

POGLED DIPLOMIRANEGA INŽENIRJA ORTOTIKE IN PROTETIKE NA MEDNARODNO KLASIFIKACIJO FUNKCIONIRANJA, ZMANJŠANE ZMOŽNOSTI IN ZDRAVJA (MKF) *THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF) IN THE EYES OF CERTIFIED PROSTHETISTS AND ORTHOTISTS*

Maja Mlakar, dipl. inž. ort. in prot., prof. dr. Helena Burger, dr. med.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Izvleček

Izhodišča:

Inženirji ortotike in protetike za izdelavo pripomočka potrebujemo veliko različnih informacij o osebi, ki bo ta pripomoček uporabljala, da bi lahko izdelali tehnično funkcionalen pripomoček, ki bo v kar največji meri zadostil potrebam uporabnika. Pri našem delu se srečujemo s težavami pri prenosu in posredovanju informacij, ki so jih pridobili med kliničnim pregledom pacienta in so v medicinskem izvidu zapisane ali pa tudi ne. Z uvedbo kategorij MKF v obvezni del medicinskega izvida bi lahko zagotovili, da bi le-ta vseboval več informacij o pacientov zdravstvenem in funkcijskem stanju. Namen naše študije je bil predvsem ugotoviti, ali inženirji pri svojem delu medicinske izvide berejo, ali so seznanjeni z MKF in tudi, kakšno je njihovo mnenje o uporabnosti medicinskih izvidov brez kategorij MKF in z dodanimi kategorijami pri vsakdanjem delu.

Metode:

K sodelovanju smo povabili vse inženirje ortotike in protetike, ki v Sloveniji delajo v klinični praksi. Ilustrativno smo jim predstavili izvid s kategorijami MKF in na podlagi tega z njimi opravili strukturiran intervju.

Abstract

Background:

Certified prosthetists and orthotists (CPO's) need various pieces of information about persons for whom they produce a prosthesis or an orthosis in order to produce a functional device that will meet the user's needs. In every-day practice we face many difficulties with transfer of information acquired during medical examination, which is or is not recorded in the medical documentation. Introducing the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as an obligatory part of medical documentation would convey more information about the health and the functional status of the patient. The aim of our study was to find out if CPO's read medical documentation and if they are familiar with the ICF. We also wanted to find out their opinions about usefulness of medical documentation without and with the ICF.

Methods:

All CPO's who work in clinical practice in Slovenia were invited to participate in the study. An example of medical documentation with ICF was introduced to them, which served as the basis to conduct a structured interview.

Results:

Fifteen CPO's participated. Half of them read the medical documentation every time before they start to work on a

Rezultati:

V naši študiji je sodelovalo 15 inženirjev. Polovica le-teh medicinski izvid vedno prebere, preden se odločijo za izdelavo pripomočka, in se jim zdi koristen. Najbolj uporaben in koristen se izvid zdi inženirjem, ki delajo na področju ortotike in protetike spodnjih udov, najmanj pa inženirjem s področja protetike spodnjega uda. Vsi inženirji razen enega pa so tudi ocenili, da je izvid z dodanimi kategorijami MKF enako uporaben ali celo bolj kot izvid brez kategorij MKF. Enajst inženirjev MKF ni poznalo in so se z njo prvič srečali, ko so sodelovali v naši študiji.

Zaključek:

Z našo študijo smo ugotovili, da bi bilo zdravnikov izvid ali izvid rehabilitacijskega tima koristno dopolniti z naborom relevantnih kategorij MKF, da bi inženirji ortotike in protetike dobili več informacij o pacientovem zdravstvenem in funkcijskem stanju.

Ključne besede:

MKF, protetika, ortotika

case. The same proportion of the group considers medical documentation as useful for their work. The highest scores for usefulness of medical documentation were given from the CPO's working in the field of orthotics, and the lowest scores by those working in lower limb prosthetics. Medical documentation with ICF was mostly assessed as more or equally useful as medical documentation without ICF. Eleven CPO's met the ICF for the first time in this study.

Conclusion:

We believe that it would be useful to supplement medical documentation with relevant ICF categories, so that more information would be transmitted to the CPO about the health and the functional status of the patient.

Key words:

ICF, orthotics, prosthetics

UVOD

Oskrba pacienta z ortozami in protezami je timsko delo. V timu poleg pacienta in njegovih svojcev sodelujejo zdravnik specialist za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, diplomirani inženir ortotike in protetike, fizioterapevt, delovni terapevt in po potrebi tudi drugi člani rehabilitacijskega tima. Osnova oskrbe so natančna anamneza, klinični pregled in biomehanska analiza pacientovega stanja. Če je pacient pripomoček že imel, je treba pregledati in oceniti tudi funkcionalnost le-tega. Ob pregledu člani tima skupaj določijo osnovno vrsto pripomočka ter njegovo želeno oziroma zahtevano funkcijo. To je osnova, na podlagi katere diplomirani inženir ortotike in protetike izbere ustrezne materiale, obliko in sestavne dele pripomočka. Za izdelavo različnih pripomočkov potrebuje različne podatke. Pomembni so podatki o pacientovi etiološki diagnozi, o drugih boleznih, o prejšnjih poškodbah in njihovih posledicah. Ravno tako je pomemben natančen opis njegovega funkcijskega stanja (natančen opis težav pri različnih aktivnostih), opis okolja, v katerem pacient živi oz. uporablja pripomoček (poklic, konjički, ipd.).

Inženir ortotike in protetike lahko do želenih podatkov pride z aktivnim sodelovanjem v rehabilitacijskem timu ob pregledu pacienta, lahko jih dobi v zdravnikovem izvidu oziroma v izvidu rehabilitacijskega tima ali pa mu jih mora posredovati pacient sam. Šolanje in izobraževalni program v Sloveniji in tudi na drugih šolah II. kategorije po ISPO

- (po kategorizaciji izobraževalnih programov Mednarodnega združenja za protetiko in ortotiko –International Society of Prosthetics and Orthotics – ISPO) ni namenjeno pridobivanju znanj, ki bi diplomiranemu inženirju ortotike in protetike omogočala samostojno presojo o vseh informacijah, ki so zapisane v anamnezi, ter samostojno opraviti klinični pregled. Tudi program na šolah I. kategorije po ISPO ne usmerja v pridobivanje zadostnih znanj za samostojno presojo o vplivu različnih bolezni na celostno funkcioniranje pacienta.

V vsakodnevni klinični praksi se srečujemo s težavami pri prenosu in posredovanju informacij, ki so jih pridobili med kliničnim pregledom pacienta in so v medicinskem izvidu zapisane ali pa tudi ne. Pomembno je, da so natančno in podrobno zapisane vse podrobnosti kliničnega pregleda, in sicer zato, ker pri obravnavah pacientov v ambulanti sodeluje le en diplomirani inženir ortotike in protetike, ki pa ni tudi izdelovalec pripomočkov za vse paciente, ki so tisti dan obravnavani v ambulanti.

Naslednja težava nastane, če pacient nima zdravnikovega izvida oziroma izvida rehabilitacijskega tima, kar se pogosto dogaja, ker pacienti ne obvladujejo vse dokumentacije, ki jo pridobijo. Seveda pa lahko inženir izvid poišče v zdravstveni dokumentaciji, vendar je včasih le-ta kratek, napisan šablonsko in ne vsebuje vseh potrebnih informacij. Nekateri medicinski izvidi pa so zelo obsežni, vendar ne vsebujejo poglobljenih informacij, ki jih inženir potrebuje

za odločitev o izdelavi primerne pripomočka. Zaradi omenjenih razlogov inženirji včasih preberejo le diagnoze, ne pa vsega izvida.

Medicinska diagnoza, kodirana z Mednarodno klasifikacijo bolezni (MKB)(1), ne da podatkov o funkcioniranju posameznika. Te podatke lahko dobimo z dodatno uporabo Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF), kjer je posameznik umeščen v okolje in vključen v življenjske okoliščine (2). Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) meni, da le s hkratno uporabo obeh, MKB in MKF, dobimo popolne podatke o zdravju posameznika (3). MKF zagotavlja enoten jezik med zdravstvenimi delavci različnih strok in narodnosti in olajša sporazumevanje med njimi (1).

Zaradi velikega števila kod, ki jih MKF vsebuje, je njena uporaba v klinični praksi zapletena. Svetovna zdravstvena organizacija je zato pripravila listo za preverjanje, ki vsebuje 128 kategorij (4), skupina strokovnjakov pa razvija jedrne nize MKF za posamezna bolezenska stanja (5, 6). Za paciente po amputaciji jih še razvijajo (6).

V ambulanti za protetiko in ortotiko na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije (URI-Soča) so za opis pacientovega zdravstvenega stanja in funkcioniranja že preskusili uporabo MKF in jo ocenili kot uporabno v vsakdanji praksi (7). Poskusili so tudi kasneje kodirati v isti ambulanti že napisane izvide ter ugotovili, da bi z dodatno uporabo MKF natančneje opredelili funkcioniranje posameznika (8).

Namen naše študije je bil predvsem ugotoviti, ali inženirji ortotike in protetike pri svojem delu berejo medicinske izvide, ali so seznanjeni z MKF in tudi, kakšno je njihovo mnenje o uporabnosti medicinskih izvidov brez dodanih kategorij MKF in z dodanimi kategorijami pri vsakdanjem delu.

METODE

K sodelovanju smo povabili vse inženirje ortotike in protetike, ki so v času naše študije kolikor nam je bilo znano, v Sloveniji delali v klinični praksi. To je bilo v času naše študije 18 oseb. Ena inženirka je bila v času študije na porodniškem dopustu in v študiji ni sodelovala, dva inženirja pa sta sodelovanje odklonila, tako da je sodelovalo 15 inženirjev.

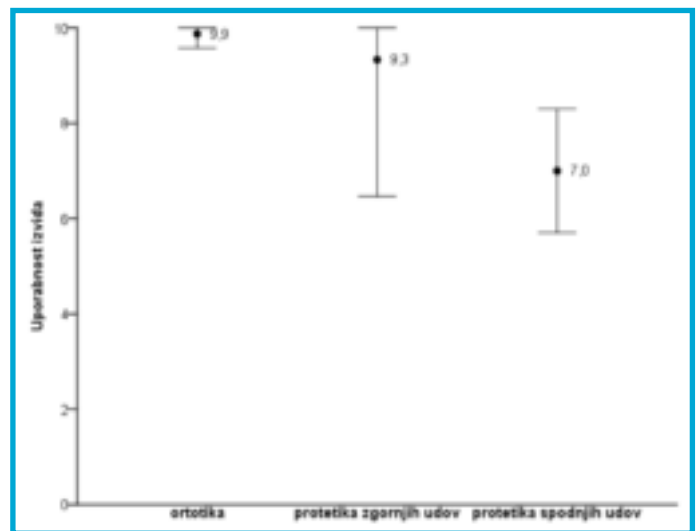
Inženirjem smo ilustrativno predstavili izvid s kategorijami MKF in na podlagi tega z njimi opravili strukturiran intervju. Pripravili smo 3 tipične izvide s treh področij: protetike spodnjih udov, ortotike spodnjih udov in protetike zgornjih udov. Izvidi so vsebovali le pri pregledu preverjene kategorije MKF. V izvidih smo uporabili le dva opisovalca: 0 – nima težav in 1 – ima težave. Ker je bil vzorec majhen in ni bil naključen, študija pa opazovalna, smo uporabili le opisno statistiko.

REZULTATI

V študiji je sodelovalo 15 diplomiranih inženirjev ortotike in protetike (9 žensk in 6 moških), ki so bili povprečno stari 39 let (od 27 do 50 let). Sodelujoči so imeli od dveh do trindvajset let delovnih izkušenj (v povprečju 14 let). Sedem inženirjev dela na področju ortotike (obutvene, spinalne, spodnjega uda), pet na področju protetike spodnjih udov in trije na področju protetike zgornjih udov.

Štirje inženirji so vsaj malo poznali MKF, ostalih enajst pa je ni poznalo in so se s klasifikacijo prvič srečali pri našem intervjuju.

Inženirji so ocenili, da jim od 10 do 100 % pacientov prinese zdravnikov izvid. Devet od petnajstih inženirjev ortotike in protetike izvid vedno prebere, ostalih šest pa pogosto prebere le diagnozo. Uporabnost in koristnost izvida za njihovo delo so ocenili z ocenami od 6 do 10 na lestvici od 0 do 10 (povprečje 9, mediana 10). Najbolj uporaben in koristen se zdi izvid inženirjem, ki delajo na področju ortotike spodnjih udov, najmanj pa inženirjem s področja protetike spodnjega uda (slika 1).



Slika 1: Mnenje diplomiranih inženirjev ortotike in protetike, ki delajo na različnih področjih, o uporabnosti medicinskih izvidov (povprečje ocen s 95% intervalom zaupanja).

Ob ilustrativni predstavitvi izvida s kategorijami MKF je en inženir ocenil, da je izvid popolnoma neuporaben, sedem jih je ocenilo, da je enako uporaben, sedem pa, da je bolj uporaben v primerjavi z izvidom z diagnozami po MKB. Koristnost kategorij MKF so ocenili z ocenami od 2 do 10 na lestvici od 0 do 10 (povprečje in mediana 7).

RAZPRAVA

Želeli smo torej ugotoviti, ali inženirji ortotike in protetike pri svojem delu berejo medicinske izvide, ali so seznanjeni z

MKF in tudi, kakšno je njihovo mnenje o uporabnosti medicinskih izvidov brez dodanih kategorij MKF in z dodanimi kategorijami pri vsakdanjem delu.

Ugotovili smo, da večina inženirjev zdravnikov izvid prebere in se jim zdi koristen, vsi razen enega pa so tudi ocenili, da je izvid z dodanimi kategorijami MKF enako uporaben ali celo bolj v primerjavi z izvidom brez kategorij MKF.

Medicinski izvid oziroma izvid rehabilitacijskega tima, ki je pripomoček predpisal, je za inženirja, ki bo pripomoček izdelal, vir nujno potrebnih informacij za pravilne odločitve pri izdelovanju pripomočka. Pomembno je, da je izvid izčrpen in da predstavi funkcioniranje osebe v celoti. Pacient ga mora tudi prinesiti s seboj in pokazati inženirju, česar pa pacienti, ki nimajo meritev na dan pregleda, pogosto ne naredijo. Po drugi strani pa inženirji nimajo računalniškega dostopa do izvidov, kar njihovo delo oteži in podaljša, saj morajo potrebne podatke dobiti sami. Ta težava je še bolj očitna pri pripomočkih, predpisanih v drugih zdravstvenih ustanovah zunaj URI-Soča. Pacienti izvidov pogosto ne prinašajo s seboj. Naročilnica ne vsebuje niti diagnoze, ki je nujen podatek pri izdelavi ortoz. Inženir pa ima veliko težav, če želi od zdravnika izvedeti, kaj le-ta od predpisanega pripomočka pričakuje.

Tudi izvidi zdravnikov so zelo različni. Nekateri so podrobnejši in natančni, drugi zelo kratki in ne vsebujejo informacij, ki jih inženirji pri svojem delu potrebujejo. Ravno te razlike med posameznimi izvidi so po naši oceni poglobitni razlog za razlike pri oceni uporabnosti izvida med inženirji, ki se ukvarjajo z izdelovanjem pripomočkov na različnih strokovnih področjih. Ortoze in proteze za zgornje ude večinoma predpisuje en zdravnik, ki piše relativno izčrpne in natančne izvide. Na področju protetike spodnjih udov proteze predpisuje več zdravnikov. Opazamo, da so izvidi nekaterih zdravnikov veliko krajši in vsebujejo manj informacij.

Kar tretjina inženirjev prebere le diagnozo, kar za izbiro najustrežnejših delov pripomočka in njegovo izdelavo ne zadostuje. Če bi izvidi poleg diagnoz po MKB vsebovali še kategorije MKF, bi tudi ti inženirji dobili bistveno več informacij in bi bili seznanjeni s pacientovimi težavami, ki jim jih diagnoze po MKB ne morejo dati. Opozorjeni bi bili na različne okoliščine, ki jim morajo pri svojem delu nameniti pozornost, ter seznanjeni s tem, pri katerih dejavnostih pacient nima težav. V izvidih so namreč pogosto opisane ovire v pacientovem okolju, njegove težave pri aktivnostih v prostem času, pri hoji po različnih terenih in številne druge (7). Večino teh podatkov lahko izdelovalec pripomočka dobi, če medicinski izvid vsebuje tudi kategorije MKF. Naše ugotovitve se ujemajo z mnenjem Svetovne zdravstvene organizacije, da popolne podatke o zdravstvenem stanju posameznika dobimo le s hkratno uporabo MKB in MKF, kar sta potrdili tudi obe prejšnji študiji, ki smo ju naredili v naši ambulanti za protetiko in ortotiko (8).

Mednarodno klasifikacijo funkcioniranja, zmanjšane zmoglosti in zdravja je Svetovna zdravstvena organizacija sprejela 22. maja 2001. Na URI-Soča smo večkrat organizirali izobraževanje o MKF, ki se ga inženirji ortotike in protetike sploh niso udeleževali ali pa so se ga udeležili le malokrat. Tudi v redni izobraževalni program na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani spoznavanje MKF ni vključeno. Zato diplomirani inženirji ortotike in protetike MKF ne poznamo v zadostni meri. Kljub nepoznavanju klasifikacije pa so inženirji vsi razen enega ocenili, da so izvidi s kategorijami MKF enako ali celo bolj uporabni v primerjavi z izvidi, v katerih so napisane le diagnoze po MKB, ki so obvezen del medicinskega izvida.

Glavna pomanjkljivost naše študije je majhno število sodelujočih inženirjev. Vendar so sodelovali vsi, za katere vemo, da v Sloveniji delajo na področju protetike zgornjega uda in ortotike. Le dva, ki delata na področju protetike spodnjega uda, sta sodelovanje odklonila. Četudi bi predvideli, da je njuno mnenje o izvidih, ki vsebujejo tudi kategorije MKF, negativno, bi še vedno velika večina inženirjev ortotike in protetike menila, da so vsaj enako ali celo bolj uporabni kot izvidi brez kategorij MKF.

ZAKLJUČEK

Glede na ugotovitve naše študije menimo, da bi bilo za izboljšanje informiranosti inženirjev ortotike in protetike o pacientovem zdravstvenem in funkcijskem stanju koristno dopolniti zdravnikov izvid ali izvid rehabilitacijskega tima z naborom relevantnih kategorij MKF.

Literatura:

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems – ICD-10. 10th revision. Vol. 1, Vol. 3. Geneva: World Health Organization, 1992-1994.
2. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
3. Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach JE, et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil* 2011; 33(4): 281-309.
4. Raggi A, Leonardi M, Cabello M, Bickenbach JE. Application of ICF in clinical settings across Europe: editorial. *Disabil Rehabil* 2010; 32(Suppl. 1): S17-22.
5. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008; 44(3): 329-42.

6. Kohler F, Cieza A, Stucki G, Geertzen J, Burger H, Dillon MP, et al. Developing Core Sets for persons following amputation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. *Prosthet Orthot Int* 2009; 33(2): 117-29.
7. Burger H. Uporaba Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) v ambulanti za protetiko in ortotiko = Use of International Classification of functioning, Disability and Health (ICF) in a prosthetics and orthotics outpatient clinic. V: Marinček Č, Grabljevec K, ur. 4. slovenski kongres fizikalne in rehabilitacijske medicine: zbornik povzetkov, [Ljubljana, 14-16. oktober 2010] = 4th Slovenian Congress of Physical and Rehabilitation Medicine: book of abstracts. Ljubljana : Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, 2010: 50. (Rehabilitacija 2010; 9; supl. 3)
8. Kavčič B, Burger H, Goljar N. Preizkus seznama izbranih kategorij MKF v ambulanti za protetiko in ortotiko = Testing the list of ICF categories in an outpatient service for prosthetics and orthotics. *Rehabilitacija* 2010; 9(2): 6-13.