

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

Barbara Kavčič, dr. med., prof. dr. Helena Burger, dr. med., asist. dr. Nika Goljar, dr. med.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Izvleček

Izhodišča:

V prispevku prikazujemo, katera področja MKF so opisana v medicinskih izvidih pacientov, pregledanih v ambulanti za protetiko in ortotiko URI – Soča, in ali pripravljen seznam kategorij, ki temelji na predlogih idealnega in minimalnega nabora podatkov MKF za zdravstvene informacijske sisteme ali za raziskave prebivalstva (Priloga 9 MKF), zajame večino opisanih okvar in težav.

Metode:

Pregledali smo medicinsko dokumentacijo 35 bolnikov z različnimi bolezenskimi stanji, obravnavanih v ambulanti za protetiko in ortotiko URI – Soča, in izbrali ustrezne kategorije MKF iz vseh štirih poglavij MKF na dvostopenjski ravni.

Rezultati:

Pri vseh izbranih bolnikih smo na podlagi pregledane medicinske dokumentacije določili kategorije iz vseh razdelkov MKF, pri posameznemu bolniku od 8 do 20 kategorij, povprečno 15 kategorij na bolnika. Največ kategorij je bilo uporabljenih iz razdelka telesne funkcije (od 2 do 10 na bolnika) in dejavnosti in sodelovanje (od 1 do 9 na bolnika). Iz razdelka okolje smo uporabili od 1 do 5 kategorij na bolnika, pri večini je bil dejavnik okolja olajševalec.

Zaključki:

Kljub raznolikim bolezenskim in poškodbenim stanjem bolnikov, obravnavanih v ambulanti za protetiko in ortotiko, seznam izbranih kategorij MKF, ki temelji na predlogih idealnega in minimalnega nabora podatkov MKF (Priloga 9 MKF), lahko zajame večino težav, s katerimi se bolniki soočajo.

Prispelo: 20. 9. 2010
Sprejeto: 27. 9. 2010

Abstract

Introduction:

We investigated which areas of the ICF were described in medical reports of patients who were examined at the outpatient service for prosthetics and orthotics at the University Rehabilitation Institute in Ljubljana and whether the prepared list of categories based on the suggestions of an ideal and minimal set of the ICF data for medical information systems or for research on populations (Appendix 9 ICF) covers the majority of the described impairments and disabilities.

Method:

We examined the medical documentation of 35 patients from the outpatient service for prosthetics and orthotics who had different medical conditions, and chose the suitable ICF categories from all four chapters of the ICF at the second level.

Results:

We observed the categories from all sections of the ICF in all the chosen patients, from 8 to 20 categories per patient, 15 on average. The largest number of categories was opened in the Body Functions section (from 2 to 10 per patient) and in the Activities and Participation section (from 1 to 9 per patient). Among Environmental Factors, 1 to 5 categories were opened per patient. The majority of patients had a facilitator as an Environmental Factor.

Conclusions:

Even though patients at the outpatient service for prosthetics and orthotics have various medical and post-traumatic conditions, the list of categories of the ICF based on the suggestions of an ideal and minimal set of the ICF data (Appendix 9 ICF) can cover the majority of the problems that patients at such outpatient service are faced with.

Ključne besede:

MKF, ambulanta za protetiko in ortotiko, jedrni nizi, ljudje po amputaciji udov

Key words:

ICF, outpatient service for prosthetics and orthotics, Core sets, persons with limb amputation

UVOD

Mednarodno klasifikacijo funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) (1) je generalna skupščina Svetovne zdravstvene organizacije sprejela maja 2001 z namenom, da bi zagotovili enotni in standardni jezik in okvir za opisovanje zdravja in z zdravjem povezanih stanj. MKF kliniku omogoča obsežen opis in kategoriziranje funkcioniranja in zmanjšane zmožnosti osebe na sistematičen in standardiziran način, ki je razumljiv vsem zdravstvenim strokovnjakom. MKF v ospredje postavlja funkcioniranje osebe. Funkcioniranje osebe vključuje telesne funkcije, telesne zgradbe, dejavnosti in sodelovanje, nanj pa poleg bolezni oziroma poškodbe vplivajo tudi okoljski in osebni dejavniki. Omogoča nam, da pri razvrščanju funkcioniranja in zmanjšane zmožnosti/invalidnosti osebe kot interaktivnega in razvijajočega se procesa povežemo več zornih kotov, biološkega, osebnega in družbenega, saj je posameznikovo funkcioniranje na določenem področju rezultat medsebojnega vplivanja ali zapletenih odnosov med zdravstvenim stanjem in spremljajočimi dejavniki.

MKF je uporabna kot klinično orodje pri ocenjevanju potreb, določanju ustreznega zdravljenja za posamezna stanja, ocenjevanju zaposlitvenih možnosti, ocenjevanju poteka rehabilitacije in njenega izida (1).

Zaradi velikega števila kategorij in obveznega kodiranja v vseh štirih razdelkih je njena uporaba zapletena. Celotno klasifikacijo je v klinični praksi težko uporabljati. Svetovna zdravstvena organizacija ponuja seznam najpomembnejših kategorij MKF za zbiranje in beleženje informacij v kliničnem okolju ali socialnem delu t. i. ICF Checklist (2). Da bi olajšali uporabo MKF v klinični praksi, razvijajo tudi različne jedrne nize MKF (ICF Core Sets) za posamezna bolezenska stanja. Jedrni nizi MKF so praktična orodja, ki kliniku dovoljujejo klasificirati in opisati funkcioniranje posameznika s pomočjo najbolj primernih kategorij MKF (3). Obsežen jedrni niz MKF lahko pri kliničnem delu uporabljamo kot kontrolni seznam za ocenitev bolnikovih potreb, za oblikovanje rehabilitacijskih ciljev in za ocenjevanje napredka (4).

Različni tipi jedrnih nizov že obstajajo, in sicer za akutna in kronična stanja. Nekatere jedrne nize še razvijajo, med drugim tudi za ljudi po amputaciji udov. Zamisel o razvoju jedrnih nizov MKF za ljudi z amputacijo udov je nastala na številnih sestankih strokovnjakov med letoma 2007 in 2008 (4). Jedrni nizi MKF za ljudi po amputaciji udov lahko pri-

kažejo različne posledice amputacije kot tudi napredovanje ljudi z amputacijo od akutnega stanja skozi okrevanje in njihovo vrnitvijo v skupnost ter dolgoročno spremljanje le-teh. Dokončno obliko jedrnih nizov za ljudi po amputaciji udov bo določila skupina strokovnjakov, ki vodi razvojni projekt. Idealno bi bilo, da bi imeli en obsežen jedrni niz za vse ljudi po amputaciji udov. Le-ta naj bi vseboval vse kategorije MKF, ki so primerne za ljudi z amputacijo. Jedrni niz naj bi razvili tudi v kratki obliki, da bi ga lahko rutinsko uporabljali v klinični praksi. Na konferenci "ICF Core Set Consensus Conference", ki jo načrtujejo v letu 2011, naj bi določili prvo najboljšo možno verzijo jedrnih nizov MKF za ljudi po amputaciji udov, ki jo bodo potem testirali po vsem svetu (4).

V klinični praksi lahko uporabimo tudi svoj izbor kategorij, pri katerem lahko izhajamo iz predlogov idealnega in minimalnega nabora podatkov MKF za zdravstvene informacijske sisteme ali za raziskave prebivalstva (Priloga 9 MKF) (1).

Namen našega dela je bil ugotoviti, katera področja so opisana v medicinskih izvidih pacientov, pregledanih v ambulanti za protetiko in ortotiko URI-Soča. Pripravili smo seznam kategorij, ki temelji na predlogih idealnega in minimalnega nabora podatkov MKF za zdravstvene informacijske sisteme ali za raziskave prebivalstva (Priloga 9 MKF). Seznam vsebuje 7 kategorij in 2 gnezdi za telesne funkcije, 7 kategorij za telesne zgradbe, 20 kategorij in 3 gnezda za dejavnosti in sodelovanje ter 3 kategorije za dejavnike okolja.

METODE

V ambulanti za protetiko in ortotiko smo pregledali medicinsko dokumentacijo 35 bolnikov z različnimi bolezenskimi stanji, ki so bili v naši ambulanti zadnjič na pregledu v mesecu marcu ali aprilu 2010. Starost bolnikov je bila od 16 do 94 let (povprečje 56 let, SD = 18 let, Me = 58 let), med njimi je bilo 14 žensk in 21 moških.

Če smo pri pregledu medicinskih zapisov za posameznega bolnika našli pomembne podatke, ki jih naše izbrane kategorije niso zajele, smo na osnovi le-teh izbrali dodatne ustrezne kategorije po MKF.

Pri razdelkih telesne funkcije, zgradbe ter dejavnosti in sodelovanje smo uporabili oceni 1 (kategorija je bila opisana, bolnik je imel težave) in 0 (kategorija je bila opisana, bolnik ni imel težav). Kategorije, ki niso bile opisane, nismo

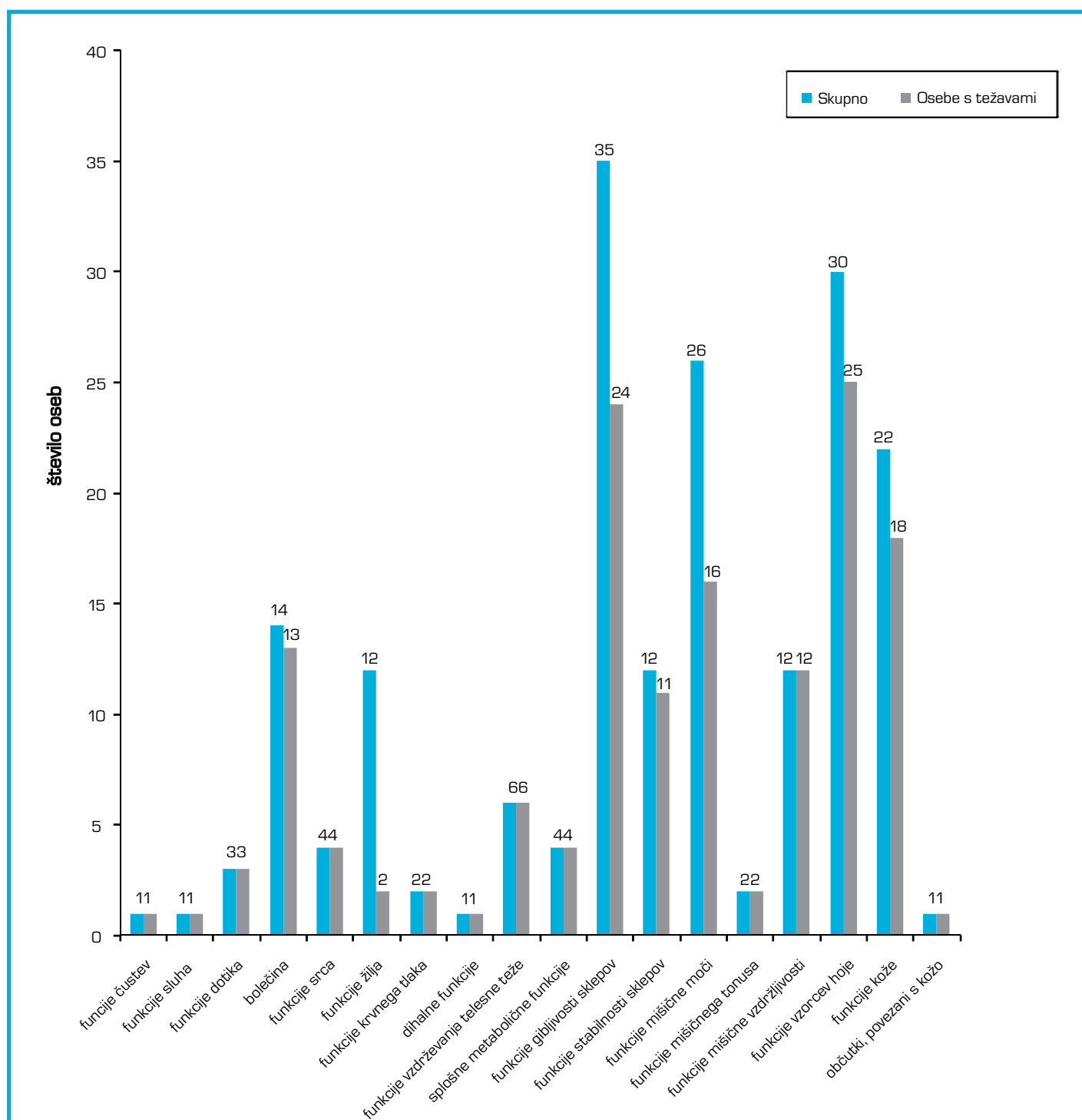
ocenili. V razdelku okolje smo uporabili oceno 0, če bolnik ni imel pripomočka oz. ovire, oceno +1, če je bil prisoten olajševalec in oceno -1, če je bila prisotna ovira.

Bolnike smo razvrstili po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10) (5): amputacije spodnjega uda, amputacije zgornjega uda, kombinirana okvara spodnjega in zgornjega uda, vse ostale okvare spodnjega uda, poliomielitis, okvara osrednjega živčevja in okvara perifernega živčevja. Pri analizi podatkov smo uporabili opisne statistične metode.

REZULTATI

Pri posameznemu bolniku smo v vseh štirih razdelkih skupaj uporabili od 8 do 20 kategorij, povprečno 15 kategorij na bolnika (SD = 2,75; Me = 15).

Pri izbrani skupini bolnikov smo uporabili od 2 do 10 kategorij od 493 možnih za **telesne funkcije**, pri čemer je bilo povprečno uporabljenih 5,37 na bolnika (SD = 1,91; Me = 5). Kategorija funkcije gibljivosti sklepov je bila edina uporabljena pri vseh bolnikih. Kategorije, ki smo jih uporabili, so po

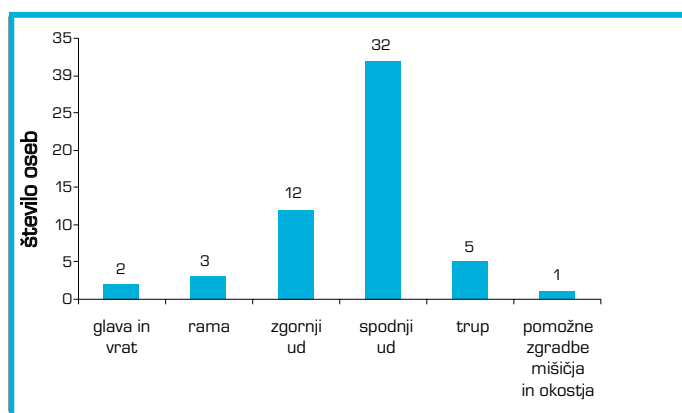


Slika 1: Pogostost uporabljenih kategorij v razdelku telesne funkcije.

pogostosti razvrščene: funkcije vzorcev hoje (89 %), funkcije mišične moči (74 %), funkcije kože (63 %), bolečina (40 %), funkcije mišične vzdržljivosti (34 %) in funkcije stabilnosti sklepov (34 %). Vse izbrane kategorije iz razdelka telesnih funkcij smo uporabili vsaj enkrat (slika 1).

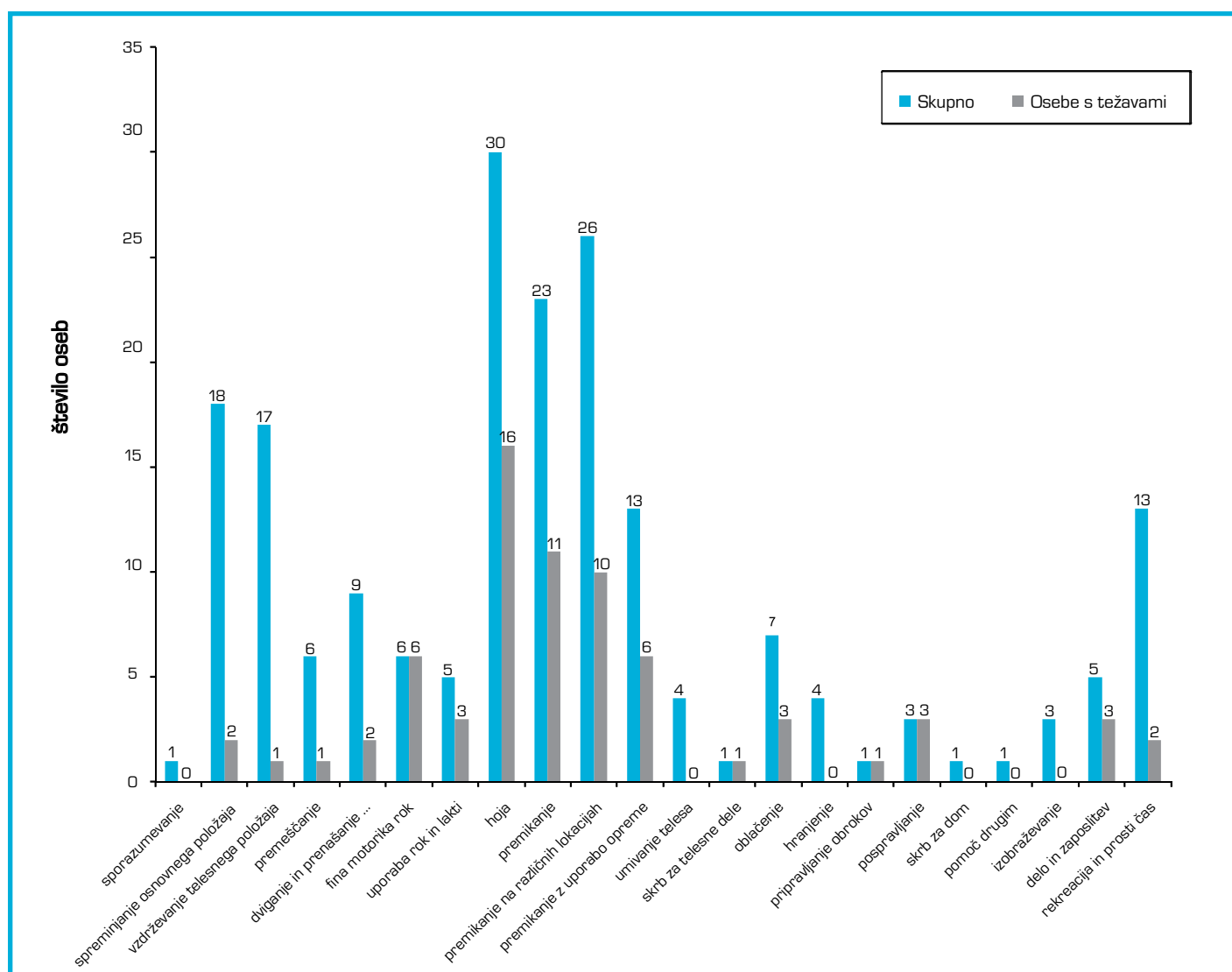
Uporabili smo 9 dodatnih kategorij. Največkrat je bila uporabljena kategorija funkcije žilja (b415, uporabljena pri 34 % bolnikov), nato pa: funkcije vzdrževanja telesne teže (b530 – 17 %), funkcije srca (b410 – 11 %), splošne metabolične funkcije (b540 – 11 %), funkcije dotika (b265 – 9 %), funkcije krvnega tlaka (b420 – 6 %), dihalne funkcije (b440 – 3 %), občutki, povezani s kožo (b840 – 3 %), funkcije sluha (b230 – 3 %).

V razdelku **telesne zgradbe** smo uporabili od 1 do 4 kategorije od 310 možnih, pri čemer je bilo povprečno uporabljenih 1,57 kategorije na bolnika (SD = 0,88; Me = 1). Pri večini bolnikov (91 %) smo uporabili kategorijo spodnji ud, pri 34 % bolnikov pa kategorijo zgornji ud. Od izbranih kategorij nismo nikoli uporabili kategorije medenica (slika 2). Dodatnih kategorij nismo uporabljali.



Slika 2: Pogostost uporabljenih kategorij v razdelku telesne zgradbe.

V razdelku **dejavnosti in sodelovanje** smo uporabili od 1 do 9 kategorij od 393 možnih, pri čemer je bilo povprečno uporabljenih 5,63 kategorij na bolnika (SD = 2,02; Me = 6). Največkrat smo uporabili kategorije hoja (86 %), premikanje na različnih lokacijah (74 %), premikanje (66 %), spreminjanje osnovnega telesnega položaja (51 %), vzdrževanje



Slika 3: Pogostost uporabljenih kategorij in delež bolnikov s težavami v razdelku dejavnosti in sodelovanje.

telesnega položaja (49 %), premikanje z uporabo opreme (37 %), rekreacija in prosti čas (37 %) ter dvigovanje in prenašanje predmetov (26 %). Neuradni odnosi (d750), družinski odnosi (d760) in življenje v skupnosti (d910) so bile kategorije, ki jih nismo nikoli uporabili. Dodali smo kategoriji skrb za telesne dele (d520 – 3 %) ter pomoč drugim (d660 – 3 %) (slika 3).

V razdelku **okolje** smo uporabili od 1 do 5 kategorij od 258 možnih, pri čemer je bilo povprečno uporabljenih 2,03 kategorije na bolnika (SD = 0,92; Me = 2). Pri vseh bolnikih smo uporabili kategorijo izdelki in tehnologija za vsakodnevno osebno rabo, pri tem samo pri eni osebi dejavnika okolja nismo uporabili kot olajševalca. Po pogostosti uporabe sledita kategoriji izdelki in tehnologija za osebno gibanje in transport v prostoru in na prostem (51 %) ter izdelki in tehnologija za kulturo, rekreacijo in šport (26 %). Pri obeh omenjenih kategorijah smo dejavnika okolja uporabili kot olajševalca (slika 4).

Dodatno smo uporabili še kategoriji izdelki in tehnologija za oblikovanje, načrtovanje in gradnjo javnih zgradb (17 %) ter izdelki in tehnologija za oblikovanje, načrtovanje in gradnjo zasebnih zgradb (9 %); omenjena dejavnika okolja sta bila v vseh primerih uporabljena kot oteževalec.

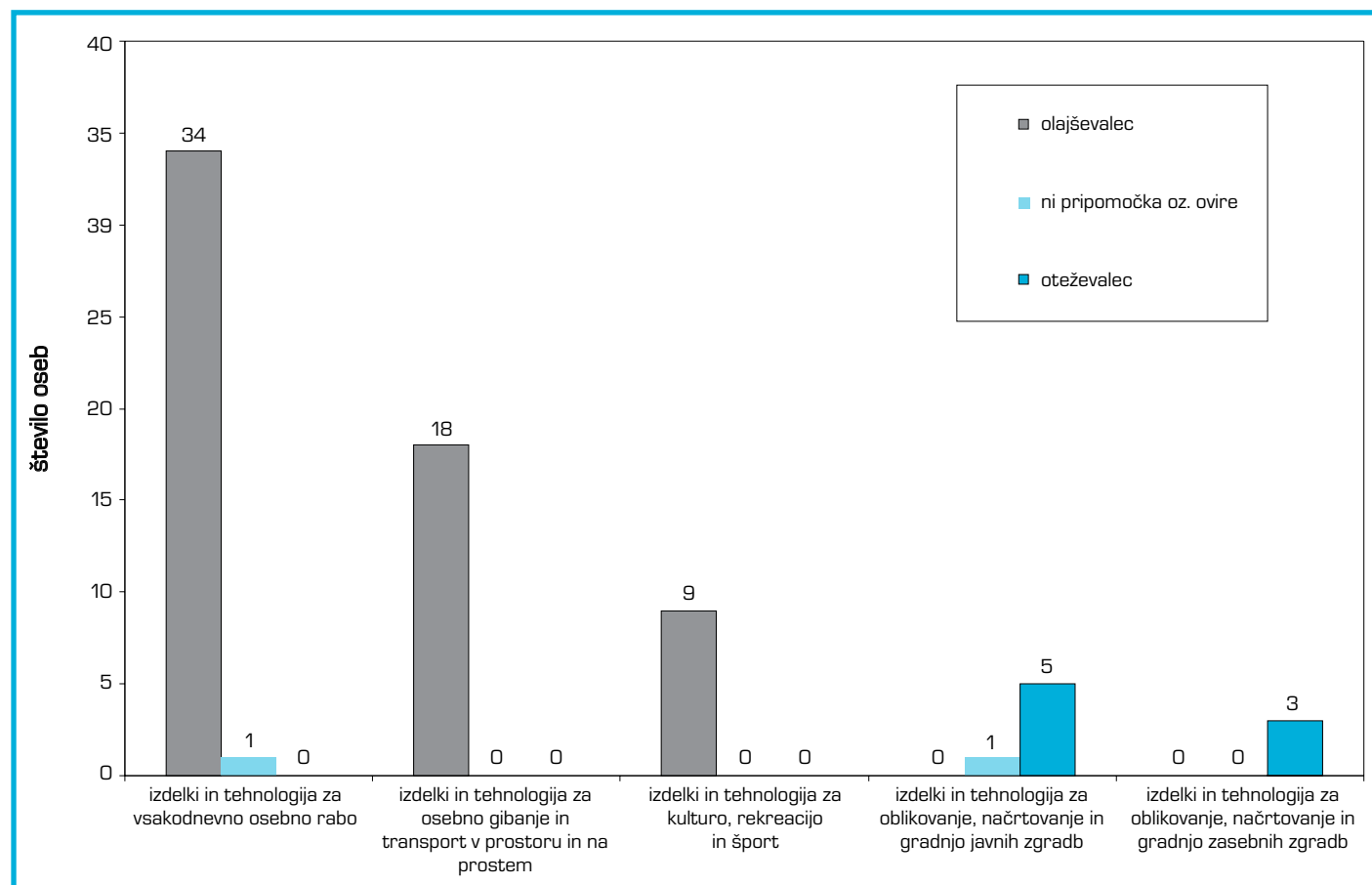
Bolnikom je bilo predpisanih 10 različnih pripomočkov: bergele (37 %), ortopedski čevlji (34 %), proteza za spodnji

ud (31 %), ortoza za gleženj in stopalo (OGS) - korekcijska (20 %), ortoza za koleno, gleženj in stopalo (OKGS) (14 %), kolenska ortoza (KO) (11 %), proteza za zgornji ud (11%), OGS- serijska (9 %), ortopedski čevlji po mavčevem odlitku (3 %), ortoza za zapestje in prste (3 %) ter hodulja (3 %).

Tabela 1 prikazuje pogostost uporabljenih kategorij MKF iz vseh štirih razdelkov glede na različne diagnoze po MKB-10.

RAZPRAVA

Po medicinski dokumentaciji iz ambulante za protetiko in ortotiko URI-Soča smo pri vseh izbranih bolnikih določili kategorije iz vseh razdelkov MKF. Pri določanju kategorij MKF po ambulantnih zapisih smo največkrat uporabili kategorije iz razdelka telesne funkcije ter dejavnosti in sodelovanje. Pri vseh bolnikih smo v razdelku telesne funkcije ocenjevali gibljivost sklepov, pri večini pa tudi funkcije vzorcev hoje, funkcije mišične moči in funkcije kože. V razdelku dejavnosti in sodelovanje smo največkrat uporabili kategorije hoja, premikanje na različnih lokacijah, premikanje, spreminjanje osnovnega telesnega položaja in vzdrževanje telesnega položaja. V razdelku telesne zgradbe smo največkrat uporabili kategorijo spodnji ud, nato pa zgornji ud. V razdelku okoljski dejavniki smo pri



Slika 4: Pogostost uporabljenih kategorij v razdelku okolje.

Tabela 1: Pogostost uporabljenih kategorij MKF iz vseh štirih razdelkov glede na različne diagnoze po MKB-10.

Kategorija	Amputacije sp. uda N=8	Amputacije zg. uda N=3	Komb. okvara zg. in sp. uda N=4	Vse ostale okvare sp. uda N=8	Poliomielitis N=5	Okvara osrednjega živčevja N=4	Okvara perif. živčevja N=3
Funkcije čustev	0	0	0	1	0	0	0
Funkcije sluha	0	0	0	0	0	0	1
Funkcije dotika	2	0	0	1	0	0	0
Bolečina	2	1	0	6	2	1	1
Funkcije srca	1	1	0	0	1	1	0
Funkcije žilja	0	0	0	4	3	3	2
Funkcije krvnega tlaka	0	0	0	1	0	0	1
Dihalne funkcije	0	0	0	0	0	1	0
Funkcije vzdrževanja telesne teže	1	1	1	0	0	1	2
Splošne metabolične funkcije	0	1	0	1	0	1	1
Funkcije gibljivosti sklepov	8	3	4	8	5	4	3
Funkcije stabilnosti sklepov	0	0	0	5	2	3	2
Funkcije mišične moči	6	2	2	8	5	1	2
Funkcije mišičnega tonusa	0	0	0	0	0	2	0
Funkcije mišične vzdržljivosti	0	0	1	2	5	4	0
Funkcije vzorcev hoje	8	0	4	7	5	3	3
Funkcije kože	8	2	2	4	2	3	1
Občutki, povezani s kožo	0	0	0	1	0	0	0
Glava in vrat	0	1	0	0	0	1	0
Rama	0	1	2	0	0	0	0
Zgornji ud	0	3	4	0	0	3	2
Spodnji ud	8	0	4	8	5	4	3
Trup	0	1	0	0	2	1	1
Pomožne zgradbe mišičja in okostja	0	0	1	0	0	0	0
Sporazumevanje	0	0	0	0	0	1	0
Spreminjanje osnovnega položaja	5	1	2	3	3	4	0
Vzdrževanje telesnega položaja	6	1	2	2	4	2	0
Premeščanje	2	0	0	1	2	1	0
Dvigovanje in prenašanje predmetov	5	0	3	0	0	0	1
Fina motorika rok	0	2	1	0	0	2	1
Uporaba rok in lakti	0	0	4	0	0	1	0
Hoja	8	0	2	8	5	4	3
Premikanje	8	0	2	4	5	2	2
Premikanje na različnih lokacijah	8	0	2	8	4	2	2
Premikanje z uporabo opreme	1	0	0	4	4	3	1
Umivanje telesa	0	3	1	0	0	0	0
Skrb za telesne dele	0	1	0	0	0	0	0
Oblačenje	0	3	1	1	1	1	0
Hranjenje	0	3	1	0	0	0	0
Pripravljanje obrokov	0	1	0	0	0	0	0
Pospravljanje	0	2	0	0	0	0	1
Skrb za dom	0	0	1	0	0	0	0
Pomoč drugim	0	0	1	0	0	0	0
Izobraževanje	3	0	0	0	0	0	0
Delo in zaposlitev	1	0	1	2	1	0	0
Rekreacija in prosti čas	5	2	1	3	2	0	0
Izdelki in tehnologija za vsakodnevno osebno rabo	8	3	4	8	5	4	3
Izdelki in tehnologija za osebno gibanje in transport v prostoru in na prostem	2	0	2	5	4	4	1
Izdelki in tehnologija za kulturo, rekreacijo in šport	4	0	1	3	1	0	0
Izdelki in tehnologija za oblikovanje, načrtovanje in gradnjo javnih zgradb	0	0	1	2	1	2	0
Izdelki in tehnologija za oblikovanje, načrtovanje in gradnjo zasebnih zgradb	1	0	1	0	1	0	0

vseh bolnikih uporabili kategorijo izdelki in tehnologija za vsakodnevno osebno rabo, samo enemu bolniku ni bila predpisana ortoza ali proteza. Pri večini bolnikov smo uporabili kategorijo izdelki in tehnologija za osebno gibanje in transport v prostoru in na prostem, predpisali smo jim pripomoček za hojo. Kategorije iz vseh razdelkov MKF kažejo tako na širino ambulantnega pregleda specialista za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, kot tudi odražajo sodobne pristope in delovanje v okviru rehabilitacijske medicine.

Kategorije MKF smo določali po medicinski dokumentaciji, v kateri ne zapisujemo prav vsega, kar se dogaja med ambulantnim pregledom. Na primer: z vsemi bolniki se pogovorimo, a smo kodo sporazumevanje uporabili le pri enem bolniku. Če bi imeli v času pregleda bolnika pred seboj seznam kategorij MKF, bi lahko vse, kar bi opazili, sproti zabeležili, zapisovanje pa bi nam ne vzelo zelo veliko časa. V izbrani medicinski dokumentaciji ni bilo zapisov s področja bolnikovega sodelovanja (neuradni odnosi, družinski odnosi in življenje v skupnosti), kar je lahko odraz zanemarjanja tega področja zaradi časovne stiske pri ambulantnem delu. Po Enotnem seznamu zdravstvenih storitev in samoupravnem sporazumu o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela oziroma Zeleni knjigi v ambulanti za protetiko in ortotiko največkrat izvajamo srednje obsežen ali razširjen pregled bolnika v specialistični dejavnosti, za katerega je časovni normativ 8 oziroma 10 minut. Za storitev Evalvacija možnosti za aplikacijo ortopedskega pripomočka pa je določen čas 10 minut (6).

Kljub raznolikim bolezenskim in poškodbenim stanjem bolnikov, obravnavanih v ambulanti za protetiko in ortotiko, se zdi, da prvotni izbor kod MKF lahko zajame večino težav, s katerimi se bolniki soočajo. Lahko bi opustili kategorije, ki jih nismo nikoli uporabili, to so kategorija medenica v razdelku telesne zgradbe in 3 kategorije v razdelku dejavnosti in sodelovanje (neuradni odnosi, družinski odnosi in življenje v skupnosti). Vse dodane kategorije smo uporabili pri manj kot polovici bolnikov, zato k prvotnemu naboru kategorij novih ne bi dodajali.

Pomemben vpliv okolja na bolnikovo vsakodnevno funkcioniranje se odraža v kategorijah iz razdelka okolje. Uporabili smo vse tri kategorije iz prvotnega nabora in 2 dodatni. Pri obeh dodatnih kategorijah smo pri vseh bolnikih kot oteževalni dejavnik okolja opisali stopnice, bodisi v domačem okolju ali na delovnem mestu. Tudi ti dve kategoriji sta bili uporabljeni pri manjšem odstotku bolnikov, vendar ju bomo dodali k prvotnemu seznamu. Večino bolnikov s težavami pri hoji vprašamo, ali so v stavbah, kjer živijo in delajo, stopnice, vendar običajno ne napišemo, če stopnic ni.

MKF za oceno stopnje bolnikovih težav predvideva opisovalce, ki jih opredelimo na osnovi bolnikovih informacij, kliničnega pregleda in vseh ostalih preiskav (3). Pri našem

pregledu razpoložljive medicinske dokumentacije je bilo več informacij o stopnji težav pri funkcijah gibljivosti sklepov, pri katerih je včasih gibljivost sklepov opisana v stopinjah, in pri funkciji mišične moči, pri kateri je navedena ocena po ročnem mišičnem testiranju. Tudi pri večini bolnikov z amputacijo zgornjega uda so dnevne aktivnosti ocenjene z vprašalnikom "OPUS-UEFS"(7), pri večini bolnikov z amputacijo spodnjega uda pa uporabljajo ocenjevalno lestvico "Locomotor Capability Index"(8). Vendar smo pri kodiranju podatkov iz medicinske dokumentacije največkrat lahko razbrali le, da imajo bolniki težave ali pa da jih nimajo, zato smo opredelitev stopnje težav, kot jo določajo opisovalci MKF, opustili, še posebej zato, ker je pri določanju opisovalcev še veliko nejasnosti in nas njihova nelinearna razdelitev lahko zavede.

Večina predpisanih pripomočkov so bili pripomočki za gibanje. Uporaba pripomočka za gibanje pri bolnikih po amputaciji spodnjega uda ali tistih z drugimi zdravstvenimi stanji pomembno izboljša njihove telesne funkcije in delno nadomesti zgradbo. Taki bolniki imajo težave tudi pri različnih dejavnostih in sodelovanju. Z uporabo pripomočka izboljšamo posameznikovo funkcioniranje. Katero in kakšno ortoza posameznik potrebuje pa je odvisno od njegovega funkcioniranja in okolja, v katerem živi. Pri bolnikih, ki so prejeli več pripomočkov, smo uporabili več kategorij MKF in diagnoz po MKB-10. Čim več je bilo predpisanih pripomočkov, tem več kategorij za okoljske dejavnike smo uporabili, kar je v zaključkih predhodne študije ugotovila že avtorica Burger H. (9). V tem pogledu MKF daje dodatno informacijo o zdravju posameznika in kaže vpliv uporabe pripomočka na posameznikovo funkcioniranje. Za bolj natančen prikaz vpliva pripomočkov na funkcioniranje pa bi morali uporabiti opisovalce ali drug merski instrument.

ZAKLJUČEK

Kljub raznolikim bolezenskim in poškodbenim stanjem bolnikov, obravnavanih v ambulanti za protetiko in ortotiko, seznam kategorij MKF, ki temelji na predlogih idealnega in minimalnega nabora podatkov MKF za zdravstvene informacijske sisteme ali za raziskave prebivalstva (Priloga 9 MKF), lahko zajame večino težav, s katerimi se bolniki soočajo.

Kategorije, ki jih nismo nikoli uporabili, lahko iz prvotnega nabora kategorij opustimo. V prvotni nabor bi bilo smiselno dodati kategoriji izdelki in tehnologija za oblikovanje, načrtovanje in gradnjo javnih zgradb ter izdelki in tehnologija za oblikovanje, načrtovanje in gradnjo zasebnih zgradb. V prihodnje bi bilo smiselno, da bi bolnike z izbranimi kategorijami MKF ocenjevali v času pregleda, saj bi na ta način natančneje opredelili posameznikovo funkcioniranje.

Literatura:

1. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja – MKF. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2006.
2. ICF CHECKLIST, Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health. Dosegljivo na: <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfchecklist.pdf>
3. 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: 329-42.
4. Kohler F, Cieza A, Stucki G, Geertzen J, Burger H, Dillon MP, et al. Developing Core Sets for persons following amputation on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. *Prosthet Orthot Int* 2009; 33(2): 117-29.
5. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene – MKB-10. 2. izd. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
6. Enotni seznam zdravstvenih storitev in samoupravni sporazum o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela. Ljubljana: Zdravstvena skupnost Slovenije; Zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1982.
7. Heinemann AW, Bode RK, O'Reilly C. Development and measurement properties of the orthotics and prosthetics users' survey (OPUS): a comprehensive set of clinical outcome instruments. *Prosthet Orthot Int* 2003; 27: 191-206.
8. Gauthier-Gagnon C, Grise MC. Tools to measure outcome of people with a lower limb amputation: update on the PPA and LCI. *J Prosthet Orthot* 2006; 18(Proc 6): P61-7.
9. Burger H. The ICF in prosthetics and orthotics. In: 5th World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine: abstract book, Istanbul, Turkey, June 13-17, 2009. [Istanbul]: Organizing Committee of ISPRM, 2009: 36.