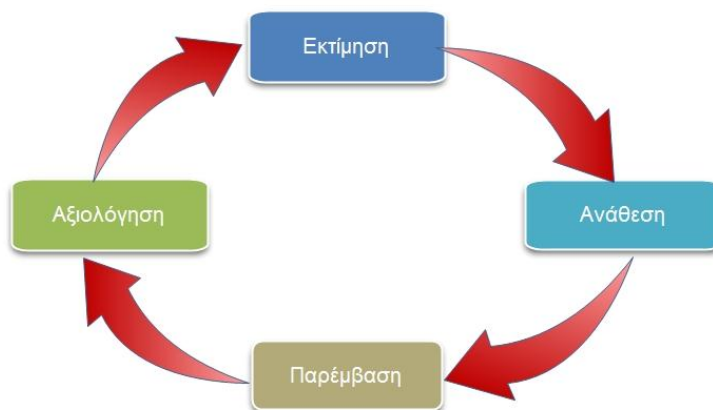
- Εφαρμογή του ICF σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με αναπηρία 2003-2012
- Επανεξέταση της Ψυχοπαιδαγωγικής ταξινόμησης για τις ψυχολογικές και ψυχοπαιδαγωγικές υπηρεσίες
- Δημιουργία ομάδας εργασίας και Λιθουανικού κέντρου ICF
- Συνεργασία με WHO, Nordic centre και άλλους για τη μελέτη και εφαρμογή της ταξινόμησης.

ΕΛΒΕΤΙΑ

Από τον Απρίλιο του 2002 στη Λουκέρνη της Ελβετίας εφήρμοσαν το ICF στην καθημερινή εργασία όλων των μελών του προσωπικού της νευροαποκατάστασης. Η μονάδα στην οποία εφαρμόστηκε είναι αναγνωρισμένη ως κέντρο πρώιμης αποκατάστασης για ασθενείς με εγκεφαλικές βλάβες, ιδίως ασθενείς με εγκεφαλικά επεισόδια και τραυματικές εγκεφαλικές κακώσεις. Η ομάδα αποκατάστασης που αποτελείτο από γιατρούς γενικής ιατρικής, νευροψυχολόγους, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς εκπαιδεύτηκε στην εφαρμογή το ICF. Είχε προηγηθεί πιλοτική μελέτη το 1997/1998

και ανάλυση της εφαρμογής του ICF στη λογοθεραπεία, αναπτύχθηκε η βασική checklist και η εκπαίδευση του προσωπικού (1999/2000), αναπτύχθηκε η νέα δομή των checklists από τις διάφορες ειδικότητες (2001) και τέλος πέρασαν στην ολική εφαρμογή από το 2002. Μετά από αρκετό χρονικό διάστημα εφαρμογής του παραπάνω προγράμματος κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή του ICF βελτίωσε την ποιότητα της δουλειάς στη μονάδα της νευρολογικής αποκατάστασης. Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των διεπιστημονικών διαδικασιών, συνεισέφερε σε μια συστηματική προσέγγιση των απαιτήσεων της αξιολόγησης, της αναγνώρισης των στόχων και του σχεδιασμού του προγράμματος αποκατάστασης.

Στην Ελβετία εδρεύει το Swiss Paraplegic Research Centre το οποίο έχει αναπτύξει ιδιαίτερα εργαλεία βασισμένα στο ICF τα οποία χρησιμοποιούνται διεθνώς πλέον μιας και συνάδουν και με τα ICF core sets. Βασίζονται στον κύκλο της αποκατάστασης rehab- cycle, ο οποίος φαίνεται παρακάτω και απεικονίζει τα 4 στάδιά του.



Ο κύκλος της αποκατάστασης βοηθά τους επαγγελματίες που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενή να συντονίσουν τη δράση τους. Τα εργαλεία του ICF που αναπτύχθηκαν μπορούν να ενσωματωθούν σε αυτή τη διαδικασία όπως φαίνεται στο ακόλουθο σχήμα:

ΚΥΚΛΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ICF ΕΡΓΑΛΕΙΑ
ΕΚΤΙΜΗΣΗ	ICF CORE SETS ICF ΦΥΛΛΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ICF ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ	ICF ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ICF ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ICF ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Το Φύλλο Εκτίμησης ICF (ICF **Assessment Sheet**) παρέχει σημαντική πληροφόρηση για τη λειτουργικότητα του ασθενή και συμπληρώνεται από τον ασθενή (με δικά του λόγια περιγράφει τη δική του άποψη για την κατάστασή του) και από τους επαγγελματίες υγείας με χρήση ορολογίας και κατηγοριών ICF. Παράδειγμα φαίνεται στην παρακάτω σελίδα.



































Ακολούθως συμπληρώνεται το έντυπο με τους κωδικούς αναλόγως με το core set που αντιστοιχεί στο άτομο και τέλος το έντυπο που περιγράφει το προφίλ του (ICF categorical profile). Στη συνέχεια η ομάδα αποκατάστασης συμπληρώνει το εργαλείο του πίνακα παρέμβασης (ICF intervention table) όπου κυρίαρχο ρόλο παίζουν οι στόχοι των ειδικοτήτων. Σε εύλογο χρονικό διάστημα η ομάδα αξιολογεί το άτομο και συμπληρώνει τον πίνακα αξιολόγησης (ICF evaluation display). Οι παραπάνω πίνακες φαίνονται ενδεικτικά στις επόμενες σελίδες.

Patients' Perspective	<p>From time to time I have pain in my back My bladder and bowel are impaired Exercises do not exhaust me I have problems with my body balance I can't control my abdominals I haven't been allowed to prop on my right hand (fracture of radius) I once had a pressure sore I can't sit up from a spine position I have problems while sitting because of little body balance</p>	<p>I need support in transferring myself (esp. into a car) but I can turn from back to side position Handling barriers with the wheelchair is difficult I want to drive a car I need support in washing myself I need support in caring for my skin I can't use the toilet by myself I can't dress myself because of my broken arm I teach my parents and friends how to help me</p>	<p>I spend a lot of time with my friends I talk to other wheelchair drivers I spend time with my visitors in the rehab-center I will finish my general qualification for university entrance I organize and participate in our youth club In my free time I read more than before the accident I used to do sports and I want to do sports again</p>
Health Professional Perspective	Body-Functions/-structures	Activity	Participation
	<p>b265 No touch functions below Th3 b415 Blood vessel functions- at risk b420 Low blood pressure b525 Faecal incontinence b620 Urinary incontinence b7101 Reduced mobility of knee joints (extension) b7303 No muscle power functions below Th3 b735 Constant spasticity below Th3 b750 No reflex functions below in lower extremity b755 Reduced body balance b7603 Above average movements functions below Th3 b7800 Muscle stiffness of M. ischiocurale b810 Structure of the skin- at risk</p>	<p>d155 Above average in acquiring skills d410 Partial limitations in changing body positions d4153 Instability in sitting position d4200 Partially limitations in transferring (support by one person) d465 Complete limitation in overcoming barriers with the wheelchair d510 Partial limitations in washing oneself d520 Partial limitations in caring for body parts d5300 Complete limitations in bowel management d5301 Complete limitations in bladder management d540 Partial limitations in dressing</p>	<p>d9201 Restricted sport activities</p>
	Environmental Factors	Personal Factors	
	<p>e1101 Drugs (when in pain) e1151 Rubbing plate and chair cushion e1201 Need for an adapted car Manual wheelchair e150 No barriers in the centre e155 Living in a farmer's house e1602 Ramps and stairs disable in moving the wheelchair e310 Parents support him e320 Large supportive circle of friends e355 Health professionals support him e570 Insurance should support him e5750 General social support services may support him</p>	<p>Male, 19 years Apprenticeship for cabinet maker Has a girlfriend Living with his family Sportive person Wants to accept his situation Is excited to discover his physical limits</p>	<p>Learning each day more and more Wants to aim at his independence Does not doubt in achieving his goals Wants to develop ideas for his profession Coping strategies</p>

	Intervention target	Intervention	Phys	Nurse	PT/ Spo	OT	Psych	SW	Arch	First value	Goal value	End value	
Body functions/structures	b28013 Pain in the back	Body posture training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		Adaptation of wheelchair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		Control of sitting position	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	0	1
		Medication	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	b415 Blood vessel functions at risk	Compression hosery, drugs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0	0
	b420 Blood pressure function	Compression hosery	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0
	b7101 Mobility of several joints	Passive movement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	1
	b755 Involuntary movement funtions	Body balance training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	0
	b7800 Sensation of muscle stiffness	Detonisation, Stretching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0
b810 Structure of the skin - at risk	Daily inspection	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0	0	
Activities and Participation	d410 Changing basic body positions	Sit up-training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0	
	d4153 Maintaining a sitting position	Body balance training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0	
	d4200 Transferring oneself while sitting	Transfer training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	1	1	
	d465 Moving around with wheelchair	Wheelchair training outdoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	1	1	
	d510 Washing oneself	Assistance/Instruction	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	0	
	d520 Caring for body parts	Assistance/Instruction	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	1	
	d5300 Regulating urination	Assistance/Instruction	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	0	
	d5301 Regulating defecation	Assistance/Instruction	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	0	
	d540 Dressing	Assistance/Instruction	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	0	
	d9201 Sport	Exercising different sports	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	2	2	
EF	e1151 Assistive products: Chair cushion	Control of chair cushion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-2	0	0	
	e1201 Assistive products for personal mobility: Wheelchair and adapted car	Testing of different wheel-chairs, reconstruction of car	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3	-2	-2	
	e155 Design, construction and building products and technology of buildings for private use: farm house	Planning and reconstruction of private building	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3	-2	-2	
	e5700 Social security services	Clarification, Organization of payments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	4+	2+	
PF	Knowledge	Teaching, consulting and lectures	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	2+	2+	
	Acceptance/Coping of disease	Behavioral training approaches	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	1+	

Figure 3: Intervention Table

Phys: Physician, PT: Physiotherapist, Spo: Sport therapist, Psych: Psychologist, SW: Social worker, Arch: Architect (Spinal Cord Injury, ASIA A Th 3, 12 weeksafter trauma).

		Assessment (12 week post-trauma)							
Global Goal: Complete Independence, university entrance,								0	
Service-Program-Goal: Independence In activities of daily living								0	
Cycle goal 1: d4 Mobility								1	
Cycle goal 2: d5 Self-care								0	
Cycle goal 3: d9201 Sport								2	
ICF categories - Intervention targets		ICF Qualifier*					Goal relation	Goal Value*	
		problems	0	1	2	3			4
b260	Proprioceptive functions							-	-
b265	Touch functions							-	-
b279	Sensory functions related to temperature and other stimulants							-	-
b28013	Pain in back							C1	0
b415	Blood vessel functions - at risk							G	0
b420	Blood pressure functions							C1	0
b525	Defecation functions							-	-
b620	Urination functions							-	-
b640	Sexual functions							-	-
b7101	Mobility of several joints							C1.2	0
b7303	Muscle power functions in lower half of the body							-	-
b735	Muscle tone functions							C1	0
b750	Motor reflex functions							-	-
b755	Involuntary movement reaction functions							C1.2	0
b7603	Supportive functions of the arms - resource							C1.2	0
b7800	Sensation of muscle stiffness (M. ischiocurale)							C1.2	0
s810	Structure of areas of the skin - at risk							G	0
d410	Changing basic body positions							C1	0
d4153	Maintaining a sitting positions							C1.2	0
d4200	Transferring oneself while sitting							C1	1
d450	Walking							-	-
d465	Moving around using equipment							C1	1
d4751	Driving a car							C1	0
d510	Washing oneself							C2	0
d520	Caring for body parts							C2	0
d5300	Regulating urination							C2	0
d5301	Regulating defecation							C2	0
d540	Dressing							C2	0
d9201	Sport							C3	2

→

		facilitator				barrier							
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e1101	Drugs			■	■						C1.2	2+	
e1151	Assistive products...for personal use in daily living						■	■			C1	0	
e1201	Assistive products...for personal mobility						■	■			C1	0	
e155	Design, construction...of buildings for private use						■	■			SP	2	
e1602	Products...of urban land development						■	■	■		-	-	
e310	Immediate family	■	■								-	-	
e320	Friends	■	■								-	-	
e355	Health professionals	■	■								-	-	
e5700	Social security services						■				SP.G	4+	
e575	General social support services						■				SP.G	3+	
						Influence							
		positiv				neutral				negative			
pf	Sportive person		■								-	-	
pf	Knowledge								■		SP	+	
pf	Acceptance of disease								■		G	0	

Figure 5: ICF Categorical Profile: (extraction): Illustrates the relevant aspects of the functioning status for each patient (Spinal cord Injury, ASIA A Th 3). *ICF Qualifier range from 0 = no problem to 4 = complete problem in the components of body functions (b), body structures (s), activity and participation (d) and from -4 = complete barrier to +4 = complete facilitator in the environmental factors. In personal factors, the sign + and - indicates to what extent a determined pf has a positive or negative influence on the individual's functioning. C1, 2, 3 mark the relation to Cycle goals 1, 2, 3; SG is related to Service Program Goal, G related to the Global goal.

Assessment (12 weeks post-trauma)					Evaluation (16 weeks post-trauma)											
Global Goal: Complete independence					0	not evaluated yet										
Service-Program-Goal: Independence in ADLs					0	not evaluated yet										
Cycle goal 1: d4 Independence in mobility					1	+										
Cycle goal 2: d5 Independence in self-care					0	+										
Cycle goal 3: d9201 Sport					2	+										
ICF categories - Intervention Targets					ICF Qualifier*		Goal relation	Goal Value*	ICF Qualifier		Goal achievement					
					problems					problems						
					0	1	2	3	4		0	1	2	3	4	
b28013	Pain in back				4				1	0	2				-	
b415	Blood vessel functions - at risk				1				G	0	1				+	
b420	Blood pressure functions				2				1	0	1				+	
b7101	Mobility of several joints				2				1.2	0	2				-	
b735	Muscle tone functions				3				1	1	2				+	
b755	Involuntary movement reaction functions				3				1.2	0	1				+	
b7603	Supportive functions of the arms				1				1.2	0	1				+	
b7800	Sensation of muscle stiffness (M. ischioculare)				2				1.2	0	1				+	
s810	Structure of areas of skin - at risk				1				G	0	1				+	
d410	Changing basic body positions				3				1	0	1				+	
d4153	Maintaining a sitting position				3				1.2	1	1				+	
d4200	Transferring oneself while sitting				4				1	1	2				+	
d465	Moving around using equipment				4				1	0	3				-	
b4751	Driving a car				4				1	0	1				+	
d510	Washing oneself				4				2	0	1				+	
d520	Caring for body parts				4				2	0	3				-	
d5300	Regulating urination				4				2	0	1				+	
d5301	Regulating defecation				4				2	0	1				+	
d540	Dressing				4				2	0	1				+	
d9201	Sport				4				3	2	2				+	
					facilitator					facilitator						
					4+	3+	2+	1+	0		4+	3+	2+	1+	0	
					barrier					barrier						
					0	1	2	3	4		0	1	2	3	4	
e1101	Drugs				2				1.2	2+	2				+	
e1151	Assistive products: Chair cushion				3				1	0	1				+	
e1201	Assistive products mobility: Wheelchair, car				4				1	0	1				+	
e155	Design and construction of private building				4				SP	2	3				+	
e5700	Social security services				1				SP,G	4+	1				-	
e5750	General social supportservice				1				SP,G	3+	1				-	
					positive					positive						
					Influence					Influence						
					neutral					neutral						
					negative					negative						
pf	Knowledge				1				SP	+	1				+	
pf	Acceptance of disease				1				G	0	1				+	

Figure 5: ICF Evaluation display: Illustrates the change of the functioning status over the course of one cycle (Spinal Cord Injury, ASIA A Th 3, 12 and 16 weeks after trauma). * ICF Qualifier range from 0=no problem to 4 = complete problem in the components of body functions (b), body structures (s), activity and participation (d) and from -4 = complete barrier to +4 =complete facilitator in the environmental factors. In personal factors, the sign + and -indicates to what extent a determined pf has a positive or negative influence on the individual's functioning. 1,2,3 show the relation to cycle goals 1,2,3; SG is related to Service Program Goal, G related to the Global goal.

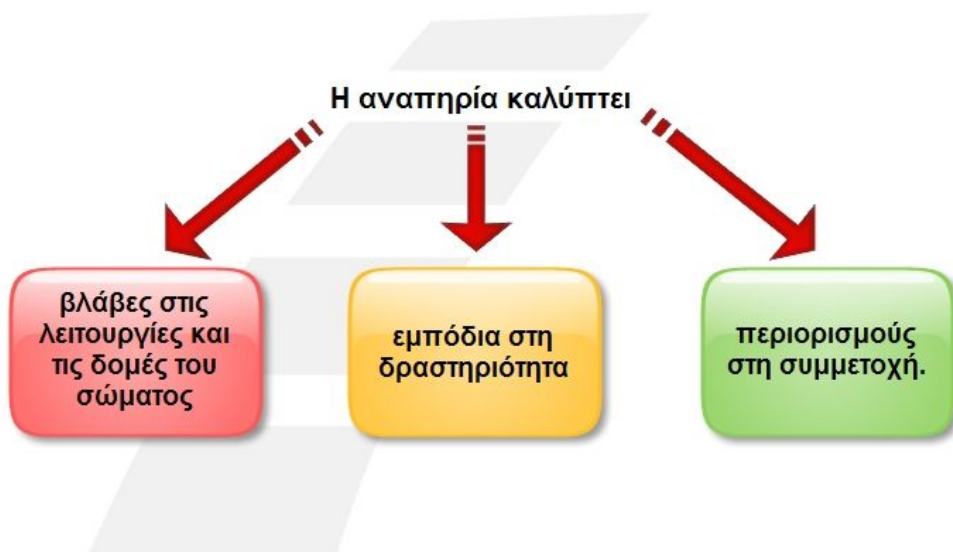
1.4 Αρχές του νέου συστήματος και προσαρμογή του στην κυπριακή πραγματικότητα

Το ICF αποτελεί ένα πολυδιάστατο ταξινομητικό σύστημα του ΠΟΥ το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πολλούς και διαφορετικούς λόγους. Επιλέχθηκε η χρήση του ICF ως βασικού οργανωτικού συστήματος στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της κοινωνικής πρόνοιας και απασχόλησης για τα άτομα με αναπηρία στην Κυπριακή Δημοκρατία. Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει μια εισαγωγή στο ICF, θα παρουσιαστούν οι κύριες ανάγκες που έρχεται να καλύψει, και τέλος θα παρουσιαστεί εκτεταμένα η μεθοδολογία εφαρμογής του.

Σύντομη εισαγωγή του νέου συστήματος

Η αναπηρία είναι το αποτέλεσμα μιας αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο άτομο (με μια κατάσταση υγείας) και στους παράγοντες πλαισίου (περιβαλλοντικοί παράγοντες και προσωπικοί παράγοντες) και χαρακτηρίζεται από περιορισμούς στη δραστηριότητα και τη συμμετοχή, περιορισμούς δηλαδή στη λειτουργικότητα του ατόμου. Η αναπηρία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ένα εσωτερικό – ενδογενές χαρακτηριστικό του ατόμου, αλλά σαν το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον. Η αλληλεπίδραση επίσης του ίδιου του ατόμου με την κατάσταση υγείας μπορεί να αποφέρει – αποδώσει διαφορετικά επίπεδα λειτουργικότητας σε διαφορετικά περιβάλλοντα.

Η αναπηρία καλύπτει ένα φάσμα διαφόρων επιπέδων λειτουργικότητας στο σωματικό επίπεδο, στο προσωπικό επίπεδο και στο κοινωνικό επίπεδο. Η αναπηρία καλύπτει όλα τα παρακάτω:



Στο πλαίσιο, λοιπόν, του ICF ο κυρίαρχος όρος είναι η λειτουργικότητα, η οποία καλύπτει τους τομείς: σωματικές λειτουργίες, σωματικές δομές, δραστηριότητα και συμμετοχή. Η λειτουργικότητα χρησιμοποιείται ως ο θετικός ή ουδέτερος όρος και η αρνητική πλευρά καλείται αναπηρία.

Επομένως καθίσταται αναγκαίος ο προσδιορισμός της λειτουργικότητας, εφόσον αυτός θα μπορέσει να οδηγήσει με ευκολία στην ανεύρεση λύσεων ως προς τις παρεμβάσεις που θα πρέπει να γίνουν έτσι ώστε να οδηγηθούμε σε ένα ακόμα πιο αυξημένο επίπεδο λειτουργικότητας.

Οι δείκτες εκτίμησης της λειτουργικότητας πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψη, αφ' ενός μεν το άτομο με τα ειδικά του ατομικά χαρακτηριστικά, αφ' ετέρου δε το περιβαλλοντικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργεί το άτομο με αναπηρία. Το περιβάλλον, φυσικό, τεχνητό και κοινωνικό, καθορίζει και διαμορφώνει σε τελική ανάλυση τη λειτουργικότητα του ατόμου. Έτσι, οι πραγματικές δυνατότητες και ικανότητες του ατόμου μπορεί να διευκολύνονται, ή αντίθετα να παρεμποδίζονται ως αποτέλεσμα των στάσεων του κοινωνικού περιβάλλοντος, της ποιότητας του τεχνικού περιβάλλοντος και των μέσων και βοηθημάτων που παρέχονται, αλλά και των συνθηκών του φυσικού περιβάλλοντος. Η αρχή αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική στον τομέα των παρεμβάσεων που πρέπει κάθε φορά να γίνονται, προκειμένου το άτομο με αναπηρίες να αποδίδει σύμφωνα με τις δυνατότητές του. Το μοντέλο της λειτουργικότητας/ αναπηρίας που προκύπτει, παρά την πολυπλοκότητά του, είναι κοινωνικά δίκαιο, εφ' όσον οι παροχές και η φροντίδα οποιουδήποτε τύπου, που απαιτούνται για το άτομο ταιριάζουν στο ιδιαίτερο προφίλ λειτουργικότητάς του και στις ανάγκες που δημιουργούνται από αυτό.

Οι μέχρι τώρα μελέτες έχουν δείξει ότι τα συστήματα που παρέχουν πληροφορίες βασισμένα μόνο στη διάγνωση ενός ασθενή (ιατροκεντρικά συστήματα), έχουν περιορισμένη ικανότητα να περιγράψουν και να προβλέψουν θέματα όπως παρούσες και μελλοντικές ανάγκες υπηρεσιών, το επίπεδο της απόδοσης στην εργασία κ.α. Χωρίς επιπλέον δεδομένα για τα επίπεδα της λειτουργικότητας και της αναπηρίας, ο σχεδιασμός και η οργάνωση των συστημάτων υγείας καθίστανται πάρα πολύ δύσκολα.

Προσαρμογή στην Κυπριακή πραγματικότητα

Μέσα από τις μελέτες του Έργου πραγματοποιήθηκε μια ενδελεχής διερεύνηση, καταγραφή και αποτύπωση της παρούσας κατάστασης αναφορικά με μια σειρά θεμάτων και ζητημάτων που αφορούν τα άτομα με αναπηρίες στη Κυπριακή Δημοκρατία.

Σχετικά με την αξιολογητική διαδικασία που ακολουθείται, έγινε φανερό ότι υπάρχουν διαφορετικές μέθοδοι αξιολόγησης για το κάθε επίδομα, σύνταξη ή υπηρεσία. Η

Λειτουργία των Ιατροσυμβουλιών μπορεί να αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα, ωστόσο φαίνεται ότι όλη η διαδικασία σταδιακά βελτιώνεται και εξαλείφονται κάποια από τα προβλήματα, π.χ. μεγάλος χρόνος αναμονής. Αυτό το οποίο θα πρέπει να τονιστεί είναι ότι σε καμία από τις αξιολογήσεις δεν υπάρχει αξιολόγηση της λειτουργικότητας του αιτούντος, παρά σε ελάχιστες περιπτώσεις όπως στην περίπτωση αξιολόγησης κάποιου ατόμου για τη χορήγηση οικονομικής βοήθειας για την προμήθεια τροχοκαθίσματος. Το νέο Σύστημα αξιολόγησης της Αναπηρίας και της Λειτουργικότητας θα δώσει έμφαση και στον τομέα της λειτουργικότητας, προκειμένου η διαδικασία της αξιολόγησης να είναι πιο σφαιρική και πιο ολοκληρωμένη, κάτι το οποίο απουσιάζει από το παρόν σύστημα. Εν τέλει, η όλη διαδικασία θα συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της κατάστασης του κάθε ατόμου ξεχωριστά και θα επιτρέψει, αντίστοιχα, τον σχεδιασμό του όσο το δυνατόν καλύτερου ατομικού «πακέτου φροντίδας» ή «πακέτου υποστήριξης». Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης της παρούσας κατάστασης και το νέο Σύστημα αποτελεί ένα μέσο ή εργαλείο για την παροχή πιο ολοκληρωμένων καθώς και κοινωνικά δίκαιων υπηρεσιών.

Συνοπτικά, τα σημαντικότερα προβλήματα σε σχέση με τις αξιολογητικές διαδικασίες, τα οποία εντοπίστηκαν από τις μελέτες αναφέρονται στον ακόλουθο πίνακα:

Έλλειψη ξεκάθαρων διαδικασιών αξιολόγησης της αναπηρίας	Έλλειψη συντονισμένης πολυθεματικής ομάδας	Έλλειψη συντονισμού μεταξύ των αρμόδιων φορέων
Απουσία κοινού συστήματος αξιολόγησης	Η εξατομικευμένη προσέγγιση είναι ανύπαρκτη	Χρονοβόρα διαδικασία
Υψηλό κόστος λειτουργίας	Ελλιπή δεδομένα / στατιστικά στοιχεία	Προβληματική λειτουργία των Ιατροσυμβουλιών
Πιέσεις, Αμφισβήτηση και Κατάχρηση	Έλλειψη άμεσης παραπομπής	Έλλειψη τεκμηρίωσης ολοκληρωμένου πακέτου αναγκών υποστηρικτικών υπηρεσιών προς το άτομο με αναπηρία

Μέσα από την απλή καταγραφή των παραπάνω προβλημάτων, γίνεται κατανοητό ότι η έλλειψη ενός συστήματος επιστημονικής αξιολόγησης και τεκμηρίωσης της αναπηρίας και της λειτουργικότητας δημιουργεί μια σειρά από νέα προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν κατά κύριο λόγο α) τη λειτουργία της κρατικής μηχανής, β) τις παρεχόμενες προς τα άτομα με αναπηρίες υπηρεσίες καθώς και γ) τα ίδια τα άτομα με αναπηρίες. Έτσι οι κύριοι στόχοι του νέου Συστήματος συνοψίζονται πιο κάτω:

- **Στόχος της εφαρμογής η ολιστική αξιολόγηση των αναπήρων**

Ο πρώτος στόχος της εφαρμογής του συστήματος στην Κύπρο είναι η αλλαγή της υπάρχουσας διαδικασίας αξιολόγησης της αναπηρίας με την εισαγωγή του ICF. Η αποτελεσματικότητα του νέου μηχανισμού εκπορεύεται μέσα από την ανάπτυξη των εστιασμένων και διαβαθμισμένων πρωτοκόλλων αξιολόγησης της αναπηρίας και της λειτουργικότητας. Οι κωδικοί του ICF μαζί με τους κωδικούς διάγνωσης της ICD-10 παρέχουν πληρέστερη πληροφόρηση για ανάγκες υπηρεσιών, διάρκεια θεραπείας, και για τα λειτουργικά αποτελέσματα απ' ό,τι η διάγνωση μόνη της. Με την υιοθέτηση των πρωτοκόλλων αναπηρίας για την αξιολόγηση των σωματικών δομών και λειτουργιών το νέο σύστημα καλύπτει επιστημονικά και έγκυρα τη μέχρι τώρα ιατρικοκεντρική προσέγγιση της διαδικασίας αξιολόγησης η οποία περιοριζόταν μόνο στην αξιολόγηση της βλάβης. Με την υιοθέτηση δε των πρωτοκόλλων διερεύνησης λειτουργικότητας για τη συμμετοχή / δραστηριότητα του ατόμου αλλά και τους περιορισμούς που θέτει το περιβάλλον, διερευνά και εκτιμά τη λειτουργικότητα του ατόμου μέσα στο φυσικό του περιβάλλον επεκτείνοντας την προσέγγιση κοινωνικοκεντρικά.

Με αυτή τη μεθοδολογία το νέο σύστημα παρέχει ολιστική αξιολόγηση του ατόμου ικανοποιώντας τις απαιτήσεις των αναπήρων και ταυτόχρονα δίνει τη δυνατότητα στις αρμόδιες υπηρεσίες του κράτους να απονέμουν δίκαια και επιστημονικά τεκμηριωμένα τις απαιτούμενες υπηρεσίες και παροχές στους δικαιούχους. Επιπλέον, το κράτος, με βάση το ενιαίο και κοινό αποτέλεσμα της αξιολόγησης, το οποίο αποτυπώνεται στο έγγραφο πιστοποίησης της αναπηρίας – Κάρτα Αναπηρίας – απλοποιεί τις διαδικασίες και δρομολογεί ένα λειτουργικό κανάλι επικοινωνίας και διαχείρισης μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών. Εκτιμάται ότι, ενώ διευρύνεται ο χρόνος αξιολόγησης, εν τούτοις με την ακύρωση άσκοπων επαναλαμβανόμενων αξιολογήσεων και διοικητικής εργασίας πολλών υπηρεσιών, ο εξορθολογισμός του συστήματος θα επιτευχθεί στο μέγιστο. Το νέο σύστημα με την συνεκτίμηση της λειτουργικότητας στην αξιολογητική διαδικασία προκαλεί επαναπροσδιορισμό των διαδικασιών και των προϋποθέσεων στις υπάρχουσες δομές, θεσμούς και στο υπάρχον νομικό πλαίσιο.

Τέλος, ο τρόπος καταγραφής που παρέχεται μέσα από το ICF, δίνει τη δυνατότητα συλλογής δεδομένων για την αναπηρία στη Κύπρο, με τρόπο ομοιόμορφο, τόσο δια-αναπηρικά, για όλες τις μορφές αναπηρίας, όσο και διαπολιτισμικά, για όλες τις χώρες που έχουν υιοθετήσει το σύστημα αυτό. Έτσι δίνεται η δυνατότητα να αντληθούν δεδομένα από τη διεθνή εμπειρία που να μπορούν ωστόσο να εφαρμοστούν και στην Κύπρο κατά τεκμηριωμένα αντίστοιχο τρόπο, ενώ

δευκολύνεται η χάραξη κοινωνικής πολιτικής απέναντι στα άτομα με αναπηρία.

- **Ολοκληρωμένα Κέντρα για την εκτίμηση όλων των τομέων του ICF (ΚΑΑ)**

Ενώ στη διεθνή πρακτική η εφαρμογή του ICF υποστηρίζεται από τα Μελετητικά και πολλά ερευνητικά Συνεργατικά Κέντρα, η καινοτομική διαφοροποίηση στην Κύπρο συνίσταται πρωταρχικά στην εφαρμογή του μέσω της δημιουργίας Ολοκληρωμένων Κέντρων Αξιολόγησης Αναπηρίας. Η συγκεκριμένη εφαρμογή είναι δυνατή λόγω του μικρού μεγέθους της χώρας, αλλά και της έλλειψης ενός καθιερωμένου επιστημονικού συστήματος αξιολόγησης, το οποίο αλλιώς θα έπρεπε να ενσωματωθεί στη λογική του ICF, οδηγώντας και στην Κύπρο, στη λύση των συνεργατικών κέντρων. Έτσι, με το δεδομένο στόχο του έργου από το Υπουργείο Εργασίας και σύμφωνα με τις προδιαγραφές της προκήρυξης του έργου, η εφαρμογή της διεθνούς ταξινόμησης υλοποιείται δυναμικά μέσω των ολοκληρωμένων Κέντρων τα οποία διαθέτουν την κατάλληλη δομή, υποδομή, ανθρώπινο δυναμικό και μέσα για να διεκπεραιώσουν το έργο τους. Το ολοκληρωμένο κέντρο είναι η ταυτότητα της καινοτομικής προσέγγισης με την έννοια ότι δρομολογεί την αξιολόγηση του αναπήρου μέσα από ενδεδειγμένη επιστημονική εκτίμηση και θέτει τέλος στην ολιγόλεπτη μελέτη του φακέλου και στη σύντομη γνωριμία των μελών των Ιατροσυμβουλίων με τον αξιολογούμενο. Ταυτόχρονα, δεν αποκλείεται η συλλογή πληροφοριών και από άλλες πηγές, είτε με αποκλειστική πρωτοβουλία του ενδιαφερομένου είτε με τη συνεργασία των υπευθύνων για την ολοκλήρωση του φακέλου προς κρίση. Ουσιαστικά η λύση των ολοκληρωμένων κέντρων υποστηρίζει την αξιόπιστη, αντικειμενική και αποτελεσματική συμπλήρωση των πρωτοκόλλων. Ο τεχνολογικός και μη εξοπλισμός, τα συμπληρωματικά εργαλεία μέσω των υποβοηθητικών ερωτηματολογίων και οι συμπληρωματικές διερευνήσεις παρέχουν περιφερειακά όλα τα απαραίτητα μέσα για τη συμπλήρωση των πρωτοκόλλων. Η λύση του ολοκληρωμένου κέντρου, τέλος, εξασφαλίζει ακόμα μεγαλύτερη ομοιομορφία στον τρόπο συλλογής στοιχείων και καταγραφής των προβλημάτων και της λειτουργικότητας, με προφανή επίδραση στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ ειδικών, αλλά και μεταξύ των φορέων υγείας με αυτούς της πρόνοιας και της διοίκησης. Τα Κέντρα Αξιολόγησης Αναπηρίας (ΚΑΑ) είναι υπεύθυνα για την υλοποίηση της αξιολογητικής διαδικασίας και των σχετικών αυτής εργασιών. Οι εργασίες αυτές, από την παραλαβή του παραπεμπτικού αξιολόγησης και δημιουργία του φακέλου αξιολόγησης έως τη σύνταξη του Ολοκληρωμένου Πορίσματος Αξιολόγησης της Αναπηρίας και Διερεύνησης της Λειτουργικότητας, είναι τόσο διοικητικής όσο και επιστημονικής φύσεως και στοχεύουν στην

υλοποίηση της αξιολογητικής διαδικασίας.

- **Η Μονάδα Διαχείρισης του Συστήματος Αξιολόγησης (ΜΔΣΑ)** επιτελεί επίσης διοικητικής και επιστημονικής φύσεως εργασίες, όμως έχει επιτελικό ρόλο συντονισμού των ΚΑΑ και στο πλαίσιο της οργανωτικής δομής του ΤΚΕΑΑ λειτουργεί μεταξύ των ΚΑΑ και της Διεύθυνσης του ΤΚΕΑΑ.

Ο ρόλος της ΜΔΣΑ ξεκινά από τη λήψη του Ολοκληρωμένου Πορίσματος Αξιολόγησης Αναπηρίας (ΟΠΑΑ) από τα ΚΑΑ. Κύρια εργασία της δομής είναι η επικύρωση της ολοκληρωμένης αξιολογητικής διαδικασίας, η γνωστοποίηση του αποτελέσματος των αξιολογήσεων στις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες και στους αξιολογούμενους, η παρακολούθηση των ενστάσεων και επαναξιολογήσεων, η έκδοση και αποστολή της Κάρτας Αναπηρίας, η ηλεκτρονική επεξεργασία και τήρηση του Εθνικού Μητρώου Αναπηρίας και η εξαγωγή στατιστικών στοιχείων. Παράλληλα, ο συντονισμός της λειτουργίας των ΚΑΑ απαιτεί από τη ΜΔΣΑ την παρακολούθηση της οργάνωσης, προγραμματισμού, στελέχωσης, οικονομικής διαχείρισης και νομικού και θεσμικού πλαισίου λειτουργίας τους και κατάλληλη αναφορά προς τη Διεύθυνση του ΤΚΕΑΑ και του ΥΕΚΑ.

- **Διασύνδεση και υποστήριξη συναρμόδιων φορέων**

Στην παρούσα κατάσταση η διάρθρωση των υπηρεσιών οι οποίες ασχολούνται με τα θέματα των αναπήρων εμπλέκονται και στην εκτίμηση της κατάστασης ή του προβλήματος και στην απόδοση της παροχής ή της συγκεκριμένης υπηρεσίας. Με την εφαρμογή του νέου συστήματος και μέσω του καθολικά αναγνωρίσιμου Ολοκληρωμένου Πορίσματος Αξιολόγησης Αναπηρίας, οι εμπλεκόμενες υπηρεσίες και δη αυτές που παρέχουν ουσιαστικές υπηρεσίες στήριξης απαλλάσσονται των χρονοβόρων αξιολογήσεων - εκτιμήσεων που επιβαρύνουν το έργο και το προσωπικό τους και ενδυναμώνουν το έργο της παρέμβασης. Η πληροφοριακή υποδομή με την οργάνωση του Εθνικού Μητρώου και η έκδοση του ΟΠΑΑ το οποίο αποτυπώνει το τι δικαιούται το άτομο από τις συναρμόδιες υπηρεσίες, απλοποιεί τις διαδικασίες. Η διασύνδεση επιτυγχάνεται μέσω της Μονάδας Διαχείρισης του Συστήματος Αξιολόγησης (ΜΔΣΑ) η οποία διαχειρίζεται τα αποτελέσματα των Κέντρων Αξιολόγησης Αναπηρία και επικοινωνεί με τις συναρμόδιες υπηρεσίες προκειμένου να εξασφαλίσει την εφαρμογή των πορισμάτων.

Η **τελική εφαρμογή** του συστήματος προσαρμόστηκε στις επιταγές του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το οποίο μετά από διαβουλεύσεις με

την Κυπριακή Συνομοσπονδία Οργανώσεων Αναπήρων, αποφάσισε την προαιρετικότητα της Διερεύνησης της Λειτουργικότητας. Έτσι, κάθε αξιολογούμενος έχει το δικαίωμα να επιλέξει μόνο την πρώτη φάση της αξιολόγησης δηλαδή την Αξιολόγηση Αναπηρίας, βάση του Ιατρικού πρωτοκόλλου του ICF, ή εναλλακτικά, τη συνολική αξιολόγηση, περιλαμβανομένης της Διερεύνησης Λειτουργικότητας. Η Γνωμάτευση των Δικαιωμάτων για Κοινωνικές Παροχές και Υπηρεσίες είναι αποτέλεσμα της Αξιολόγησης και πιστοποίησης της Αναπηρίας για όλους τους αξιολογούμενους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ICF ΚΑΙ Η ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΤΩΝ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

2 Τα Εργαλεία του ICF και η Αρχιτεκτονική των Εστιασμένων Πρωτοκόλλων Αξιολόγησης Αναπηρίας και Διερεύνησης Λειτουργικότητας

2.1 Εστιασμένα Πρωτόκολλα

Τα βασικά εργαλεία του ICF είναι τα πρωτόκολλα τα οποία ως αξιολογητική παλέτα διαθέτει τα σχετικά με το άτομο πεδία με σκοπό να καταγράψει το προφίλ του. Σχεδιάστηκαν πρωτόκολλα, τα οποία καλούνται εστιασμένα πρωτόκολλα, ένεκα του ότι φιλοξενούν τους κωδικούς που συσχετίζονται με συγκεκριμένους τύπους αναπηρίας. Αναλύοντας το, αν το περιστατικό αφορά σε ψυχικά νοσήματα, το αντίστοιχο πρωτόκολλο αναπτύσσει τους κωδικούς του πρώτου κεφαλαίου του τμήματος της λειτουργικότητας (b1. Ψυχικές και νοητικές λειτουργίες), ενώ τα υπόλοιπα κεφάλαια αναπτύσσονται επιγραμματικά. Προφανώς, δεν αποκλείεται ένας άτομο με ψυχική νόσο να έχει και οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα υγείας, π.χ. σακχαρώδη διαβήτη. Σε αυτήν την περίπτωση, χρειάζεται να προστεθούν κωδικοί οποίοι δεν προβλέπονται από το συγκεκριμένο πρωτόκολλο και επιπρόσθετα έχει προβλεφτεί στο τέλος κάθε ενότητας του πρωτοκόλλου να προστεθούν περαιτέρω κωδικοί.

Η επιλογή των εστιασμένων πρωτοκόλλων έγινε επί τη βάση "τύπων αναπηρίας" και όχι νόσων, παραμένοντας σε σταθερή απόσταση από τα ιατροκεντρικά μοντέλα. Ως "τύπος αναπηρίας" επιλέχθηκαν εκείνες οι καταστάσεις οι οποίες προσεγγίζουν το Κέντρο αξιολόγησης Αναπηρίας (ΚΑΑ) προκειμένου να αξιολογηθούν και να λάβουν τα δικαιώματά τους. Με αυτό το σκεπτικό επελέγησαν 5 τύποι αναπηρίας και αντίστοιχα πρωτόκολλα: το κινητικό, όρασης, ακοής, νοητικής υστέρησης και ψυχικών διαταραχών και ένα καθολικό για τις περιπτώσεις που δεν εμπίπτουν σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες. Οι 5 κατηγορίες αυτές είναι και οι πιο κοινές κατηγορίες αναπηρίας διεθνώς.

Αναλυτικά η λογική η οποία διέπει τα πρωτόκολλα Αξιολόγησης Αναπηρίας είναι η εξής: **Στον τομέα Σωματικών λειτουργιών** - Για το πρώτο κεφάλαιο, "b1. ΨΥΧΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ" παρατίθενται κωδικοί σχετικά με το συναίσθημα (κατάθλιψη που ούτως ή άλλως είναι συχνά απαντούμενη διαταραχή σε χρόνιες νόσους), τη γλώσσα (αφασικές διαταραχές απαντώνται σε ασθενείς με εγκεφαλικά επεισόδια), τη διανοητική λειτουργία (άνοια που μπορεί να συνυπάρχει σε ηλικιωμένους ασθενείς), τον ψυχοκινητικό έλεγχο (οργανικό ψυχοσύνδρομο σε ασθενή με μικροϊσχαιμική εγκεφαλοπάθεια).

Για το δεύτερο κεφάλαιο, " b2. ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ" παρατίθενται οι κωδικοί που αφορούν σε διαταραχές αισθητικότητας (αφή

ιδιοδεκτικότητα κλπ) που είναι συνυπάρχουσες διαταραχές σε νοσήματα τόσο του κεντρικού όσο και του περιφερικού νευρικού συστήματος (σε διαβητικό ασθενή που καταλήγει σε ακρωτηριασμό, συχνά συνυπάρχει πολυνευροπάθεια που προκαλεί διαταραχή επιπολής και εν τω βάθει αισθητικότητα, όπως επίσης σε ασθενή με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή ημιπάρεση συχνά συνοδεύεται από ημιυπαίσθησία). Ο πόνος είναι ένας κωδικός που επιβάλλεται η ύπαρξή του λόγω της συχνής παρουσίας του ως συμπτώματος σε πολλές κινητικές αναπηρίες, με κυρίαρχες βέβαια τις ρευματοπάθειες ή άλλα ορθοπεδικά προβλήματα.

Για το τρίτο κεφάλαιο "b3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΦΩΝΗΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ" γίνεται αναφορά στην άρθρωση καθώς η δυσαρθρία εκφράζει ακριβώς την αδυναμία ή την έλλειψη συντονισμού των μυών και των ανατομικών μερών που συμμετέχουν στη παραγωγή καθαρών φθόγγων. Δυσαρθρία μπορεί να εμφανίζει και ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας λόγω παρεγκεφαλιδικής συνδρομής και ο ασθενής με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο λόγω μυϊκής αδυναμίας μυών κατώτερων εγκεφαλικών συζυγιών και σπαστικότητας (προμηκική και ψευδοπρομηκική συνδρομή) και ο ασθενής με πάρκινσον λόγω εξωπυραμιδικής υπερτονίας και χαρακτηριστικής κολλώδους ομιλία και ο ασθενής με περιφερικού τύπου πάρεση κινητικού νευρώνα (πχ σύνδρομο Kennedy, νωτιαίες μυϊκές ατροφίες). Πρέπει να γίνει ειδική αναφορά στο διαχωρισμό της δυσαρθρίας από την αφασία, καθώς η πρώτη καταχωρείται στο τρίτο κεφάλαιο και η δεύτερη, που αφορά στη συμβολική έννοια της γλώσσας ως νοητικό κατασκεύασμα, κατατάσσεται στο πρώτο.

Για το τέταρτο κεφάλαιο "b4. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ, ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ" παρατίθενται πιο ανεπτυγμένοι οι κωδικοί που αφορούν σε καρδιαγγειακά νοσήματα σχετιζόμενα με τους παράγοντες κινδύνου του εγκεφαλικού επεισοδίου, όπως είναι η στεφανιαία νόσος η υπέρταση και η καρδιακή ανεπάρκεια.

Για το πέμπτο κεφάλαιο "b5. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ" αναφέρονται οι κωδικοί που αφορούν στο Σακχαρώδη Διαβήτη και την Υπεριλιπιδαιμία, πάλι δηλαδή παράγοντες κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και ο κωδικός για τη διαταραχή της κατάποσης που επηρεάζεται με την ίδια λογική που επηρεάζεται η άρθρωση. Σημειώνονται επίσης οι κωδικοί για την αφόδευση, λειτουργία που βλάπτεται σε μυελοπάθειες και διατήρηση του βάρους, για να περιγραφεί η απόκλιση από το φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος.

Για το έκτο κεφάλαιο, "b6. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ, ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ" αναφέρονται οι κωδικοί οι σχετικοί με την ούρηση

και τη σεξουαλική λειτουργία, που βλάπτονται σε μυελοπάθειες, αλλά και σε νόσους του περιφερικού νευρικού συστήματος (πχ διαβητική πολυνευροπάθεια).

Τέλος, στο όγδοο κεφάλαιο "b8. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ" περιγράφονται τυχόν συνυπάρχουσες αλλοιώσεις δέρματος, συχνές λόγω κατακλίσεων εξαιτίας βαριάς κινητικής αναπηρίας και κλινοστατισμού.

Οποιαδήποτε άλλη διαταραχή σωματικής λειτουργίας που συνυπάρχει και δεν περιέχεται στο πρωτόκολλο μπορεί να συμπληρωθεί στο χώρο που προβλέπεται στο τέλος. Έτσι ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη που αξιολογείται λόγω ακρωτηριασμού κάτω άκρου, μπορεί να παρουσιάζει λόγω της νόσου του και νεφρική ανεπάρκεια που περιγράφεται από τον κωδικό "b610 Απεκκριτικές λειτουργίες ουροποιητικού" και που οφείλει να προστεθεί στο τέλος.

Στον τομέα των Σωματικών Δομών δίνεται έμφαση σε δύο κεφάλαια. Αφενός στο πρώτο κεφάλαιο "s1. ΔΟΜΗ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ" για τις νόσους τις σχετικές με το νευρικό σύστημα και τις βλάβες εγκεφάλου, νωτιαίου μυελού και περιφερικών νεύρων. Το πρωτόκολλο δεν περιέχει πιο λεπτομερή καταγραφή (πχ προσδιορισμό συγκεκριμένου λοβού εγκεφάλου ή μοίρας νωτιαίου μυελού). Αν όμως η πληροφορία δίνεται από το ιστορικό ή προκύψει κατά τη αξιολόγηση, προτείνεται να συμπληρώνεται. Το άλλο κεφάλαιο στο οποίο δίνεται έμφαση στο κινητικό πρωτόκολλο είναι το έβδομο, "s7. ΔΟΜΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΣΗ" που περιγράφει σκελετικές δομές σχετιζόμενες με ορθοπεδικά και ρευματολογικά προβλήματα καθώς και τις αναπηρίες τις σχετιζόμενες με ακρωτηριασμό ή τραύματα. Τα λοιπά κεφάλαια περιγράφονται επιγραμματικά με κωδικούς που συνδέονται κυρίως με τις αναφερθείσες διαταραχές σωματικών λειτουργιών καθώς και με συχνά απαντούμενες στο γενικό πληθυσμό "βλάβες", όπως η προστατεκτομή και η θυρεοειδεκτομή. Τέλος στο πρωτόκολλο αξιολόγησης Αναπηρίας και Αδρής Λειτουργικότητας προστίθεται και πίνακας με τα πεδία της αδρής αξιολόγησης λειτουργικότητας ο οποίος δεν παραλλάσσεται μεταξύ των πρωτοκόλλων.

Αναλυτικά η λογική η οποία διέπει τα πρωτόκολλα διερεύνησης λειτουργικότητας είναι η εξής:

Στον τομέα Δραστηριότητας , συμμετοχής και Περιβαλλοντικών παραγόντων , δίνεται έμφαση στο κεφάλαιο d4 ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ και συμπεριλαμβάνονται όλα τα κεφάλαια που περιγράφουν τη μετακίνηση μέσω της αλλαγής της βασικής στάσης ή θέσης του σώματος, της βάδισης, του τρεξίματος ή της ανάβασης, της μετακίνησης στο χώρο με χρήση διαφόρων μορφών εξοπλισμού. Επίσης το κεφάλαιο αυτό

πραγματεύεται τη χρήση των χεριών για λεπτές δραστηριότητες και εργασίες αλλά και άρση και μεταφορά αντικειμένων με οποιοδήποτε τρόπο (με χρήση των άνω ή κάτω άκρων). Είναι σαφές ότι κάποιος που πάσχει από μια από τις παραπάνω νόσους που καταλήγουν σε μικρότερη ή μεγαλύτερη κινητική αναπηρία θα έχει περιορισμούς σε πεδία που αναφέρονται σε αυτό το κεφάλαιο.

Έχουν επιλεγεί αρκετά πεδία από το κεφάλαιο d1 ΜΑΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΓΝΩΣΕΩΝ που πραγματεύονται τη μάθηση και την εφαρμογή της γνώσης καθώς και τη δυνατότητα για επίλυση προβλημάτων, καθώς σε περιπτώσεις κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων καθώς και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων ή εγκεφαλικής παράλυσης μπορεί να έχουμε αφασικές διαταραχές ή έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται οι παραπάνω δραστηριότητες. Με το ίδιο σκεπτικό έχουν επιλεγεί πεδία από το κεφάλαιο d2 ΓΕΝΙΚΑ ΕΡΓΑ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ καθώς μπορεί να υπάρχουν κινητικοί αλλά και γνωστικοί περιορισμοί για την πραγματοποίηση έργων αλλά και διαχείρισης δραστηριοτήτων και ατομικού επιπέδου δραστηριότητας αλλά και διαχείρισης των ψυχολογικών απαιτήσεων λόγω της κατάστασης της υγείας.

Στο κεφάλαιο d3 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ είναι σαφές ότι για παράδειγμα σε μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή σε ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να έχουν προκληθεί περιορισμοί τόσο στην παραγωγή προφορικού λόγου όσο και στην κατανόηση προφορικών μηνυμάτων. Επίσης το κεφάλαιο αυτό πραγματεύεται τη δραστηριότητα της συνομιλίας και της συζήτησης. Το κεφάλαιο d5 ΑΤΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ πραγματεύεται όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων της ατομικής φροντίδας του σώματος και της διατήρησης της ατομικής υγείας, δραστηριότητες που μπορεί να έχουν σημαντικούς περιορισμούς λόγω της κινητικής αναπηρίας.

Παρομοίως έχουν επιλεγεί πεδία από τα υπόλοιπα κεφάλαια d6 ΟΙΚΙΑΚΗ ΖΩΗ , d7 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΧΕΣΕΙΣ , d8 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΖΩΗΣ (εκπαίδευση , εργασία, οικονομική ζωή και συμμετοχή στο παιχνίδι) και d9 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ, ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΖΩΗ.

Όσον αφορά το μέρος των ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ έχουν επιλεγεί πεδία αρκετά αναλυτικά στο e1 ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ καθώς περιλαμβάνει υποστηρικτικά προϊόντα και τεχνολογίες προσαρμοσμένα ή ειδικά σχεδιασμένα για να βελτιώνει τη λειτουργικότητα ενός ατόμου, εξουδετερώνοντας περιορισμούς που αυτό αντιμετωπίζει στην προσωπική του μετακίνηση, στην εκπαίδευση ή εργασία ακόμα και στην άθληση και αναψυχή.

2.2 Η Αρχιτεκτονική των Πρωτοκόλλων Αξιολόγησης Αναπηρίας

Το έντυπο του Πρωτοκόλλου Αξιολόγησης Αναπηρίας σύμφωνα με το ICF συμπληρώνεται από τους αξιολογητές ιατρούς του ΚΑΑ.

Η αξιολόγηση της αναπηρίας μέσω του ICF γίνεται με τη χρήση δύο (2) βασικών αξόνων: τις σωματικές λειτουργίες και τις σωματικές δομές. Με την εξέταση των δύο αυτών παραμέτρων κωδικοποιούνται όλες οι επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό από οποιαδήποτε νόσο ή κατάσταση, είτε αυτή φέρνει μεταβολές στη δομή του οργανισμού, είτε φέρνει έλλειμμα στη λειτουργία, ή και στα δύο. Με αυτόν τον τρόπο, το ICF απαντά στα εξής βασικά ερωτήματα: που βρίσκεται το πρόβλημα, πως περιγράφεται μορφολογικά και τι δυσκολίες υπάρχουν στην επιτέλεση της λειτουργίας που η συγκεκριμένη δομή του οργανισμού έχει ως αποστολή. Επιπροσθέτως, με τη χρήση των προσδιοριστών (όπως αναφέρεται παρακάτω) απαντάται και το ερώτημα του βαθμού της διαταραχής, είτε αυτό αφορά τη δομή ή/και τη λειτουργία. Χρειάζεται να τονισθεί ότι, σύμφωνα με το ICF, δεν γίνεται μνεία στον αιτιολογικό παράγοντα που οδήγησε στο υπό εξέταση αποτέλεσμα: π.χ. ο ακρωτηριασμός άκρου ποδός κωδικοποιείται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, είτε οφείλεται σε τροχαίο ατύχημα, είτε σε διαβητική νέκρωση. Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά την κωδικοποίηση του ICF δεν χρησιμοποιούνται νοσολογικοί όροι (ονόματα ασθενειών), αλλά η επίπτωσή τους στις σωματικές λειτουργίες ή/και δομές. Η ύπαρξη αναγνωρίσιμων βλαβών στις σωματικές δομές δεν είναι υποχρεωτική, μιας και υπάρχουν ασθένειες, όπως η σχιζοφρένεια, στην οποία δεν μπορούν να ταυτοποιηθούν βλάβες στις δομές (του νευρικού συστήματος), αλλά οι βλάβες των λειτουργιών είναι σοβαρές.

Κάθε άτομο μπορεί να χαρακτηρίζεται από μια σειρά κωδικών σε κάθε επίπεδο. Αυτοί μπορεί να είναι ανεξάρτητοι ή αλληλένδετοι. Ανεξάρτητοι είναι στην περίπτωση που το άτομο πάσχει από περισσότερες από μία νοσολογικές οντότητες (π.χ. κώφωση και βρογχικό άσθμα), ενώ αλληλένδετοι είναι στην περίπτωση που το άτομο πάσχει από μία νόσο που προσβάλλει πολλά συστήματα (π.χ. Συστηματικός Ερυθρηματώδης Λύκος με νεφρική και καρδιακή εντόπιση).

2.2.1. Σωματικές λειτουργίες και βλάβες σωματικών λειτουργιών

Σωματικές λειτουργίες είναι οι φυσιολογικές λειτουργίες των συστημάτων του σώματος (συμπεριλαμβανομένων των ψυχολογικών λειτουργιών). Οι **βλάβες** είναι προβλήματα των σωματικών λειτουργιών όπως μια σημαντική απώλεια ή ανωμαλία. Όλες οι σωματικές λειτουργίες και τα προβλήματα που μπορεί αυτές να παρουσιάσουν είναι κωδικοποιημένα στο ICF σε οκτώ (8) μεγάλες κατηγορίες, οι οποίες ορίζονται από το γράμμα b (body functions). Οι κατηγορίες αυτές παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Σωματικές λειτουργίες (b)	
b 110-199	Ψυχικές και νοητικές λειτουργίες
b 210-299	Αισθητήριες λειτουργίες και πόνος
b 310-399	Λειτουργίες της φωνής και της ομιλίας
b 410-499	Λειτουργίες του καρδιαγγειακού, αιμοποιητικού, ανοσολογικού και αναπνευστικού συστήματος
b 510-599	Λειτουργίες της πέψης, του μεταβολισμού και του ενδοκρινικού συστήματος
b 610-699	Λειτουργίες του ουροποιητικού και αναπαραγωγικού συστήματος
b 710-799	Νευρομυοσκελετικό σύστημα και λειτουργίες σχετικές με την κίνηση
b 810-899	Λειτουργίες του δέρματος και των σχετικών δομών

Το γράμμα b ακολουθείται από έναν αριθμητικό κωδικό, ο οποίος ξεκινά με τον αριθμό του κεφαλαίου (μονοψήφιο), το οποίο ακολουθείται από το δεύτερο επίπεδο (διψήφιο) και το τρίτο και τέταρτο επίπεδο (μονοψήφια). Για παράδειγμα, στην ταξινόμηση των Σωματικών Λειτουργιών υπάρχουν οι εξής κωδικοί:

b2	Αισθητήριες λειτουργίες και πόνος	στοιχείο πρώτου επιπέδου
b210	Λειτουργίες όρασης	στοιχείο δεύτερου επιπέδου
b2102	Ποιότητα όρασης	στοιχείο τρίτου επιπέδου
b21022	Ευαισθησία στην αντίθεση φωτεινότητας	στοιχείο τέταρτου επιπέδου

Η περαιτέρω κατηγοριοποίηση των βλαβών στις σωματικές λειτουργίες περιλαμβάνει και τον προσδιορισμό της έκτασης της βλάβης, όπως περιγράφεται παρακάτω:

Προσδιοριστής: Έκταση των βλαβών

- 0** Καμία βλάβη,
- 1** Ήπια βλάβη,
- 2** Μέτρια βλάβη,
- 3** Σοβαρή βλάβη,
- 4** Ολοκληρωτική βλάβη,
- 8** Απροσδιόριστη,
- 9** Δεν αφορά

Ο προσδιοριστής ακολουθεί την κωδικό της κατηγοριοποίησης μετά από μία τελεία, έτσι αν στο προηγούμενο παράδειγμα, έχουμε μια ήπια βλάβη, ο κωδικός θα γίνει b21022.1.

2.2.2 Σωματικές δομές και βλάβες σωματικών δομών

Οι **σωματικές δομές** είναι τα ανατομικά μέρη του σώματος όπως τα όργανα, τα άκρα και τα συστατικά τους τμήματα. Οι **βλάβες** είναι προβλήματα στη δομή όπως μια σημαντική απώλεια ή ανωμαλία. Όλες οι σωματικές δομές και τα προβλήματα που μπορεί αυτές να παρουσιάσουν είναι κωδικοποιημένα στο ICF σε οκτώ (8) μεγάλες κατηγορίες (σε αναλογία με την κωδικοποίηση των σωματικών λειτουργιών), οι οποίες ορίζονται από το γράμμα **s** (body structures). Οι κατηγορίες αυτές παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Σωματικές δομές (s)	
s 110-199	Δομές του νευρικού συστήματος
s 210-299	Το μάτι, το αυτί και σχετιζόμενες δομές
s 310-3409	Δομές σχετιζόμενες με τη φωνή και την ομιλία
s 410-499	Δομές του καρδιαγγειακού, ανοσολογικού και αναπνευστικού συστήματος
s 510-599	Δομές σχετικές με την πέψη, το μεταβολισμό και το ενδοκρινικό σύστημα
s 610-699	Δομές σχετικές με το ουροποιητικό και το αναπαραγωγικό σύστημα
s 710-799	Δομές σχετικές με την κίνηση
s 810-899	Δέρμα και σχετικές δομές

Κατά ανάλογο τρόπο με την ταξινόμηση των σωματικών λειτουργιών, το γράμμα **s** ακολουθείται από έναν αριθμητικό κωδικό, ο οποίος ξεκινά με τον αριθμό του κεφαλαίου (μονοψήφιο), το οποίο ακολουθείται από το δεύτερο επίπεδο (διψήφιο) και το τρίτο και τέταρτο επίπεδο (μονοψήφια). Για παράδειγμα, στην ταξινόμηση των Σωματικών Δομών υπάρχουν οι εξής κωδικοί:

s3	Δομές σχετικές με τη φωνή και την ομιλία	στοιχείο πρώτου επιπέδου
s320	Δομή του στόματος	στοιχείο δεύτερου επιπέδου
s3202	Δομή της υπερώας	στοιχείο τρίτου επιπέδου
s32021	Μαλακή υπερώα	στοιχείο τέταρτου επιπέδου

Για την περαιτέρω αξιολόγηση της βλάβης, οι σωματικές δομές κωδικοποιούνται βάσει τριών προσδιοριστών: ο **πρώτος προσδιοριστής** περιγράφει την έκταση ή το μέγεθος της βλάβης, ο **δεύτερος προσδιοριστής** χρησιμοποιείται για την υπόδειξη της φύσης της αλλαγής και ο **τρίτος προσδιοριστής** υποδηλώνει το σημείο της βλάβης.

Πρώτος Προσδιοριστής: Έκταση βλάβης	Δεύτερος Προσδιοριστής: Φύση της αλλαγής	Τρίτος Προσδιοριστής (προτεινόμενος): Θέση
0 Καμία βλάβη 1 Ήπια βλάβη 2 Μέτρια βλάβη 3 Σοβαρή βλάβη 4 Πλήρης βλάβη 8 Απροσδιόριστη 9 Δεν αφορά	0 Καμία αλλαγή στη δομή 1 Ολική απουσία 2 Μερική απουσία 3 Πρόσθετο μέρος 4 Ανώμαλες διαστάσεις 5 Ασυνέχεια 6 Αποκλίνουσα θέση 7 Ποιοτικές αλλαγές στη δομή, συμπεριλαμβανομένης της συγκέντρωσης υγρού 8 Απροσδιόριστη 9 Δεν αφορά	0 Περισσότερες από μία περιοχές 1 δεξιά 2 αριστερά 3 και από τις δύο πλευρές 4 μπροστά 5 πίσω 6 εγγύς 7 άπω

Ειδική μνεία αξίζει να γίνει στον προσδιοριστή που εκτιμά την έκταση της βλάβης (παρόμοια κωδικοποίηση και στις σωματικές δομές και στις σωματικές λειτουργίες). Συχνά, η έκταση της βλάβης είναι παράγοντας αποφασιστικής σημασίας και καθορίζει την οροφή του επιπέδου λειτουργικότητας, και την ανάγκη για κάθε είδους βοήθεια από την πολιτεία προς το άτομο με αναπηρία. Η διαβάθμιση: 0=καμία βλάβη, 1=ήπια βλάβη, 2=μέτρια βλάβη, 3=σοβαρή βλάβη, 4=πλήρης βλάβη, είναι μια ποιοτική κατηγοριοποίηση, γενικά κατανοητή, η οποία, όμως, χρήζει προσοχής κατά την εφαρμογή της. Σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχουν σταθμισμένα εργαλεία που καθορίζουν ποσοτικά την έκταση της βλάβης (π.χ. ο δείκτης νοητικού πηλίκου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό της νοητικής υστέρησης), αλλά σε πολλές άλλες ο προσδιορισμός της έκτασης της βλάβης είναι αποτέλεσμα (υποκειμενικής) κλινικής εκτίμησης. Κατά την εφαρμογή του ICF είναι χρήσιμο να χρησιμοποιείται η παρακάτω αντιστοίχιση. Για κάθε σωματική λειτουργία ή δομή γίνεται αποδεκτό το μέσο (σύνηθες) επίπεδο λειτουργίας ή κατάστασης ως δείκτης υγείας (το επίπεδο αυτό είναι προϊόν στατιστικής παραδοχής), π.χ. συστολική αρτηριακή πίεση: 100-140mmHg, δείκτης μάζας σώματος (BMI): 20-25 κοκ. Κατ' αυτόν τον τρόπο ο προσδιορισμός της έκτασης της βλάβης γίνεται με την εκτίμηση της κατάστασης του

εξεταζομένου ατόμου και τη σύγκριση της με την αποδεκτή μέση κατάσταση (μετράμε, δηλαδή, στατιστικά "πόσο απέχει" η παρούσα κατάσταση του ατόμου από αυτήν που θα μπορούσε να έχει αν ήταν κοντά στον μέσο όρο του γενικού πληθυσμού:

- 0= καμία βλάβη: δεν υπάρχει σαφής διακύμανση (0-4%) από τον αποδεκτό μέσο όρο του γενικού πληθυσμού
- 1= ήπια βλάβη: υπάρχει χαμηλή διακύμανση (5-24%) από τον αποδεκτό μέσο όρο
- 2= μέτρια βλάβη: υπάρχει σημαντική, αλλά όχι πολύ μεγάλη διακύμανση (25-49%) από τον αποδεκτό μέσο όρο
- 3=σοβαρή βλάβη: υπάρχει πολύ μεγάλη διακύμανση (50-96%) από τον αποδεκτό μέσο όρο
- 4=πλήρης βλάβη: υπάρχει καθολική διαφορά (96-100%) από τον αποδεκτό μέσο όρο

2.2.3 Χρήση Παραδειγμάτων

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 1

Ατομο με αριστερή ημιπάρεση μετά από ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Αξιολόγηση σύμφωνα με το ICF:

1. Η βλάβη ενός ατόμου με ημιπάρεση μπορεί να περιγραφεί με τον κωδικό b730:

b730 Λειτουργίες μυϊκής ισχύος

Στο ICF περιγράφεται: "Λειτουργίες που σχετίζονται με τη δύναμη που παράγεται από τη συστολή ενός μυ ή μίας ομάδας μυών. Συμπεριλαμβάνονται: λειτουργίες που συνδέονται με τη δύναμη συγκεκριμένων μυών και ομάδων μυών, των μυών ενός άκρου, της μίας πλευράς του σώματος, του κάτω μισού του σώματος, όλων των άκρων, του κορμού και του σώματος ως σύνολο, βλάβες όπως αδυναμία μικρών μυών στα πόδια και στα χέρια, μυϊκή πάρεση, μυϊκή παράλυση, μονοπληγία, ημιπληγία, παραπληγία, τετραπληγία και ακινητική αλαλία.

Αποκλείονται: λειτουργίες των γειτονικών με το μάτι δομών (b215), λειτουργίες μυϊκού τόνου (b735), λειτουργίες μυϊκής αντοχής (b740)"

2. Μυϊκή ισχύς μιας πλευράς του σώματος = 2

b7302 Ισχύς των μυών της μίας πλευράς του σώματος

Στο ICF περιγράφεται: "Λειτουργίες που σχετίζονται με τη δύναμη που παράγεται από τη συστολή των μυών και ομάδων μυών που βρίσκονται στην αριστερή ή δεξιά πλευρά του σώματος.

Συμπεριλαμβάνονται: βλάβες όπως ημιπάρεση και ημιπληγία".

3. Προσδιοριστής: η σοβαρότητα της βλάβης = 3 (Σοβαρή βλάβη)

Τελική βαθμολογία: **b7302.3**

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 2

Ασθενής μετά από τροχαίο ατύχημα εμφανίζει κλινική εικόνα δεξιάς ημιδιατομής Θωρακικής μοίρας Νωτιαίου μυελού με πάρεση δεξιού κάτω άκρου. Από τη MRI φαίνεται εκτεταμένη βλάβη του νωτιαίου μυελού.

Αξιολόγηση σύμφωνα με το ICF:

1. Η κωδικοποίηση του νωτιαίου μυελού **S120**

2. Η κωδικοποίηση της θωρακικής μοίρας του νωτιαίου μυελού **S12001**

Προσδιοριστές:

3. Έκταση βλάβης: σοβαρή = 3

4. Φύση της αλλαγής: ασυνέχεια = 5

5. Θέση: δεξιά = 1

Τελική βαθμολογία: **S12001.3.5.1**

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 3

Ολική απώλεια αριστερού οφθαλμού

Αξιολόγηση σύμφωνα με το ICF:

1. Η κωδικοποίηση του οφθαλμού **S230**

Προσδιοριστές:

2. Έκταση βλάβης: πλήρης βλάβη = 4

3. Φύση της αλλαγής: ολική απουσία = 1

4. Θέση: αριστερά = 2

Τελική βαθμολογία: **S230.4.1.2**

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 4. Η χρήση της βινιέτας

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, κατά την αξιολόγηση κάθε ατόμου είναι χρήσιμο να οργανώνονται όλα τα στοιχεία που το αφορούν και μπορούν να χρησιμεύσουν στην κωδικοποίηση κατά ICF σε μία μικρή "παρουσίαση" της περίπτωσης του, σε μία βινιέτα. Η βινιέτα περιέχει όλα εκείνα τα στοιχεία από το ιστορικό, τις προηγούμενες εκθέσεις επαγγελματιών υγείας και τον κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο που σκιαγραφούν την αναπηρία και το επίπεδο λειτουργικότητας του εξεταζόμενου. Θα γίνει παρακάτω η παρουσίαση μιας βινιέτας και η κωδικοποίηση των στοιχείων που περιέχει (στην παρούσα φάση θα γίνει η κωδικοποίηση των στοιχείων που αφορούν μόνο σωματικές λειτουργίες και δομές, η κωδικοποίηση των στοιχείων της λειτουργικότητας και της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον θα γίνει στην επόμενη ενότητα).

Βινιέτα Α

Μαθήτρια της Β΄ Δημοτικού, 9 ετών, διαμένει με τους γονείς της.

Έχει διάγνωση σπαστικής παραπληγίας από εγκεφαλική παράλυση λόγω προωρότητας. Η εξέλιξη ήταν η παραμονή κύστης 8mm στο αριστερό μετωπιαίο κέρασ. Αργότερα, διαπιστώθηκε μείωση της ακοής δεξιά κατά 90%, ενώ τα προκλητά δυναμικά ήταν φυσιολογικά. Από τους οφθαλμούς παρουσιάζει αποκλίνοντα στραβισμό. Παρουσιάζει διαταραχή στην ισορροπία και το συντονισμό άνω-κάτω άκρων. Αντιμετωπίζει, επίσης, προβλήματα στην κίνησή της, χρησιμοποιεί κνημοποδικούς νάρθηκες έσω υποδήματος, αλλά και πάλι χρειάζεται να κρατιέται από τοίχο για να μετακινηθεί και βοήθεια από άλλο άτομο, όταν το έδαφος είναι ανώμαλο. Έχει ήδη υποβληθεί σε μια ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση (επιμήκυνση αχίλλειων τενόντων), πριν από 2 χρόνια. Η εικόνα της βελτιώθηκε για ένα χρόνο, αλλά σήμερα πάλι δυσκολεύεται. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ένδυση και απόδυση του κάτω σώματος, στη χρήση της τουαλέτας και την προσωπική υγιεινή.

Μαθησιακά, αντιμετωπίζει δυσκολίες μόνο στα μαθηματικά. Στο σχολείο είναι κακή η υποδομή της τουαλέτας (δεν υπάρχει σωστή κατασκευή, ώστε να έχει στηρίγματα), με αποτέλεσμα να μην μπορεί να τη χρησιμοποιήσει. Επιπλέον, δεν υπάρχει ασανσέρ, και η τάξη βρίσκεται στο 2ο όροφο. Δυσκολίες παρουσιάζουν και οι σχέσεις της με διάφορα παιδιά, από τα οποία δέχεται πειράγματα και χλευασμό για την κατάστασή της (δεν συμμετέχει στα παιχνίδια κατά το διάλειμμα λόγω ελλιπούς ισορροπίας). Ψυχολογικά, επηρεάζεται πολύ αρνητικά από τη συμπεριφορά των συμμαθητών και κλείνεται στον εαυτό της. Παίζει συνήθως με τις κούκλες και με την αδελφή της παιχνίδια «ρόλων». Θα ήθελε να χορεύει ή να κάνει αθλητισμό, όμως δεν μπορεί.

Ακολουθεί φυσικοθεραπείες από ηλικίας 6 μηνών. Σημαντική βοήθεια παίρνει από τις συνεδρίες των εργοθεραπειών. Από τον έλεγχο της λειτουργικότητας αναφέρονται: GMFM 8/2006 βαθμολογία 80%. Στη διάσταση Δ (όρθια θέση) έχει 69% και στην Ε (περπάτημα, τρέξιμο, πήδημα) 48%. Πριν από την επέμβαση η βαθμολογία ήταν 72%. Με την εφαρμογή ναρθήκων η ολική βαθμολογία έγινε 87%.

Τα σημεία στη βινιέτα που έχουν υπογραμμιστεί, είναι αυτά που θα πρέπει να αξιολογηθούν για κωδικοποίηση των σωματικών λειτουργιών και δομών:

"σπαστικής παραπληγίας από εγκεφαλική παράλυση"

Η σπαστική παραπληγία αφορά προσβολή του νευρικού συστήματος, χωρίς όμως εμφανείς βλάβες στη δομή του. Άρα θα γίνει διερεύνηση της λειτουργίας, και πιο συγκεκριμένα της κινητικότητας των κάτω άκρων. Τα προβλήματα που προκύπτουν είναι: η σπαστικότητα, δηλαδή η διαταραγμένη λειτουργία του μυϊκού τόνου και η μυϊκή αδυναμία. Στο ICF αντιστοιχεί το κεφάλαιο 7 (b7), πιο ειδικά η υποκατηγορία που αφορά τις λειτουργίες του μυϊκού τόνου (b735), και πιο ειδικά ο κωδικός που αφορά τον τόνο των μυών του κάτω μισού του σώματος (b7353), προσδιοριστής: έκταση βλάβης: σοβαρή = 3. Τελική βαθμολογία: **b7353.3**. Για τη μυϊκή αδυναμία αντιστοιχεί ο κωδικός b730, και πιο ειδικά, ο κωδικός που αφορά τα κάτω άκρα b7303, Προσδιοριστής: έκταση βλάβης: σοβαρή = 3. Τελική βαθμολογία: **b7303.3**.

"παραμονή κύστης 8mm στο αριστερό μετωπιαίο κέρα"

Το μετωπιαίο κέρας αφορά στην δομή του νευρικού συστήματος (s1), και πιο ειδικά του εγκεφάλου (s110), και πιο ειδικά του μετωπιαίου λοβού (s11000), προσδιοριστές: έκταση βλάβης: μέτρια =2, φύση της αλλαγής: ποιοτικές αλλαγές στη δομή (κύστη) =7, θέση: αριστερά =2. Τελική βαθμολογία: **s11000.2.7.2**.

"μείωση της ακοής δεξιά κατά 90%, ενώ τα προκλητά δυναμικά ήταν φυσιολογικά"

Η ακοή είναι λειτουργία του δευτέρου κεφαλαίου (b2) και ο κωδικός της είναι b230, για μονόπλευρη μείωση της ακοής ο προσδιοριστής που αφορά την έκταση της βλάβης είναι μέτρια βλάβη =2. Τελική βαθμολογία: **b230.2**.

"αποκλίνοντα στραβισμό"

Ο αποκλίνων στραβισμός είναι μια διαταραχή της λειτουργίας της όρασης (δευτερο κεφάλαιο: b2) και αφορά τις δομές γύρω από το μάτι (b215) και πιο ειδικά τους εξωτερικούς μύες του ματιού (b2152), προσδιοριστής: έκταση βλάβης: μέτρια =2. Τελική βαθμολογία: **b2152.2**

"ελλιπή ισορροπία και συντονισμό άνω-κάτω άκρων"

Η ισορροπία και ο συντονισμός των άκρων είναι μια σύνθετη λειτουργία. Μπορεί να κωδικοποιηθεί με δύο κωδικούς, από την αιθουσαία λειτουργία (b235), αλλά και από τις λειτουργίες ελέγχου των κινήσεων (b760). Ακριβής καθορισμός της διαταραχής στη λειτουργία απαιτεί λεπτομερή νευρολογική εξέταση, η οποία και θα πρέπει να ζητηθεί. και στις δύο περιπτώσεις η έκταση της βλάβης φαίνεται μέτρια, προσδιοριστής =2. Τελική βαθμολογία: **b235.2** ή/και **b760.2**.

"προβλήματα στην κίνησή της,.... χρειάζεται να κρατιέται από τοίχο για να μετακινηθεί και βοήθεια από άλλο άτομο, όταν το έδαφος είναι ανώμαλο"

Το ζήτημα εδώ αφορά σαφώς τη λειτουργία της βάδισης, η οποία ανήκει στις λειτουργίες σχετιζόμενες με την κίνηση (b7), και ο κωδικός της είναι b770. Προσδιοριστής: έκταση βλάβης: σοβαρή =3. Τελική βαθμολογία: **b770.3**.

"επέμβαση (επιμήκυνση αχίλλειων τενόντων)"

Η χειρουργική επέμβαση έχει φέρει αλλαγές τόσο στη δομή, όσο και στη λειτουργία της ποδοκνημικής άρθρωσης. Η δομή είναι σχετική με την κίνηση (s7) και αφορά την κνήμη (s7501), και ειδικότερα τους συνδέσμους και τις περιτονίες της (s75013). Προσδιοριστές: έκταση βλάβης: σοβαρή =3, φύση της αλλαγής: ανώμαλες διαστάσεις =4, θέση: και από τις δύο πλευρές =3. Τελική βαθμολογία: **s75013.3.4.3**. Η λειτουργία αφορά την κίνηση (b7), και πιο ειδικά την κινητικότητα δύο αρθρώσεων (b7101), προσδιοριστής η έκταση της βλάβης: σοβαρή =3. Τελική βαθμολογία: **b7101.3**. (Να σημειωθεί πως η αναφορά στην δομή και τη λειτουργία μετά την επέμβαση δεν λαμβάνει υπόψιν ότι, κατά πάσα πιθανότητα, η κατάσταση ήταν χειρότερη πριν γίνει το χειρουργείο).

Βινιέτα Β

Μουσικός 25 ετών, έγγαμος μένει με την σύζυγό του. Από τριετίας υποφέρει από σταδιακή απώλεια της όρασής του, λόγω εξελισσόμενου κερατόκωνου αμφοτερόπλευρα. Κατά την παρούσα φάση παρουσιάζει ολική τύφλωση και στα δύο μάτια. Βρίσκεται, ήδη, στη λίστα για μεταμόσχευση κερατοειδούς. Εξακολουθεί και εργάζεται, αφού συνοδεύει της συζύγου του, μπορεί και πηγαίνει στις πρόβες και στις παραστάσεις της ορχήστρας που εργαζόταν.

Τα σημεία στη βινιέτα που έχουν υπογραμμιστεί, είναι αυτά που θα πρέπει να αξιολογηθούν για κωδικοποίηση των σωματικών λειτουργιών και δομών:

"υποφέρει από σταδιακή απώλεια της όρασής του, λόγω εξελισσόμενου κερατόκωνου αμφοτερόπλευρα"

Ο κερατόκωνος αφορά το μάτι (s2) και πιο συγκεκριμένα την δομή του οφθαλμικού κόγχου (s220), και ειδικότερα τον κερατοειδή (s2201). Προσδιοριστές: έκταση βλάβης: πλήρης =4, φύση της αλλαγής: ποιοτικές αλλαγές στη δομή =7, θέση: και από τις δύο πλευρές =3. Τελική βαθμολογία: **s2201.4.7.3**.

"Κατά την παρούσα φάση παρουσιάζει ολική τύφλωση και στα δύο μάτια"

Η όραση κωδικοποιείται στο κεφάλαιο b2 και ειδικότερα στο κεφάλαιο b210, προσδιοριστής: έκταση βλάβης: ολοκληρωτική =4. Τελική βαθμολογία: **b210.4**.

Πρέπει να τονισθεί ότι κατά την κωδικοποίηση κατά ICF από τον αξιολογητή τα πεδία των προσδιοριστών δεν είναι δυνατόν να συμπληρωθούν από την ανάγνωση των στοιχείων του ιστορικού και της βινιέτας. Ειδικότερα, οι προσδιοριστές που εκτιμούν τη βαρύτητα της βλάβης, τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία, καθορίζονται μόνο μετά από λεπτομερή κλινική και παρακλινική αξιολόγηση του εξεταζομένου. Στα παραπάνω παραδείγματα χρησιμοποιούνται καθαρά για εκπαιδευτικούς σκοπούς

2.3 Η Αρχιτεκτονική των Πρωτοκόλλων Διερεύνησης Λειτουργικότητας

Το έντυπο του πρωτοκόλλου Διερεύνησης Λειτουργικότητας σύμφωνα με το ICF συμπληρώνεται από τους αξιολογητές διερεύνησης λειτουργικότητας του ΚΑΑ στην περίπτωση που αξιολογούμενος επιλέγει, εκτός από την αξιολόγηση αναπηρίας και την αξιολόγηση της λειτουργικότητας, δηλαδή από τον φυσικοθεραπευτή, τον εργοθεραπευτή και τον ψυχολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση ή η εκτίμηση και συμβολή από κοινωνικό λειτουργό, ειδικό παιδαγωγό ή λογοθεραπευτή αυτό ρυθμίζεται από το ΚΑΑ και το δίκτυο εξωτερικών συνεργατών.

Ο σκοπός της διερεύνησης λειτουργικότητας είναι να γίνει αντιληπτό κατ' αρχάς το λειτουργικό προφίλ του ατόμου, οι δυνατότητες, δηλαδή, που έχει το άτομο να δραστηριοποιηθεί μέσα στο περιβάλλον που ζει καθώς και ο τρόπος με τον οποίο αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του. Επιπροσθέτως παρέχει πληροφόρηση για την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει σε ένα βέλτιστο περιβάλλον και για την αναγκαιότητα τροποποιήσεων του περιβάλλοντος και παροχής θεραπευτικών και άλλων παρεμβάσεων με σκοπό την αύξηση της λειτουργικότητας του ατόμου αυτού.

Είναι σημαντικό για τον τρόπο που συμπληρώνεται το πρωτόκολλο Διερεύνησης Λειτουργικότητας να έχουν ξεκαθαριστεί πρώτα οι ακόλουθες έννοιες: λειτουργικότητα, αναπηρία, δραστηριότητα, συμμετοχή, απόδοση, ικανότητα, παρεχόμενη βοήθεια, περιβαλλοντικοί παράγοντες.

2.3.1 Λειτουργικότητα και Αναπηρία

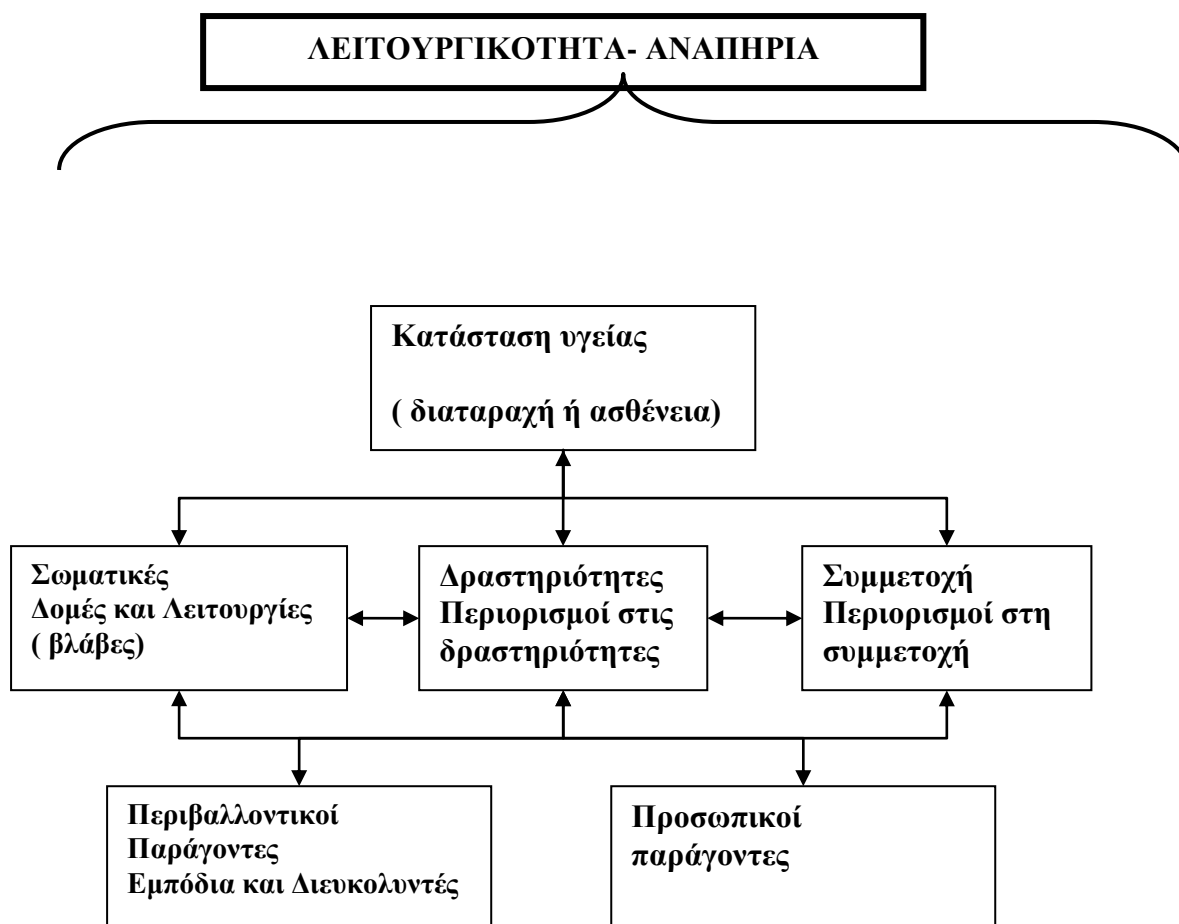
Η **λειτουργικότητα** είναι ένας γενικός όρος, ένας όρος «ομπρέλα» για κάποιο ή για όλα τα παρακάτω: σωματικές λειτουργίες, σωματικές δομές, δραστηριότητα και συμμετοχή. Η λειτουργικότητα του ατόμου σε έναν συγκεκριμένο τομέα είναι μια αλληλεπίδραση ή ακόμα καλύτερα μια πολύπλοκη σχέση ανάμεσα στην κατάσταση υγείας και τους περιβαλλοντικούς ή και προσωπικούς παράγοντες (αυτοί οι τελευταίοι δεν κατηγοριοποιούνται ακόμα σύμφωνα με το ICF).

Η **αναπηρία** είναι ένας γενικός όρος, ένας όρος «ομπρέλα» για τις βλάβες, τους περιορισμούς στη δραστηριότητα και τους περιορισμούς στη συμμετοχή. Δείχνει τις αρνητικές πλευρές της σχέσης ανάμεσα στην κατάσταση της υγείας του ατόμου και τους παράγοντες πλαισίου του ατόμου αυτού (περιβαλλοντικοί και προσωπικοί παράγοντες).

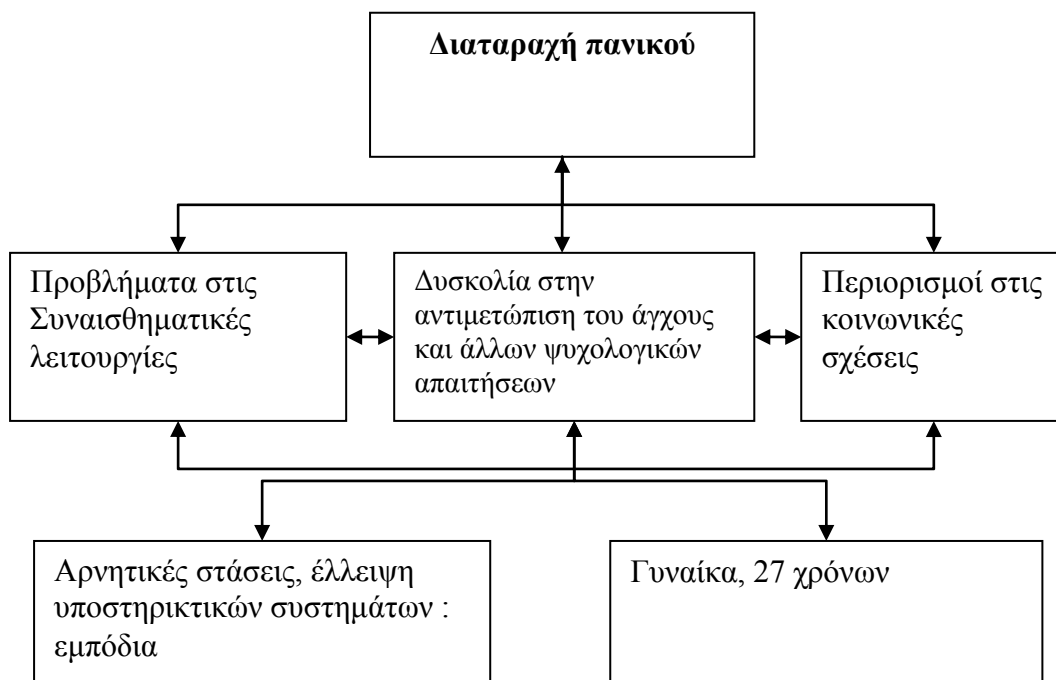
Η λειτουργικότητα καθορίζεται από την αλληλεπίδραση του ατόμου (το οποίο έχει μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας) με το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει. Η

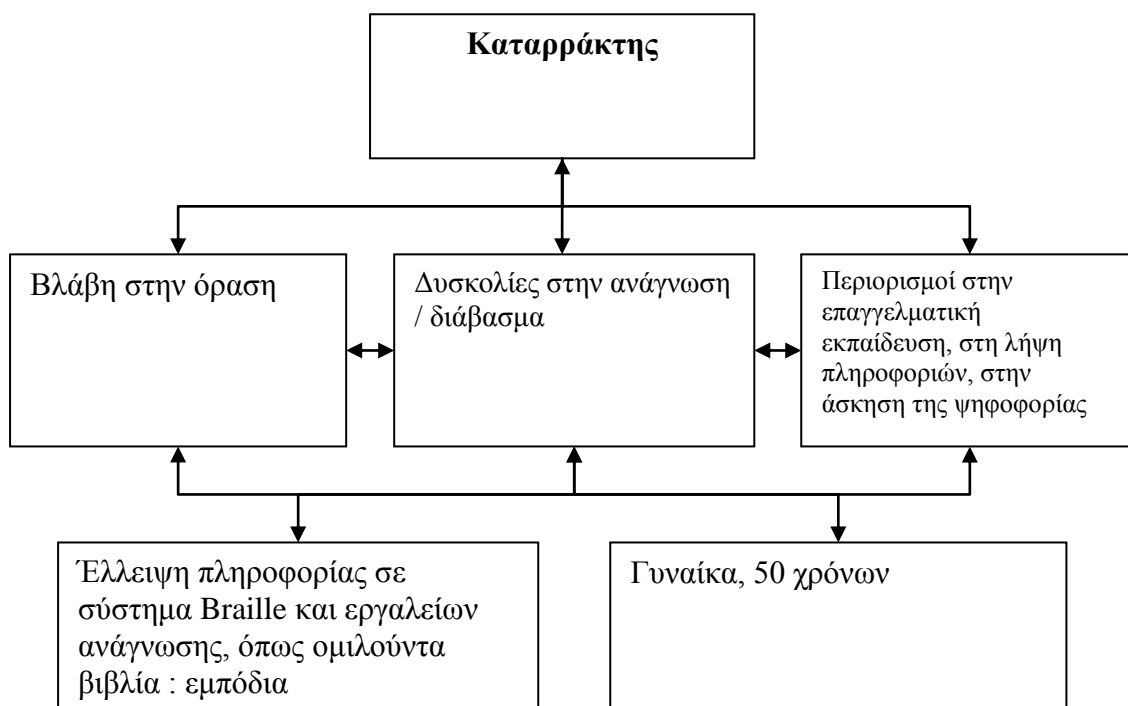
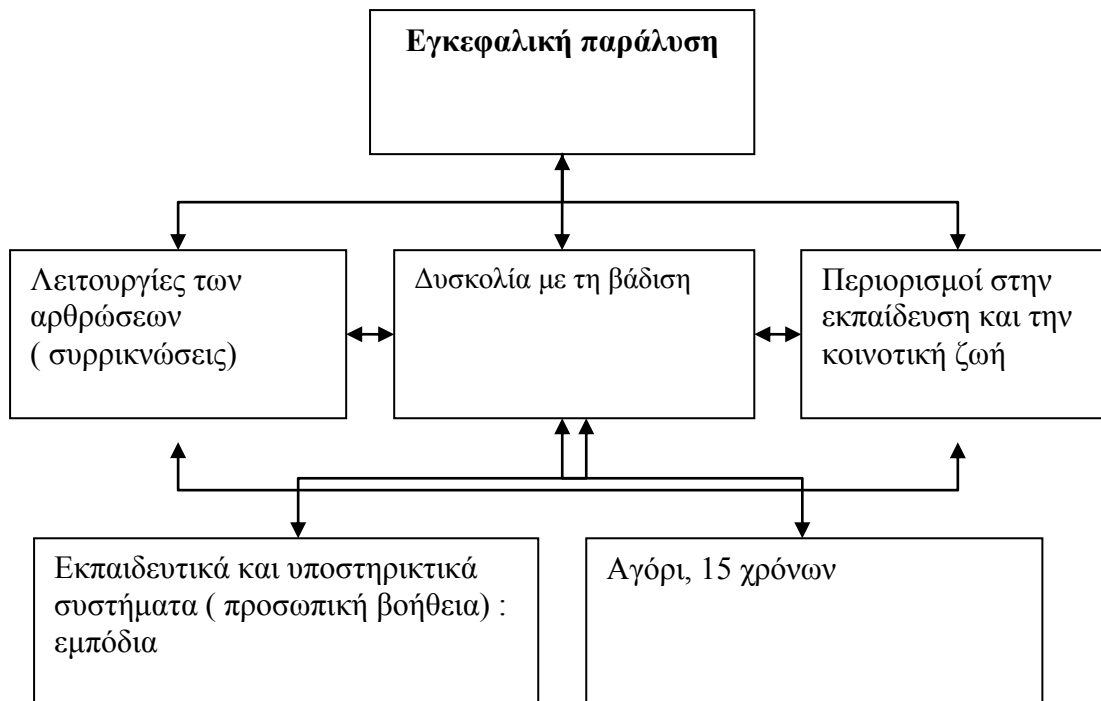
λειτουργικότητα και η αναπηρία ουσιαστικά είναι ένα νόμισμα με δύο όψεις, με την αναπηρία να εστιάζει στις πιο αρνητικές πλευρές αυτής της αλληλεπίδρασης και τη λειτουργικότητα στις περισσότερο θετικές.

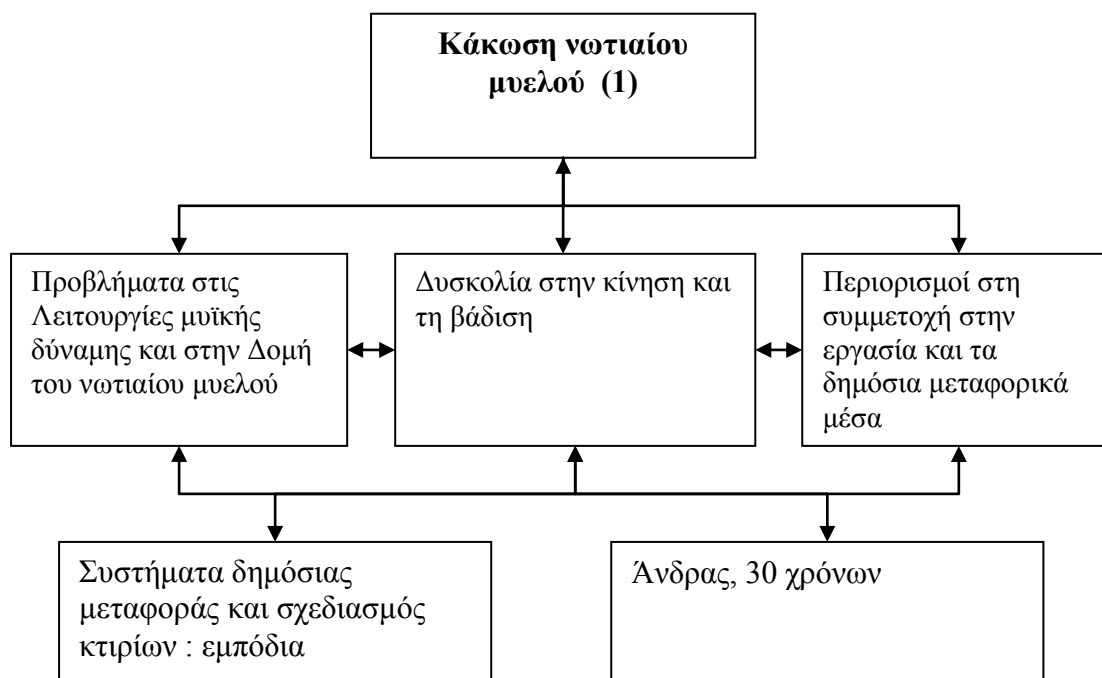
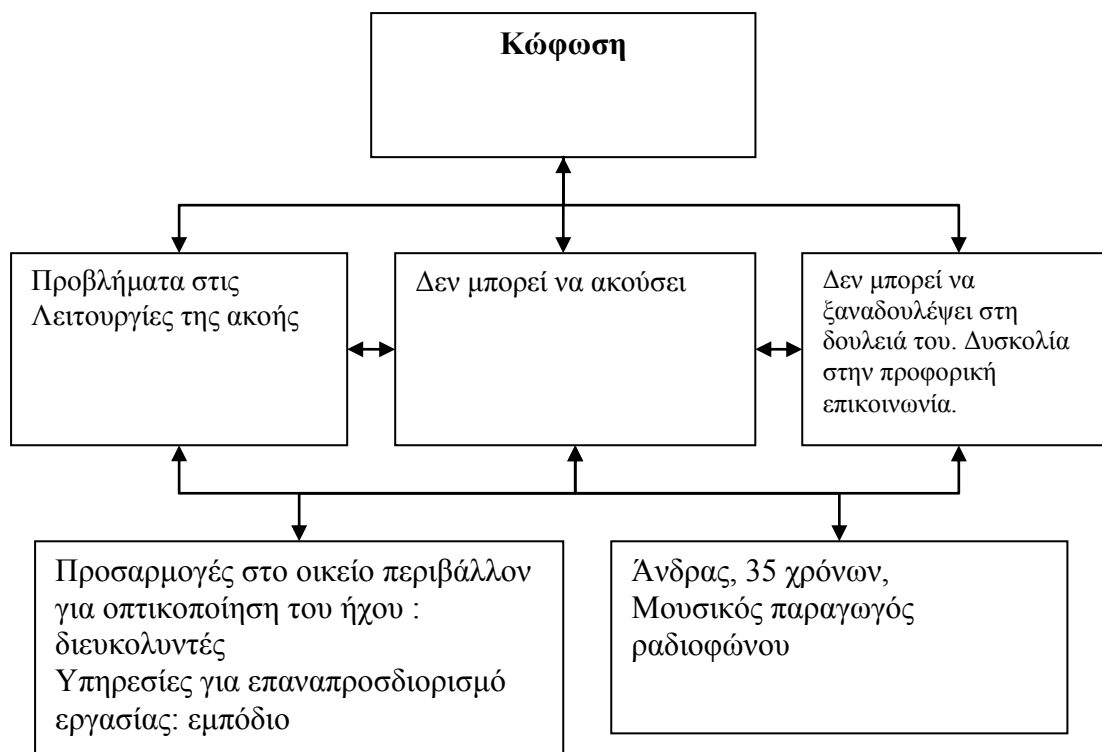
Το παρακάτω σχήμα οπτικοποιεί την προαναφερθείσα αλληλεπίδραση ανάμεσα στα στοιχεία που στοιχειοθετούν και προσδιορίζουν τη λειτουργικότητα ή την αναπηρία του ατόμου. Στα παραδείγματα που ακολουθούν φαίνεται το πώς, και σε ποιο βαθμό η κατάσταση υγείας (διάγνωση), οι παράμετροι των σωματικών δομών και λειτουργιών και οι παράμετροι της δραστηριότητας και συμμετοχής μαζί με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες διαμορφώνουν την λειτουργικότητα του ατόμου.

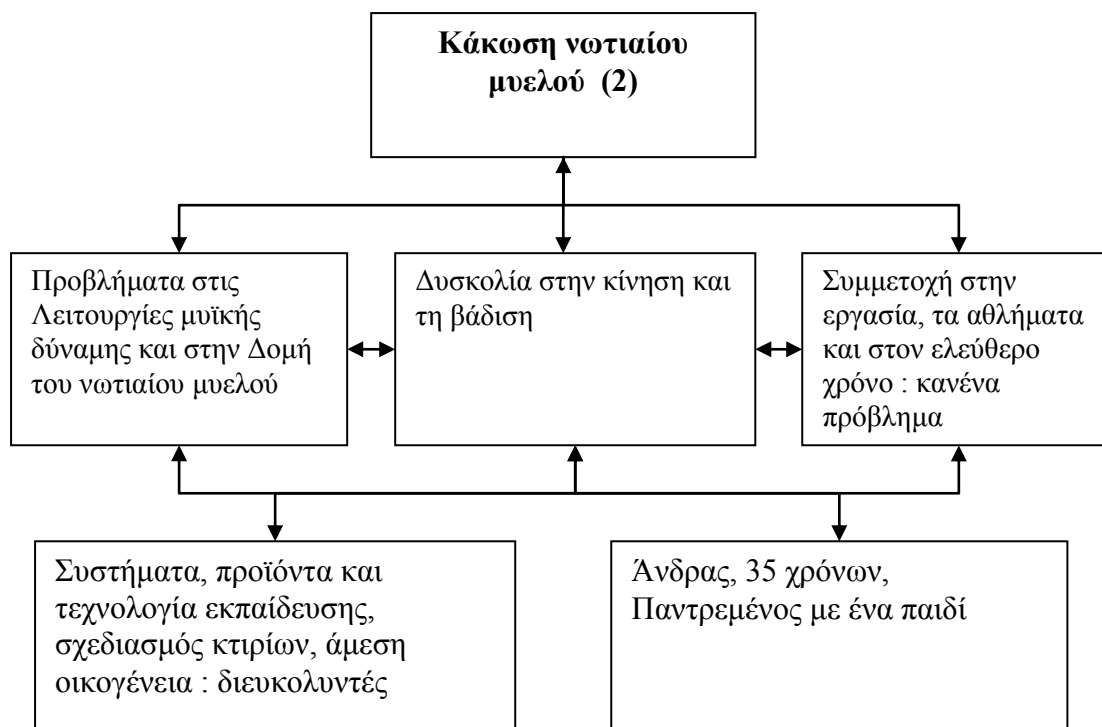


Παραδείγματα:









2.3.2 Δραστηριότητα και Συμμετοχή, Περιορισμοί της Δραστηριότητας και Περιορισμοί της Συμμετοχής

Τα κεφάλαια που απαρτίζουν τους τομείς των δραστηριοτήτων και της συμμετοχής στην ταξινόμηση του ICF-CY προβάλλονται στον παρακάτω πίνακα.

	Τομείς Δραστηριότητας και Συμμετοχής
d1	Εκμάθηση και Εφαρμογή της γνώσης
d2	Γενικά Έργα και Απαιτήσεις
d3	Επικοινωνία
d4	Κινητικότητα
d5	Ατομική Φροντίδα
d6	Οικιακή ζωή
d7	Διαπροσωπικές Αλληλεπιδράσεις και Σχέσεις
d8	Μείζονες Τομείς Ζωής
d9	Κοινότητα, κοινωνική και πολιτική ζωή

Η **δραστηριότητα** είναι η εκτέλεση ενός έργου από ένα άτομο. Οι **περιορισμοί στη δραστηριότητα** είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο στην εκτέλεση μιας δραστηριότητας.

Η **συμμετοχή** είναι εμπλοκή σε μια κατάσταση ζωής. Αναφέρεται στην απόδοση μέσα στο κοινωνικό επίπεδο και καθορίζεται από την εκπλήρωση κοινωνικών ρόλων. Μετράται από το βαθμό στον οποίο ένα άτομο είναι ενεργό και παραγωγικό μέλος της κοινωνίας, καλά ενσωματωμένο στην οικογενειακή και κοινοτική ζωή. Οι **περιορισμοί στη συμμετοχή** είναι προβλήματα που ένα άτομο μπορεί να βιώσει στην εμπλοκή του στις καταστάσεις ζωής.

Διαφοροποίηση Δραστηριοτήτων και Συμμετοχής

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Ατομικό επίπεδο

Το άτομο τις πραγματοποιεί από μόνο του

Σχετίζεται με τη βλάβη

Ιατρικό μοντέλο αναπηρίας

Εστιάζει στην αποκατάσταση

Αξιολογείται στο νοσοκομείο

Κλινική αξιολόγηση

Όχι πάντα δυνατή

Απλό επίπεδο

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Κοινωνικό επίπεδο

Το άτομο την πραγματοποιεί μαζί με άλλους

Σχετίζεται με την ποιότητα ζωής

Κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας

Εστιάζει στον αποδέκτη υπηρεσιών

Αξιολογείται στην κοινότητα

Ατομική αναφορά ή από οικείο άτομο

Θεωρητικά πάντα δυνατή

Σύνθετο επίπεδο

Για παράδειγμα η βάδιση είναι μια απλή ενέργεια, οπότε είναι δραστηριότητα, ενώ η εργασία είναι πολύπλοκη και συγκαταλέγεται στη συμμετοχή.

Οι περιορισμοί ποικίλουν ανάλογα με το περιβάλλον και αξιολογούνται πάντα σε σχέση με το ιδιαίτερο περιβάλλον που ζει το άτομο (η απουσία ή η παρουσία βοήθειας που περιλαμβάνει βοηθήματα ή εξοπλισμό είναι μια πλευρά του περιβάλλοντος). Η φυσιολογική νόρμα με την οποία συγκρίνεται η δραστηριότητα και η συμμετοχή του ατόμου που αξιολογείται είναι αυτή που παρατηρείται σε ένα άτομο χωρίς παρόμοια κατάσταση υγείας σε μια συγκεκριμένη κοινωνία.

Κριτήρια για τους Προσδιοριστές της «Δραστηριότητας»

Προσδιοριστής		Ορισμός
0	Καθολική Ανεξαρτησία	Ανεξάρτητος σε όλες τις περιβαλλοντικές ποικιλίες της κανονικής/ συνηθισμένης ζωής (συμπεριλαμβανομένων εξωτερικών χώρων, ταξιδιών, χρήση ασυνήθιστων εργαλείων κλπ).
1	Περιορισμένη ανεξαρτησία	Ανεξάρτητος μόνο σε ένα περιορισμένο περιβάλλον (χρησιμοποιώντας περιορισμένα εργαλεία) ζωής (σπίτι, νοσοκομειακή πτέρυγα, ίδρυμα κλπ) και στο γεινιάζον περιβάλλον.
2	Μερικός περιορισμός	Η απόδοση / ικανότητα με μερική βοήθεια από φροντιστή. Ο όρος «μερική βοήθεια από φροντιστή» περιλαμβάνει την παρατήρηση, την ενθάρρυνση κλπ..
3	Πλήρης περιορισμός	Η απόδοση / ικανότητα με πλήρη βοήθεια από φροντιστή.
4	Καμία απόδοση / ικανότητα	Καμία απόδοση / ικανότητα για δραστηριότητα.

Κριτήρια για τους Προσδιοριστές της «Συμμετοχής»

Προσδιοριστής		Ορισμός
0	Πλήρης συμμετοχή	Πάντα ή συχνά πραγματώνει / είναι ικανός για πλήρη συμμετοχή (ανεξάρτητα από την ανθρώπινη βοήθεια του φροντιστή)
1	Μερική συμμετοχή	Πραγματώνει / είναι ικανός για συμμετοχή μερικές φορές ή μερικώς (χωρίς βοήθεια από φροντιστή)
2	Μερικός περιορισμός	Πραγματώνει / είναι ικανός για συμμετοχή μερικές φορές ή μερικώς, υποστηριζόμενος από τη μερική βοήθεια του φροντιστή του. Ο όρος «μερική βοήθεια από φροντιστή» περιλαμβάνει την παρατήρηση, την ενθάρρυνση κλπ..
3	Πλήρης περιορισμός	Πραγματώνει / είναι ικανός για συμμετοχή μερικές φορές ή μερικώς με πλήρη βοήθεια από φροντιστή.
4	Καμία συμμετοχή	Καμία απόδοση / ικανότητα για συμμετοχή.

Η δραστηριότητα ή η συμμετοχή είναι περιορισμένη όταν το άτομο με μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας είτε έχει δυσκολία στην πραγματοποίηση της δραστηριότητας ή κατά τη συμμετοχή του σε μια δραστηριότητα με έναν αναμενόμενο τρόπο είτε δεν μπορεί να την πραγματοποιήσει καθόλου.

Δυσκολίες με τις δραστηριότητες –ή με τη συμμετοχή μπορεί να προκύψουν όταν υπάρχει ποιοτική ή ποσοτική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται.

Η «δυσκολία» μπορεί να περιγράφεται με κάποιο από τα παρακάτω :

«έχει πόνο»,

«παρατηρείται αύξηση του απαιτούμενου για την πραγματοποίηση της δραστηριότητας χρόνου»,

«παρατηρούνται λανθασμένες προσπάθειες»,

«γίνεται με άτσαλο και μη αρμονικό τρόπο»,

«γίνεται με μη αποδεκτό τρόπο»,

«παρατηρείται αλλαγή ή μεταβολή του τρόπου με τον οποίο πραγματοποιείται η δραστηριότητα», πχ πρέπει να κάτσει για να ντυθεί αντί να είναι όρθιο το άτομο.

Για να προσδιοριστεί το μέγεθος της δυσκολίας συνυπολογίζονται: η συχνότητα με την οποία υπάρχει το πρόβλημα, η διάρκεια του προβλήματος και η ένταση αυτού.

Ένα πρόβλημα που προκύπτει από τη λίστα των πεδίων των δραστηριοτήτων και της συμμετοχής είναι ότι δεν είναι ξεκάθαρος ο διαχωρισμός ποια πεδία μπορούν να θεωρηθούν ως δραστηριότητες και ποια ως συμμετοχή. Ο ίδιος ο ΠΟΥ κατά τη συγγραφή του ICF δίνει 4 λύσεις:

α) Να οριστούν κάποιοι τομείς ως δραστηριότητες και άλλοι ως συμμετοχή, αποφεύγοντας τυχόν επικαλύψεις

(β) Όπως στο (α) ανωτέρω, επιτρέποντας όμως μερική επικάλυψη

(γ) Να οριστούν όλοι οι τομείς που περιγράφονται λεπτομερώς ως δραστηριότητες, ενώ οι τίτλοι ευρείας κατηγορίας ως συμμετοχή

(δ) Να χρησιμοποιηθούν όλοι οι τομείς και ως δραστηριότητες και ως συμμετοχή, με πλήρη αλληλοεπικάλυψη των τομέων.

Συνήθως οι μελέτες και τα πρωτόκολλα ακολουθούν τη β) και δ) λύση. Στα πρωτόκολλα διερεύνησης που θα χρησιμοποιηθούν στην Κύπρο έχει ακολουθηθεί ο (δ) τρόπος χρήσης των τομέων δραστηριότητας και συμμετοχής, όπως έχει πραγματοποιήσει και το συνεργατικό κέντρο της Γερμανίας στα core sets, θεωρώντας ότι η πλήρης αλληλοεπικάλυψη των τομέων ανταποκρίνεται καλύτερα στους στόχους της λειτουργικής αποκατάστασης και διευκολύνει τους χρήστες της ταξινόμησης.

2.3.3 Απόδοση - Ικανότητα

Η **απόδοση** περιγράφει τι κάνει το άτομο στο περιβάλλον του, περιγράφει, δηλαδή, το επίπεδο λειτουργικότητάς του και ποικίλει ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο ζει και δραστηριοποιείται.

Η **ικανότητα** αξιολογείται σε **ιδανικό / τυποποιημένο/ ομοιογενές** περιβάλλον και περιγράφει το υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας που μπορεί να φτάσει το άτομο σε συγκεκριμένο τομέα τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Το **ιδανικό / τυποποιημένο περιβάλλον** μπορεί να είναι α) ένα πραγματικό περιβάλλον που συνήθως χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση ή β) όταν δεν είναι δυνατό, ένα υποτιθέμενο περιβάλλον που μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει **ενιαία / τυποποιημένη επίδραση**. Η **ικανότητα** επιτυγχάνεται σε ένα περιβάλλον που βελτιώνει τη δυνατότητα του ατόμου να πραγματοποιήσει μια δραστηριότητα.

Το χάσμα ανάμεσα στην ικανότητα και την απόδοση παρέχει ένα χρήσιμο οδηγό για το τι πρέπει να γίνει και τι μπορεί να αλλάξει στο περιβάλλον του ατόμου για να βελτιωθεί η απόδοσή του.

Οι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες αξιολόγησης σε παιδιά ή ενήλικες με αναπηρία συνήθως θέλουν να ξέρουν τι μπορεί να κάνει ο αξιολογούμενος στην καλύτερή του προσπάθεια (την «ικανότητά» τους). Για παράδειγμα, για να αξιολογηθεί η ικανότητα για μετακίνηση ενός παιδιού με εγκεφαλική παράλυση, θα πρέπει συνήθως να τελέσουμε την αξιολόγησή μας σε ένα περιβάλλον που να βοηθά το παιδί να αποδώσει καλύτερα. Θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε ένα περιβάλλον απαλλαγμένο από εμπόδια, με ομαλές επιφάνειες και με όσο το δυνατόν λιγότερα εμπόδια, συχνά σε ένα εργαστήριο αξιολόγησης ή μέσα σε κλινικό περιβάλλον. Βεβαίως μέσα στο φυσικό περιβάλλον (όπως σπίτι, σχολείο και κοινότητα) πολλές επιφάνειες δεν είναι ομαλές, οι διάδρομοι είναι γεμάτοι κόσμος και μπορεί να υπάρχουν σκάλες. Με αυτόν τον τρόπο, η «απόδοση» της ανεξάρτητης μετακίνησης στο σχολικό περιβάλλον μπορεί να είναι αρκετά διαφορετική από την «ικανότητα» του ατόμου στο περιβάλλον της κλινικής. Οι φορείς θα πρέπει να γνωρίζουν την πιθανότητα αυτών των διαφορών στα επίπεδα των δραστηριοτήτων και της συμμετοχής στα άτομα που αξιολογούνται. Το μοντέλο του ICF μπορεί να βοηθήσει τους αξιολογητές στο να αναγνωρίζουν και να διευθετούν τις διαφορές στη λειτουργικότητα στα διάφορα επίπεδα. Για παράδειγμα, όταν η συμμετοχή ενός ατόμου στη μετακίνηση στο περιβάλλον της κοινότητας (μετακίνηση) είναι περιορισμένη, οι φορείς θα πρέπει να αξιολογήσουν τόσο την ικανότητα όσο και την απόδοση, και να αναγνωρίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη μετακίνηση. Συχνά οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν την ικανότητα ενός παιδιού, για παράδειγμα, να κινηθεί στο περιβάλλον της κοινότητας, και ως εκ τούτου τα βοηθήματα μετακίνησης γίνονται μια ζωτική παρέμβαση ώστε να μειωθεί το κενό ανάμεσα στην ικανότητα του ατόμου και την επιθυμητή απόδοση στην κοινότητα. Να σημειωθεί ότι στη «βλάβη» δεν έχει δοθεί καθόλου σημασία, αλλά το καθαρό όφελος για το άτομο μπορεί να θεωρηθεί βελτίωση στη λειτουργία. (Είναι επίσης πιθανόν ότι καθώς η

λειτουργία της μετακίνησης βελτιώνεται μπορεί να υπάρχουν αλλαγές (βελτιώσεις) στις υποκείμενες βλάβες, όπως μυϊκή δύναμη, ευθυγράμμιση του σώματος, μεταφορά βάρους ή τη σταθερότητα).

Τόσο ο προσδιοριστής της ικανότητας όσο και αυτός της απόδοσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν με τη χρήση βοηθημάτων ή προσωπικής βοήθειας ή χωρίς αυτά, και σε συμφωνία με την ακόλουθη κλίμακα:

xxx.0	ΚΑΜΙΑ δυσκολία	(καμία, απούσα, αμελητέα,...)	0–4%
xxx.1	ΗΠΙΑ δυσκολία	(ελαφριά, χαμηλή,...)	5–24%
xxx.2	ΜΕΤΡΙΑ δυσκολία	(μέση, αρκετή,...)	25–49%
xxx.3	ΣΟΒΑΡΗ δυσκολία	(υψηλή, ακραία,...)	50–95%
xxx.4	ΠΛΗΡΗΣ δυσκολία	(ολοκληρωτική,...)	96–100%
xxx.8	Μη προσδιοριζόμενη		
xxx.9	Δεν αφορά		

Παρέχονται κλίμακες ποσοστών για τις περιπτώσεις εκείνες, στις οποίες είναι διαθέσιμα όργανα μετρήσιμης εκτίμησης ή άλλα πρότυπα για την ποσοτική μέτρηση του προβλήματος στην απόδοση ή με τον περιορισμό της ικανότητας. Παραδείγματος χάρη, όταν κωδικοποιείται «κανένα πρόβλημα» με την απόδοση ή «πλήρες πρόβλημα» με την απόδοση, τότε αυτές οι κλίμακες μπορεί να παρουσιάζουν περιθώριο λάθους έως 5%. Το μέτριο πρόβλημα με την απόδοση καθορίζεται ως το μισό της κλίμακας του πλήρους προβλήματος με την απόδοση. Τα ποσοστά πρέπει να διαμορφώνονται στους διαφορετικούς τομείς αναφορικά με τα πρότυπα του πληθυσμού ως εκατοστιαίες μονάδες. Για να χρησιμοποιείται με ενιαίο τρόπο αυτή η μέτρηση, θα πρέπει να αναπτυχθούν διαδικασίες αξιολόγησης μέσω έρευνας.

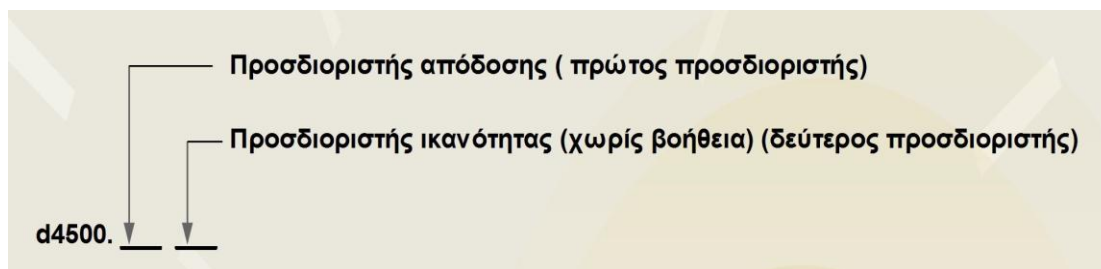
Ο εκτιμητής του ICF για να επιλέξει τον προσδιοριστή που συνοψίζει με πιο πλήρη τρόπο το επίπεδο της δραστηριότητας ή της συμμετοχής στον τομέα της ικανότητας ή της απόδοσης μπορεί να έχει στο μυαλό του και την παρακάτω κωδικοποίηση:

Ο ΚΑΜΙΑ δυσκολία	Χρησιμοποιείται όταν δεν υπάρχει καμία δυσκολία στην απόδοση ή την ικανότητα για μια δραστηριότητα ή στη συμμετοχή. Αυτή η κλίμακα έχει
-----------------------------	---

	περιθώριο λάθους 5% [0-4%]
1 ΗΠΙΑ δυσκολία	Καταγράφεται όταν για παράδειγμα το επίπεδο δυσκολίας είναι κάτω από το όριο για παρέμβαση, η δυσκολία που συναντάται είναι στο λιγότερο από το 25% του χρόνου, και / ή με μικρή διαφοροποίηση στη λειτουργικότητα η οποία μπορεί να συμβεί περιστασιακά τις τελευταίες 30 μέρες [5-24%]
2 ΜΕΤΡΙΑ δυσκολία	Χρησιμοποιείται για παράδειγμα όταν το επίπεδο της δυσκολίας συναντάται στο περισσότερο από το 50% του χρόνου μιας δραστηριότητας, και / ή με σημαντική, αλλά μέτριας επίδρασης στη λειτουργικότητα (μέχρι το μισό της κλίμακας στην ολική απόδοση), και μπορεί να συμβαίνει τακτικά τις τελευταίες 30 μέρες [25-49%]
3 ΣΟΒΑΡΗ δυσκολία	Χρησιμοποιείται για παράδειγμα όταν η απόδοση στον τομέα αυτόν της ζωής μπορεί να επιτευχθεί μόνο με πολύ μεγάλη δυσκολία, και/ ή με πολύ μεγάλη επίδραση στη λειτουργικότητα και μπορεί να συμβαίνει πολύ συχνά μέσα στις τελευταίες 30 μέρες [50-95%]
4 ΠΛΗΡΗΣ δυσκολία	Χρησιμοποιείται όταν ένα άτομο δεν μπορεί να αποδώσει σε έναν τομέα της ζωής εξαιτίας της δυσκολίας που αντιμετωπίζει. Αυτή η κλίμακα έχει περιθώριο λάθους 5% [96-100%]

Χρήση των προσδιοριστών ικανότητας και απόδοσης

Οι Δραστηριότητες και η Συμμετοχή κωδικοποιούνται βάσει δύο προσδιοριστών: του προσδιοριστή της απόδοσης, ο οποίος καλύπτει τη θέση του πρώτου ψηφίου έπειτα από την τελεία, και του προσδιοριστή της ικανότητας, που καταλαμβάνει τη θέση του δεύτερου ψηφίου έπειτα από την τελεία. Ο κωδικός, ο οποίος προσδιορίζει την κατηγορία από τον κατάλογο Δραστηριότητες και Συμμετοχή (πχ. **d4500**) ακολουθούμενος από τους δύο προσδιοριστές (απόδοσης και ικανότητας) αποτελεί την τελική ολοκληρωμένη πληροφορία για τον συγκεκριμένο κωδικό.

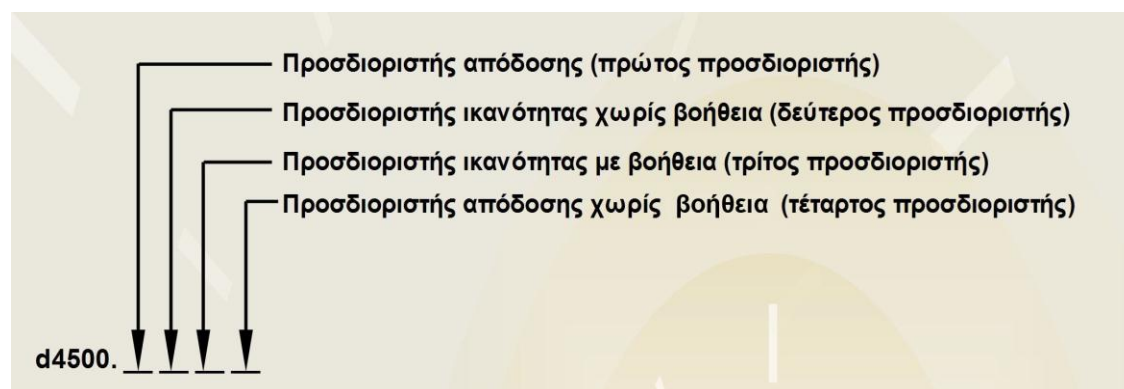


Τυπικά, ο προσδιοριστής της ικανότητας χωρίς βοήθεια χρησιμοποιείται έτσι ώστε να

περιγραφεί η πραγματική ικανότητα του ατόμου, χωρίς την ενίσχυση ενός τεχνικού βοηθήματος ή της βοήθειας σε ατομικό επίπεδο. Εφόσον ο προσδιοριστής της απόδοσης απευθύνεται στο εκάστοτε περιβάλλον του ατόμου, η ύπαρξη τεχνικών βοηθημάτων ή βοήθειας σε ατομικό επίπεδο ή εμποδίων μπορεί να παρατηρηθεί άμεσα. Η φύση του βοηθήματος ή του εμποδίου μπορεί να περιγραφεί μέσω της ταξινόμησης των Περιβαλλοντικών Παραγόντων

Προαιρετικοί προσδιοριστές

Ο τρίτος και ο τέταρτος προσδιοριστής (προαιρετικά) παρέχουν στους χρήστες την πιθανότητα κωδικοποίησης της ικανότητας με βοήθεια και της απόδοσης χωρίς βοήθεια.



Παραδείγματα εφαρμογής των δύο προσδιοριστών

d4500 Βάδιση σύντομων αποστάσεων

Για τον προσδιοριστή της απόδοσης, ο τομέας αυτός αναφέρεται στη μετακίνηση με τα πόδια, στο παρόν περιβάλλον του ατόμου, όπως π.χ. σε διαφορετικές επιφάνειες και συνθήκες, με χρήση μπαστουιού, περιπατητή ή άλλου τεχνητού βοηθήματος, για αποστάσεις μικρότερες του ενός χιλιομέτρου. Για παράδειγμα, η απόδοση ενός ατόμου το οποίο έχει χάσει ένα πόδι σε εργατικό ατύχημα και έκτοτε χρησιμοποιεί μπαστούι, αλλά αντιμετωπίζει μέτριες δυσκολίες κατά τη βάδιση, γιατί τα πεζοδρόμια της περιοχής είναι απότομα και έχουν ολισθηρή επιφάνεια, μπορεί να κωδικοποιηθεί:

d4500. 2 _ Μέτριος περιορισμός στην απόδοση της βάδισης μικρών αποστάσεων

Για τον προσδιοριστή ικανότητας, ο τομέας αυτός αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να περπατά χωρίς βοήθεια. Για να εξισορροπηθούν οι ποικίλες επιρροές διαφορετικών περιβαλλόντων, η ικανότητα μπορεί να αξιολογηθεί σε ένα «τυποποιημένο» περιβάλλον. Αυτό το πρότυπο περιβάλλον μπορεί να είναι: (α) ένα

πραγματικό περιβάλλον, το οποίο χρησιμοποιείται συχνά για την αξιολόγηση της ικανότητας σε εξεταστικό πλαίσιο ή (β), σε περιπτώσεις όπου αυτό δεν είναι δυνατό, ένα υποθετικό περιβάλλον, όπου μπορεί να υποτεθεί ομοιογενής επιρροή. Για παράδειγμα, η πραγματική ικανότητα του προαναφερθέντος ατόμου να περπατά χωρίς μπαστούνι σε ένα τυποποιημένο περιβάλλον (όπως είναι ένα περιβάλλον με επίπεδες και μη ολισθηρές επιφάνειες) θα είναι πολύ περιορισμένη. Συνεπώς, η ικανότητα του ατόμου μπορεί να κωδικοποιηθεί ως εξής:

d4500._3 Σοβαρός περιορισμός ικανότητας βάδισης μικρών αποστάσεων.

ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΒΟΗΘΕΙΑ – ΑΝΑΓΚΗ

Η παρεχόμενη βοήθεια στις δραστηριότητες και τη συμμετοχή είναι η βοήθεια που δέχεται ένα άτομο, εξαιτίας της δυσκολίας που έχει για να πραγματοποιήσει μια δραστηριότητα ή για να συμμετέχει σε έναν τομέα της ζωής.

Η «βοήθεια» είναι σημαντική υποκατηγορία των περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορεί να διευκολύνει (ή να εμποδίσει) τις δραστηριότητες και τη συμμετοχή των ανθρώπων με αναπηρία. (Η βοήθεια μπορεί να αποτελέσει στοιχείο κλειδί τόσο για τη διαμόρφωση πολιτικών όσο και για τη λειτουργία των υπηρεσιών για την αναπηρία.) Αναγνωρίζεται από το ICF σαν καίριος παράγοντας του οποίου η παρουσία ή η απουσία πρέπει να σημειώνεται όταν καταγράφονται στοιχεία για τη λειτουργικότητα και την αναπηρία. Η καταγραφή της βοήθειας που χρειάζεται ή παρέχεται στο άτομο, παρέχει περισσότερη πληροφόρηση για τους περιορισμούς της δραστηριότητας.

Ο όρος « βοήθεια» μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει και πλευρές του περιβάλλοντος. Αναλόγως με ποιο περιβάλλον είναι παρόν ή υπονοείται στην αξιολόγηση, η μέτρηση και καταγραφή της βοήθειας δείχνει τη βοήθεια που λαμβάνει το άτομο (στο παρόν ή σύνηθες περιβάλλον) και ποια βοήθεια είναι αναγκαία (σε ένα βέλτιστο περιβάλλον).

Η «ανάγκη» γενικά σχετίζεται με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής βοήθειας, του εξοπλισμού και των περιβαλλοντικών τροποποιήσεων) που είναι παρόντες στο βέλτιστο περιβάλλον, αλλά όχι στο παρόν συνηθισμένο περιβάλλον που ζει το άτομο. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να είναι αναγκαίες αλλαγές στους περιβαλλοντικούς παράγοντες για να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του ατόμου και ως εκ τούτου η αναπηρία του.

2.3.4 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Τομείς περιβαλλοντικών παραγόντων

- e 1 Προϊόντα και τεχνολογία
- e 2 Φυσικό περιβάλλον και ανθρωπογενείς μεταβολές του περιβάλλοντος
- e 3 Υποστήριξη και σχέσεις
- e 4 Στάσεις (απόψεις, πεποιθήσεις)
- e 5 Υπηρεσίες, συστήματα και πολιτικές

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες συνιστούν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και τις κοινωνικές στάσεις που απαρτίζουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει και δραστηριοποιείται το άτομο. Ο κάθε περιβαλλοντικός παράγοντας μπορεί να έχει θετική ή αρνητική επίδραση στη συμμετοχή του ατόμου σαν μέλους της κοινωνίας, στην απόδοση του ατόμου στις δραστηριότητές του ή στη σωματικές του δομές ή στη σωματική του λειτουργία.

Η αναγνώριση/ ταυτοποίηση για το αν και κατά πόσο οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου και αν η επίδραση αυτή είναι διευκολυντής ή εμπόδιο, μπορεί να δείξει τι είδους παρεμβάσεις θα βελτιώσουν τη λειτουργικότητα του ατόμου. Η πληροφόρηση αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη πολιτικών, για την πρόβλεψη υπηρεσιών και αναγκών κλπ.

Ακολουθούν η αρνητική και η θετική κλίμακα, που περιγράφουν την έκταση στην οποία ένας περιβαλλοντικός παράγοντας επιδρά ως εμπόδιο ή ως διευκολυντής. Η χρήση της τελείας υποδηλώνει εμπόδιο, ενώ η χρήση του συμβόλου + υποδηλώνει διευκολυντή, όπως υποδεικνύεται παρακάτω:

xxx.0	ΚΑΝΕΝΑ εμπόδιο	(κανένα, απόν, αμελητέο,...)	0–4%
xxx.1	ΗΠΙΟ εμπόδιο	(ελαφρύ, χαμηλό,...)	5–24%
xxx.2	ΜΕΤΡΙΟ εμπόδιο	(μέσο, αρκετό,...)	25–49%
xxx.3	ΣΟΒΑΡΟ εμπόδιο	(υψηλό, ακραίο,...)	50–95%
xxx.4	ΠΛΗΡΕΣ εμπόδιο	(ολοκληρωτικό,...)	96–100%
xxx.8	Εμπόδιο, μη προσδιοριζόμενο		

Τα Εργαλεία του ICF και η Αρχιτεκτονική των Πρωτοκόλλων Αξιολόγησης Αναπηρίας και Διερεύνησης Λειτουργικότητας

xxx+0	ΚΑΝΕΝΑΣ διευκολυντής	(κανένας, απών, αμελητέος,...)	0–4%
xxx+1	ΗΠΙΟΣ διευκολυντής	(ελαφρύς, χαμηλός,...)	5–24%
xxx+2	ΜΕΤΡΙΟΣ διευκολυντής	(μέσος, αρκετός,...)	25–49%
xxx+3	ΣΟΒΑΡΟΣ διευκολυντής	(υψηλός, ακραίος,...)	50–95%
xxx+4	ΠΛΗΡΗΣ διευκολυντής	(ολοκληρωτικός,...)	96–100%
xxx+8	Διευκολυντής, μη προσδιοριζόμενος		
xxx.9	Δεν αφορά		

Επιβάλλεται να εξηγήσουμε τα παρακάτω για τον προσδιοριστή:

+0 ΚΑΝΕΝΑ εμπόδιο	Όταν ο περιβαλλοντικός παράγοντας δεν επηρεάζει με αρνητικό τρόπο τη βλάβη των σωματικών δομών ή τη λειτουργία, τη δραστηριότητα ή τη συμμετοχή του ατόμου.
+1 ΗΠΙΟ εμπόδιο	Όταν ο περιβαλλοντικός παράγοντας επηρεάζει με αρνητικό τρόπο τη βλάβη, τη δραστηριότητα ή τη συμμετοχή μεταξύ 5-24% του χρόνου κατά τον οποίο το άτομο συμμετέχει ή δρα στο συγκεκριμένο τομέα.
+2 ΜΕΤΡΙΟ εμπόδιο	Όταν ο περιβαλλοντικός παράγοντας επηρεάζει με αρνητικό τρόπο τη βλάβη, τη δραστηριότητα ή τη συμμετοχή μεταξύ 25-49 % του χρόνου κατά τον οποίο το άτομο συμμετέχει ή δρα στο συγκεκριμένο τομέα
+3 ΣΟΒΑΡΟ εμπόδιο	Όταν ο περιβαλλοντικός παράγοντας επηρεάζει με αρνητικό τρόπο τη βλάβη, τη δραστηριότητα ή τη συμμετοχή μεταξύ 50-95 % του χρόνου κατά τον οποίο το άτομο συμμετέχει ή δρα στο συγκεκριμένο τομέα.
+4 ΠΛΗΡΕΣ εμπόδιο	Όταν ο περιβαλλοντικός παράγοντας επηρεάζει με αρνητικό τρόπο βλάβη, τη δραστηριότητα ή τη συμμετοχή μεταξύ 96-100 % του χρόνου κατά τον οποίο το άτομο συμμετέχει ή δρα στο συγκεκριμένο τομέα, πρακτικά καθ' όλη τη διάρκεια

+0 ΚΑΝΕΝΑΣ διευκολυντής	Όταν δεν επηρεάζει με θετικό τρόπο τη βλάβη των σωματικών δομών ή τη λειτουργία, τη δραστηριότητα ή τη συμμετοχή του ατόμου.
+1 ΗΠΙΟΣ διευκολυντής	Όταν έχει θετική επίδραση στη βλάβη, τη δραστηριότητα ή τη συμμετοχή μεταξύ 5-24% του χρόνου κατά τον οποίο το άτομο συμμετέχει ή δρα στο συγκεκριμένο τομέα.
+2 ΜΕΤΡΙΟΣ διευκολυντής	Όταν έχει θετική επίδραση στη βλάβη, τη δραστηριότητα ή τη συμμετοχή μεταξύ 25-49 % του χρόνου κατά τον οποίο το άτομο συμμετέχει ή δρα στο συγκεκριμένο τομέα
+3 ΣΟΒΑΡΟΣ διευκολυντής	Όταν έχει θετική επίδραση στη βλάβη, τη δραστηριότητα ή τη συμμετοχή μεταξύ 50-95 % του χρόνου κατά τον οποίο το άτομο συμμετέχει ή δρα στο συγκεκριμένο τομέα.
+4 ΠΛΗΡΗΣ διευκολυντής	Όταν έχει θετική επίδραση στη βλάβη, τη δραστηριότητα ή τη συμμετοχή μεταξύ 96-100 % του χρόνου κατά τον οποίο το άτομο συμμετέχει ή δρα στο συγκεκριμένο τομέα, πρακτικά καθ' όλη τη διάρκεια

2.3.5 Παραδείγματα

Παράδειγμα αιτιολόγησης επιλογής κωδικών

d465 Μετακίνηση με χρήση εξοπλισμού

d6200 Ψώνια



Περιγραφή της εικόνας

Αυτή η "εικόνα clip art" εικόνα δείχνει ένα μεσήλικα ή ηλικιωμένο κύριο να χρησιμοποιεί ένα τρίτροχο ηλεκτροκίνητο σκούτερ για να κινείται τριγύρω. Η ιδέα της εικόνας είναι ότι κάνει τα ψώνια του δεδομένου ότι χρησιμοποιεί προφανώς το αριστερό του άνω άκρο για να μετακινήσει ένα κουτί προς τα πάνω ή προς τα κάτω. Αλλά θα μπορούσε εξίσου εύκολα να αντιπροσωπεύει μια δραστηριότητα εντός του σπιτιού του κυρίου ή στην κουζίνα του, σαν να ετοιμαζόταν για την προετοιμασία ενός γεύματος. Θα μπορούσε επίσης να συμμετέχει σε απλές δουλειές του σπιτιού, να αποθηκεύει τρόφιμα για παράδειγμα, ή να προσπαθεί να φτάσει ένα κουτί απορρυπαντικό πλυντηρίων ρούχων. Για λόγους απλότητας διδακτικής, όμως, εδώ υποθέτουμε ότι κάνει τα ψώνια σε ένα μπακάλικο.

(Η εικόνα προέρχεται από το Γυμνάσιο του North Myrtle Beach στη Νότια Καρολίνα (ΗΠΑ) και την πλούσια συλλογή του σε Internet clip art).

Αιτιολόγηση για την επιλογή των κωδικών ICF

Σε αυτό το εισαγωγικό παράδειγμα, θα χρησιμοποιήσουμε απλά κωδικούς «2^{ου} επιπέδου» του ICF (1 γράμμα, 3 ψηφία: επικεφαλίδα του κεφαλαίου και ταξινόμηση σε δεύτερο επίπεδο).

Από τη φωτογραφία καταλαβαίνουμε ότι ο κωδικός που θα χρησιμοποιηθεί είναι: d465 «Μετακίνηση με χρήση εξοπλισμού».

Ο ορισμός του κωδικού d465 είναι χρήσιμος εδώ για την επιλογή μας:

Μετακίνηση όλου του σώματος από ένα σημείο σε κάποιο άλλο, σε οποιαδήποτε επιφάνεια ή χώρο, με τη χρήση ειδικού εξοπλισμού, σχεδιασμένου για τη διευκόλυνση της μετακίνησης ή της δημιουργίας άλλων τρόπων για τη μετακίνηση, όπως με χρήση παγοπέδινων, χιονοπέδινων ή αναπνευστικών συσκευών αυτοκατάδυσης, ή μετακίνηση κατά μήκος του δρόμου με αναπηρικό αμαξίδιο ή «Π».

Αποκλείονται: Αυτο-μεταφορά σώματος (d420), βάδιση (d450), μετακίνηση (d455), χρήση μέσων μεταφοράς (d470), οδήγηση (d475)

Στο ICF εσκεμμένα δεν γίνεται διάκριση στους κωδικούς ανάλογα με το είδος της αναπηρικής καρέκλας ή τον τύπο οποιουδήποτε άλλου βοηθητικού εξοπλισμού. Ο χρήστης/ αξιολογητής αποδίδει έναν κωδικό A & P (δραστηριοτήτων και συμμετοχής) με βάση την πραγματική παρατήρηση ότι ένα πρόσωπο "μετακινείται με χρήση εξοπλισμού," χωρίς να κρίνει (και, στη συνέχεια, να αποδώσει τον κωδικό βασιζόμενος στην κρίση αυτή) τις διαφορετικές δυνατότητες του εν λόγω εξοπλισμού. Εάν ένα είδος εξοπλισμού θα μπορούσε να είναι πιο διευκολυντικό από ένα άλλο, η παρατήρηση αυτή θα μπορούσε να περιγραφεί με έναν ξεχωριστό κωδικό από τους Περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Άλλοι κωδικοί από τις Δραστηριότητες και Συμμετοχή που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν βρίσκονται μέσα στο κεφάλαιο «Βάδιση και μετακίνηση» (d450 - d469). Ένας εξέχον- κύριος κωδικός ICF είναι αρκετός, όμως. Σε αυτή την περίπτωση ο d465 είναι αρκετά περιγραφικός.

Η επιλογή του δεύτερου κωδικού από τις Δραστηριότητες & Συμμετοχή είναι εύκολη. Αν υποθέσουμε ότι ο κύριος της φωτογραφίας κάνει τα ψώνια του, μπορούμε να επιλέξουμε τον d6200, "Ψώνια", από το κεφάλαιο 6, με τίτλο «Οικιακή ζωή." Χρησιμοποιώντας 1 γράμμα και 4 ψηφία φτάνουμε στην κωδικοποίηση «τρίτου επιπέδου».

Για παράδειγμα, εδώ **d6200**, Ψώνια, είναι ένα επιπλέον επίπεδο ICF που παρέχει πιο εξειδικευμένη πληροφορία. Μιλώντας κατηγορηματικά, τα "ψώνια" θεωρούνται μια πιο συγκεκριμένη υποκατηγορία μεταξύ άλλων της απόκτησης αγαθών και υπηρεσιών, ως εκ τούτου αξίζει ένα τέταρτο ψηφίο του κώδικα, γεγονός που υποδηλώνει μεγαλύτερο βαθμό εξειδίκευσης στη δραστηριότητα. Μια διαφορετική, αλλά εξίσου εξειδικευμένη, κατηγορία απόκτησης αγαθών εκπροσωπείται από τον κωδικό **d6201**, "Συλλογή χρειωδών» (Λήψη, χωρίς χρηματικό αντίτιμο, των αγαθών και υπηρεσιών που απαιτούνται στην καθημερινή ζωή (συμπεριλαμβανομένης και της παροχής εντολών και επίβλεψης κάποιου μεσάζοντα για την εκτέλεση της εργασίας αυτής), όπως είναι η συγκομιδή λαχανικών και φρούτων και η απόκτηση νερού και καυσίμων).

Είναι πάντα χρήσιμο να ελέγξετε τις "συμπεριλαμβάνονται" και "αποκλείονται" μέσα σε ένα ορισμό κωδικού ICF. Αυτό εξασφαλίζει ότι οι επιλογές του χρήστη/ αξιολογητή αναφέρονται σε μία και μόνο μία ιδέα του ICF. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των πολλών μεταβλητών παραγόντων που συμβάλλουν στη συνολική αναπηρία τεκμηριώνεται με / από ένα σύνολο με σημαντικούς κωδικούς ICF, και όχι συμπληρώνοντας παραπάνω ψηφία στον κωδικό. Τα ψηφία των προσδιοριστών που τροποποιούν τον αρχικό κωδικό παρέχουν απλώς συμπληρωματικές πληροφορίες, αντί να περιγράφουν την αλληλεπίδραση. Έτσι, ένας μοναδικός κωδικός πρέπει να αντιπροσωπεύει μια ενιαία έννοια του ICF. Τα "συμπεριλαμβάνονται" και "αποκλείονται" είναι **φίλος** του αξιολογητή του ICF του!

Τα «αποκλείονται» του d465 είναι πολύ χρήσιμα για τους αξιολογητές σε αυτήν την περίπτωση: «Αποκλείονται: Αυτο-μεταφορά σώματος (d420), βάδιση (d450), μετακίνηση (d455), χρήση μέσων μεταφοράς (d470), οδήγηση (d475)»

Αυτές οι εξαιρέσεις επιτρέπουν στον αξιολογητή να κάνει δύο σημαντικές διακρίσεις για τον άντρα της φωτογραφίας που χρησιμοποιεί το ηλεκτροκίνητο σκούτερ, που αντιπροσωπεύονται στον ιεραρχικό τρόπο δόμησης της κωδικοποίησης του ICF. Ουσιαστικά, ο χρήστης / αξιολογητής επικεντρώνεται σε αυτό που η εικόνα φανερώνει, ότι δηλαδή το άτομο κινείται γύρω. Το ICF κωδικοποιεί την πληροφορία "Μετακίνηση" μέσα στο κεφάλαιο με τίτλο «Κινητικότητα», η οποία καλύπτει ένα ευρύ φάσμα των τρόπων κίνησης που σχετίζονται με τις δραστηριότητες, από το «**Αλλαγή της βασικής θέσης του σώματος**» (d410), την "**Οδήγηση**" (d475) και τη «**Χρήση ζώων για μετακίνηση**» (d480).

Το ICF βοηθά τον αξιολογητή να συμπεριλάβει έννοιες σύμφωνα με μια λογική αλληλουχίας του χρόνου ή της πολυπλοκότητας των καθηκόντων. Εδώ, ο «τίτλος» του

ICF, δηλαδή η ευρεία κατηγορία κάτω από το επίπεδο του κεφαλαίου, βοηθά τον αξιολογητή να συμπεριλάβει μια σειρά δραστηριοτήτων υπό τον όρο "κινητικότητα", σύμφωνα με τη θεμελιώδη πολυπλοκότητά τους. Ως εκ τούτου ταξινομούνται από τη βασική έως την πιο πολύπλοκη δραστηριότητα με τον ακόλουθο τρόπο:

Αλλαγή και διατήρηση της θέσης του σώματος (d410–d429)

Μεταφορά, μετακίνηση και χειρισμός αντικειμένων (d430–d449)

Βάδιση και μετακίνηση (d450–d469)

Μετακίνηση με χρήση μέσων μεταφοράς (d470–d489)

Η πρόκληση που αντιμετωπίζει ο αξιολογητής είναι παρόμοια με μια διαδικασία λήψης μιας απόφασης μέσα από ένα «δέντρο αποφάσεων» μέχρι την ανεύρεση της καταλληλότερης έκβασης και απόφασης. Εδώ, η απόφασή του φτάνει στο αν ο άντρας της φωτογραφίας που χρησιμοποιεί ένα ηλεκτροκίνητο σκούτερ αντιπροσωπεύει το «χρήση μέσων μεταφοράς», αντί για μια λιγότερο πολύπλοκη μορφή κινητικότητας, που εκπροσωπείται εδώ από τον τίτλο «Βάδιση και μετακίνηση».

Βασιζόμενοι στους ορισμούς του ICF, και ιδιαίτερα σύμφωνα με τα "συμπεριλαμβάνονται" και "αποκλείονται", καθίσταται δυνατή η ακόλουθη εν τω βάθει «διύλιση» πληροφορίας που σύμφωνα με το ICF, το να χρησιμοποιείς ένα ηλεκτροκίνητο σκούτερ ή αναπηρική καρέκλα είναι μια ξεχωριστή σειρά δραστηριοτήτων από τη χρήση μέσων μεταφοράς. Ως εκ τούτου, ο αξιολογητής επιλέγει από τον τίτλο «Βάδιση και μετακίνηση» και όχι από τον τίτλο «Μετακίνηση με χρήση μέσων μεταφοράς» που καθιστά την επιλογή του **d465 «Μετακίνηση με χρήση εξοπλισμού»** τόσο λογική και εύκολη, γιατί είναι ένθετα μέσα από τον τίτλο «Βάδιση και μετακίνηση».

2.4 Μελλοντική χρήση των Πρωτοκόλλων ICF σε άλλους τομείς

Η εφαρμογή της Διεθνούς Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας, πάνω σε συστηματική και οργανωμένη βάση, γίνεται για πρώτη φορά στην Κύπρο, με την εφαρμογή του νέου Συστήματος Αξιολόγησης Αναπηρίας και Λειτουργικότητας, από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες, του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η εκπαίδευση των Ιατρών και Επαγγελματιών Αποκατάστασης στη χρήση των Πρωτοκόλλων και της κωδικοποίησης κατά ICF, δημιουργεί μια μεγάλη πρώτη ομάδα επαγγελματιών στην Κύπρο, πλήρως εφοδιασμένη, για να αξιολογεί, να περιγράφει και να τεκμηριώνει με κοινή επιστημονική παγκόσμια αποδεκτή γλώσσα, την κατάσταση αναπηρίας και λειτουργικότητας του ατόμου, τις ανάγκες και τις δυνατότητες του και τους τομείς όπου χρειάζεται υποστήριξη, για περαιτέρω κοινωνική ενσωμάτωσή του.

Ο παρόν Οδηγός Εφαρμογής της Διεθνούς Ταξινόμησης ICF τίθεται στη διάθεση και άλλων επαγγελματιών και εμπλεκομένων, με σκοπό την περαιτέρω διάχυση της γνώσης για την ωφελιμότητα του εργαλείου αυτού. Στο μέλλον, ενδέχεται το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες να επεκτείνει τα προγράμματα εκπαίδευσης στη χρήση του ICF και προς άλλους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες προς τα άτομα με αναπηρίες, σε άλλους τομείς.

ΓΕΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. International Research Meeting for the Implementation of the ICF 12th & 13th of August 2010 McMaster University, Institute of Applied Health Sciences
http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/ICF_Meeting_Final_Report.pdf
2. World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization
3. The long way from the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). [De Kleijn-de Vrankrijker MW](#). *Disabil Rehabil*. 2003 Jun 3-17;25(11-12):561-4.
4. [On health, ability and activity: comments on some basic notions in the ICF. Response on some issues raised by Nordenfelt.](#) de Kleijn-de Vrankrijker MW.
Disabil Rehabil. 2006 Dec 15;28(23):1475-6; discussion 1487-9
5. [Participation among adults with disability: the role of the urban environment.](#)
Clarke PJ, Ailshire JA, Nieuwenhuijsen ER, de Kleijn-de Vrankrijker MW.
Soc Sci Med. 2011 May;72(10):1674-84.
6. The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). [Schneidert M](#), [Hurst R](#), [Miller J](#), [Ustün B](#). *Disabil Rehabil*. 2003 Jun 3-17;25(11-12):588-95.
7. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine.
Stucki G, Ewert T, Cieza A *Disability and rehabilitation* [2002 Nov 20;24(17):932-8]
8. Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
Perenboom RJ, Chorus AM *Disability and rehabilitation* [2003 Jun 3-17;25(11-12):577-87]
9. [From disablement to enablement: conceptual models of disability in the 20th century.](#)
Masala C, Petretto DR *Disability and rehabilitation* [2008;30(17):1233-44]
10. **The International Disability Rights Movement and the ICF.**[Hurst R](#) *Disabil Rehabil*. 2003 Jun 3-17;25(11-12):572-6.
11. ICF approved as the successor of ICIDH. [Grimby G](#), [Smedby B](#). *J Rehabil Med*. 2001 Sep;33(5):193-4.

12. The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A Global Model to Guide Clinical Thinking and Practice in Childhood Disability
Stewart, D., Rosenbaum, P, *CanChild* Centre for Childhood Disability Research, 2003
13. A CRITICAL REVIEW OF THE “INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF).” (Presentation at a conference in Bucharest, Romania, 2003) By Einar Helander, MD. Ph.D. Former Chief Medical Officer Rehabilitation Programme, World Health Organization, Headquarters, Geneva
14. Bartlett DJ, Palisano RJ. (2002). Physical therapists' perceptions of factors influencing the acquisition of motor abilities of children with cerebral palsy: implications for clinical reasoning. *Physical Therapy*. Mar;82(3):237-48.
15. Bartlett DJ, Palisano RJ. (2000). A multivariate model of determinants of motor change for children with cerebral palsy. *Physical Therapy*. Jun;80(6):598-614.
16. Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513 - 531.
17. Coster, W. (1998). Occupation-centered assessment of children. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 337-344.
18. Ketelaar M, Vermeer A, Hart H, van Petegem-van Beek E, Helders PJ. (2001) Effects of a functional therapy program on motor abilities of children with cerebral palsy. *Physical Therapy* 81(9), 1534-45.
19. King G, King S, Rosenbaum P, Goffin R. (1999) Family-centred caregiving and well-being of parents of children with disabilities: Linking process with outcome. *Journal of Pediatric Psychology* 24, 41-52.
20. Law, M., Baptiste, B., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *The Canadian Occupational Performance Measure*. (3rd ed.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
21. Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: a transactive approach to occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
22. Law, M., Haight, M., Milroy, B., Willms, D., Stewart, D., & Rosenbaum, P. (1999). Environmental factors affecting the occupations of children with physical disabilities. *Journal of Occupational Science*, 6(3), 102-110.
23. Missiuna, C., & Pollock, N. (2000). Perceived efficacy and goal setting in young children. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 101 - 109.

24. Rosenbaum P, King S, Law M, King G, Evans J. (1998). Family-centred services: A conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* 18(1), 1-20.
25. Tieman, B. (2002). Usual Mobility Methods of Children with Cerebral Palsy: A Comparison across Home, School, and Outdoors/community Settings. Unpublished Doctoral Thesis. Philadelphia: Hahnemann University.
26. American Psychological Association Procedural Manual and Guide for the Standardized Application of the ICF:
<http://www.apa.org/monitor/jan06/changing.aspx>
27. Australian ICF-related data standards:
<http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/320319>
28. Hollenweger, J., Lienhard, P. (2007). Schulische Standortgespräche. Ein Verfahren zur Förderplanung und Zuweisung von sonderpädagogischen Massnahmen. Bildungsdirektion des Kantons Zürich. Zürich: Lehrmittelverlag des Kantons Zürich.
29. ICF checklist: <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfchecklist.pdf>
30. Martinuzzi, A, Salghetti, A, Betto, S, et al. (2010). The international classification of functioning disability and health, version for children and youth as a road-map for projecting and programming rehabilitation in a neuropaediatric hospital unit. *J Rehabil Med* 42: 49-55
31. Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J 2007. Developing 'human functioning and rehabilitation research' from the comprehensive perspective. *J Rehabil Med* 2007; 39: 665-671
32. United Nations 2006. Convention on the Rights of Persons with Disabilities.
<http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150>
33. Veitch C, Madden R, Britt H, Kuipers P, Brentnall J, Madden R, Georgiou A, Llewellyn G 2009. Using ICF and ICPC in primary health care provision and evaluation
http://www.who.int/classifications/network/WHOFIC2009_D009p_Veitch.pdf
34. Washington Group on Disability Statistics
<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/washington.htm>
35. WHODAS2 <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index.html>
36. WHO Family of International Classifications
<http://www.who.int/classifications/en/>

37. WHO Family of International Classifications Network (including a list of Collaborating Centres): <http://www.who.int/classifications/network/en/>
38. World Health Organization 2001. ICF browser:
<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>
39. World Health Organization (2007) The International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth version Geneva: WHO.
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>
40. Madden et al. BMC Public Health 2011, 11(Suppl 4):S6
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S4/S6>
41. R. J. SIMEONSSON, M. LEONARDI et al, Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability , DISABILITY AND REHABILITATION, 2003; VOL. 25, NO. 11–12, 602–610
42. Giampiero Griffo and Francesca Ortali,
Training manual on human rights of persons with disabilities
Ulan Baatar (Mongolia) 2007

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

1. Applying the ICF Framework to Measure Outcomes In Paediatric Rehabilitation Webinar May 14, 2010 Canadian Association of Paediatric Health Centres
2. Applying the international classification of functioning, disability and health (ICF) to measure childhood disability R. J. SIMEONSSON, M. LEONARDI et al DISABILITY AND REHABILITATION, 2003
3. Status Quo of ICF Implementation in the field of vocational education and rehabilitation Germany The ICFProP Project Consortium Jurgen Hullen October 2003
4. ICF knowledge Sharing Collaborative 2010 D.Parker- Taillon and Associates March 2010
5. The ICF: Its theoretical Development and practical implementation in the health and long-term care system in Japan Satoshi Ueda, MD International ICF Conference, Taipei, 2009
6. Communication Disorders and the ICF Travis Threats, PhD, CCC-SLP Chair and Associate Professor, Department of Communication Sciences and Disorders Saint Louis University
7. Federal Activities Related to the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Cille Kennedy, Ph.D. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation Disability, Aging and Long-Term Care Policy November 2002
8. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: preliminary theoretical and practical considerations. Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. Disability and Rehabilitation . 2008;30(15):1146-52
9. WHO - CC on FIC (ICD-10, ICF & ICHI), India Central Bureau of Health Intelligence (CBHI), Directorate General of Health Services, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India Seoul, Republic of Korea, 10-16 October 2009
10. WHO Collaborating Centre for Family of International Classifications in Mexico (CEMECE) Progress Report 2009 (Oct. 2008 to Sept. 2009) Seoul, Republic of Korea, 10-16 October 2009
11. Gianni de Polo, M. Pradal et al Children with disability at school: the application of ICF-CY in the Veneto Region Disability and Rehabilitation , 2009,31 (31) :367-373

12. Development of an ICF-based patient education program. Neubert S, Sabariego C, Stier-Jarmer M, Cieza A. Patient Education Council . 2010 Aug 10.
13. Eight years of ICF in Italy: principles, results and future perspectives. Francescutti C, Martinuzzi A, Leonardi M, Kostanjsek NF. Disability and Rehabilitation . 2009;31 Suppl 1:S4-7.
14. ICIDH/ICF in LITHUANIA A. Bagdonas, E.Caplikiene,G.Paliusiene Council for Affairs of Disabled People
15. On the application of the ICIDH and ICF in developing countries: evidence from the United Nations Disability Statistics Database (DISTAT) Margaret Mbogoni 2003, Vol. 25, No. 11-12 , Pages 644-658
16. REHABILITATION IN PRACTICE The implementation of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland H. P. RENTSCH*, P. BUCHER, I. DOMMEN NYFFELER, C. WOLF, H. HEFTI, E. FLURI, U. WENGER, C. WALTJ and I. BOYER Disability and Rehabilitation 2003, vol25,no8,411-421
17. Application and use of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in rehabilitation practice and research – an updated literature review Stefanie Schulz
http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/Publikationer/PDF_er/Leonardo_inter_nship_report.pdf
18. The Japanese experience with the utilization of ICF in National Medical Insurance, Personal Care Insurance and Disability Issues Satoshi Ueda, Yayoi Okawa In 10th North American Collaborating center Conference on ICF June 2009
19. WHO-FIC Education Committee WHO-FIC – IFHRO Joint Collaboration DIMDI, Meeting Highlights Cologne, Germany ,February 22-24, 2010
20. Developing administrative data collections Nicola Fortune Australian Institute of Health and Welfare
21. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: preliminary theoretical and practical considerations. Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. Disabil Rehabil. 2008;30(15):1146-52.