

ICF flokkunarkerfið og áhrif þess á sjúkráþjálfun

Eftirfarandi grein er unnin upp úr verkefni sem undirrituð vann sem lokaverkefni í námskeiði til meistaraáráðu í heilbrigðisvísunum við Háskólann á Akureyri. Nefnist námskeiðið: Heilbrigði og heilbrigðisþjónustan: Staða, stefnur og straumar (HHS0105).

Kröfur um árangur og sannanir fyrir gagnsemi meðferðar innan heilbrigðiskerfisins hafa aukist mjög síðustu ár en mælikvarða á árangur hefur vantað tilfinnulega. Því er ekki að undra að á nokkrum undanföllum árum hefur áhugi á ICF-flokkunarkerfinu farið vaxandi meðal fagfólks og stjórnenda í endurhæfingu hér á landi sem erlendis.

Til hliðsjónar við gerð þessa verkefnis hef ég með góðfúslegu leyfi Valgerðar Gunnarsdóttur sjúkráþjálfara MS, MPH, notað skýrslu þá sem hún tók saman fyrir áhugahóp um upptöku ICF flokkunarkerfisins á Íslandi. Einnig veitti hún mér leyfi til að nota þýðingar hennar á heitum úr ICF kerfinu, með þeim fyrirvara að þær geta breyst, komi til opinberrar þýðingar á kerfinu.

Hvað er ICF?

Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur látið hanna kerfi sem byggir á ákveðinni flokkun færni og skerðinga. Markmið þeirrar flokkunar er að gera gagnasöfnun og úrvinnslu hennar á sviði færni mögulega á skipulagðan og alþjóðlega samanburðarhæfan hátt. Flokkunarkerfið hefur fengið heitið International Classification of Functioning, Disability and Health, skammstafað ICF og telst vera í fjölskyldu flokkunarkerfa WHO, líkt og sjúkdómsgreiningarkerfið International Classification of Disease, ICD 10, sem notað er hér á landi. ICF tekur til fjölmargra þátta og er ætlað að mæla færni einstaklinga og þjóðfélaga, án tillits til orsaka skerðingarinnar. Horfið er frá þeirri hugsun að heilsa og fötlun séu andstæður þannig að í stað þess að einblína á fötlun fólks, er þungamiðjan nú á færni þess (WHO, 2002)



UNNUR PÉTURSDÓTTIR,
SJÚKRÁÞJÁLFARI
UNNURR@ISL.IS

Tilgangur ICF kerfisins er í fyrsta lagi að finna vísindalegan grunn að mati á heilsu og heilsufarsþáttum, útkomu og orsökum, sem getur einnig nýst sem vísindalegur grunnur til þekkingarleitar og rannsókna. Í öðru lagi er tilgangurinn sá að tryggja að sameiginlegt tungumál og hugtök séu notuð til að bæta samskipti og í þriðja lagi er tilgangurinn sá að leyfa samanburð á gögnum milli landa, heilbrigðisgeira, þjónustuaðila og tímabila. (Kearny og Pryor, 2003; Valgerður Gunnarsdóttir, 2003; WHO, 2002).

Notkun ICF

Dæmi um not á ICF í heilbrigðis- og félagsþjónustu:

Fyrir einstaklinga

- Til að meta færni einstaklings: *Hver er færni einstaklingsins?*
- Til að ákveða meðferð: *Hvaða meðferð gefur mestu færni- aukningu?*
- Til að meta árangur meðferðar: *Hver er útkoma meðferðarinnar? Hversu árangursríkar voru aðgerðirnar?*
- Til samskipta milli fagstétta svo sem lækna, sjúkráþjálfara, hjúkrunarfræðinga, iðjuþjálfara, félagsráðgjafa o.s.frv.
- Til sjálfsmats einstaklinga: *Hver er færni mín t.d. með tilliti til hreyfingetu eða samskipta?*

Á stofnunum

- Til kennslu og þjálfunar.
- Til skipulagningar og þróunarstarfs: *Hver er þörfin fyrir heilbrigðis- og aðra þjónustu?*
- Til gæðapróunar: *Hversu góð er þjónustan? Hvaða gæðavísarar eru marktækir og áreiðanlegir?*
- Til að meta stjórnun og útkomu: *Hvert er notagildi þeirrar þjónustu sem veitt er?*
- Til heilbrigðisþjónustumats: *Hver er árangur miðað við kostnað þjónustunnar sem veitt er? Hvernig er hægt að veita betri þjónustu fyrir minni kostnað?*

Í samfélaginu

- Til að meta þörf fyrir opinberan stuðning eins og trygginga- bætur og örorku- eða slysabætur: *Er matið á bótaþörfinni byggt á sannreyndum rökum, réttlætandi og í samræmi við viðurkennd félagsleg markmið?*
- Til að móta stefnu í félagsmálum þar með talið lagagerð, reglu – og leiðbeiningagerð sem og skilgreiningu fyrir laga- smíð sem hindri mismunun: *Mun veiting réttar auka félags- lega færni? Er hægt að mæla þessa aukningu og aðlaga lög og reglur í samræmi við hana?*
- Til þarfagreiningar: *Hverjar eru þarfir einstaklinga með mis- munandi færniskerðingu?*
- Til að skapa umhverfshönnun út frá heildrænu mati á um- hverfinu þar sem aðgengisþarfir eru teknar með í reikninginn og borin kennsl á þætti sem geta auðveldað eða hindrað þátt- töku einstaklingsins í þjóðfélaginu: *Hvernig er hægt að skapa félagslegt og raunverulegt umhverfi sem auðveldar að- gengi fyrir alla, bæði þá með skerta færni og hinna sem eru alheilir? Er hægt að meta úrbæturnar?*

Af: www3.who.int/icf/beginners/bg.pdf (pýðing: Valgerður Gunnarsdóttir)

Notkun ICF getur einnig gefið mikilvægar upplýsingar til áætlanagerða í velferðarþjónustunni, til stefnumótunar í heil- brigðisþjónustunni og gæti verið mikilvægt hjálpartæki til for- gangsröðunar í heilbrigðiskerfinu. Einnig væri það náma upp- lýsinga á alþjóðlegum grunni til rannsókna (Kearny og Pryor, 2003; WHO, 2002).

Uppbygging ICF flokkunarkerfisins

Hér á eftir fer örlítill kynning á uppbyggingu flokkunarkerfisins en hún er langt frá því tæmandi og mun taka fyrst og fremst mið af þeim þáttum sem sjúkraþjálfarar og aðrir í líkamlegri endur- hæfingu munu hafa mestan áhuga á. Þeim sem vildu kynna sér þetta kerfi nánar er bent á heimasíðu WHO, www3.who.int/icf/beginners/bg.pdf

Aðalmarkmið ICF flokkunarkerfisins er að mynda staðlaðan, sameiginlegan grunn til að lýsa heilsu og færni. Lýsingin byggir á heilsusvæðum (health domains) og heilsutengdum svæðum (health-related domains). Litið er til líkamans, einstaklingsins og samfélagsins þegar svæðin eru skilgreind og skiptast þau annars vegar í líkamspærni og líkamsuppbyggingu (Body Functions and Structures) og hins vegar í virkni og þátttöku (Activities and Participation). Einnig eru samhengisþættir (contextual factors) hluti af kerfinu. Þegar skrá á heilsu og færni einstak- lings er þá valinn viðeigandi atriðiskóði og síðan bætt við skýri- vísi (qualifier). Skýrivísirinn segir til um magn eða alvarleika skerðingarinnar og að hversu miklu hún er hindrun eða auðveld- un (facilitation). Án skýrivísa eru kóðarnir merkingarlausir (Val- gerður Gunnarsdóttir, 2003).

Skýrivísar eru á bilinu 0 (engin skerðing) til fjórir (þ.e. við-

komandi getur ekki framkvæmt hlutinn). Ef eitthvað í umhverf- inu eða t.d. hjálparúrræði virkar örvandi (facilitation) er einnig hægt að setja jákvætt formerki á þann skýrivísi. (WHO, 2002).

Sá þáttur sem stendur sjúkraþjálfurum næst er „virkni og þátt- taka“ og er táknaður með stafnum d. Þar undir er svæðið „hreyfigeta“ (mobility), sem fær kóðann 4. Svæðinu er síðan skipt í mismunandi atriði sem öll fá sína kóða (Rentsch o.fl., 2003):

Til dæmis:

Notkun handa (4):	fínhreyfingar	d440
	samhæfing handar og handlegg	d445
Göngugeta (5):	ganga stutta vegalengd	d4500
	ganga langa vegalengd	d4501
	ganga á ósléttu undirlagi	d4502
	ganga kringum hindranir	d4503
Hreyfigeta (6):	hreyfigeta innan heimilis	d4600
	hreyfigeta innan annars húsnæðis	d4601
	hreyfigeta utandyra	d4602
Ferðageta (7):	notkun farartækis sem farþegi	d4701
	notkun almenningafarartækja	d4702
	akstur	d475

Eftir er að bæta við skýrivísunum, sem þá tiltaka hvort eða hversu mikið vandamál hver þáttur er fyrir viðkomandi einstak- ling.

Reynslan af ICF

ICF kerfið virðist við fyrstu sýn vera geysilega víðfemt og flók- ið. Það hefur þó sýnt sig að þar sem það hefur verið prófað hafa hinir mismunandi faghópar getað nýtt sér afmarkaða hluta þess og hugtök með góðum árangri. En mönnum er ljóst að gera þarf kerfið fljótlegra og notendavænna í klíniskri vinnu til að raun- hæft sé að ætla að það nái almennri útbreiðslu. Einnig þarf að huga að að þeim mælitækjum sem notuð eru í klíniskri vinnu þannig að samræmi verði milli þeirra og kerfisins (Valgerður Gunnarsdóttir, 2003).

Unnið hefur verið að því frá árinu 2001 að gera ICF kerfið notendavænna. Það hefur leitt til þróunar svokallaðra grunnsetta (core-sets) sem eru skilgreind þannig að þau eru útdráttur úr ICF kerfinu sem inniheldur þann lágmarksfjölda svæða (domains) sem þarf til að kerfið sé hentugt, en eins mörg og þarf til að ná yfir þau svið færni og heilsuþrestra sem lýsa þarf. (Rentsch o.fl. 2003). Þannig er markmiðið að fagfólk geti nýtt sér þann hluta kerfisins sem að þeirra starfi snýr á viðurkenndan og staðlaðan hátt og fengið fram þær lágmarksupplýsingar sem þarf fyrir skýrslugerð og rannsóknir (Valgerður Gunnarsdóttir, 2003).

Hver yrðu áhrifin á störf sjúkraþjálfara?

Sjúkraþjálfarar hafa aldrei verið þekktir fyrir mikinn áhuga á skrifinsku og skýrslugerð, þeir eru stétt sem vill láta hendur standa fram úr ermum og láta verkin tala. Þeim finnst þeir sjaldnast vera „að vinna“ nema þeir séu með sjúkling í höndunum.

Áhrif ICF á verklagsreglur sjúkraþjálfara yrðu því óumdeilalega nokkur, en mismikil eftir stöðum. Sums staðar væri nóg að endurskoða reglur með tilliti til ICF, annars staðar þyrfti að fara í heilmikla vinnu við að taka slíkar reglur í notkun. Hvort slíkt sé nauðsynlegt verður tíminn að leiða í ljós og mun þá fara eftir því hversu víðtæk útbreiðsla kerfisins verður.

Innleiðing ICF

Til að innleiða slíkt kerfi sem ICF er, þurfa heilbrigðisyrirvöld að koma að með myndarlegum hætti, bæði með faglegum stuðningi og fjárhagslegum. Þýðing kerfisins er grundvöllur þess að það sé tekið upp og hefur hluti nauðsynlegs fjármagns þegar verið tryggður. Mikill áhugi er á kerfinu á stærri endurhæfingarstofnunum og munu þær eflaust verða í fararbroddi ef til innleiðingar kemur, en Landlæknisembættið hefur umsjón með öllum kóðunarmálum heilbrigðiskerfisins og er málið í þeirra umsjón. Ráðuneyti heilbrigðis – og tryggingamála, menntamála og félagsmála hafa nú lagt fram fé til að standa straum af kostnaði við þýðingu ICF (Valgerður Gunnarsdóttir, 2004).

En er einhver ávinningur fyrir þá sjúkraþjálfara sem starfa á einkareknum stofum samkvæmt samningi við Tryggingarstofnun Ríkisins (TR) að innleiða þetta kerfi?

ICF og sjúkraþjálfunarþyngd

Við samningaviðræður milli Félags sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara (FSSS) og TR sem fram fóru árið 2002 var sett fram sú krafa af hálfu FSSS að sérstakt álag yrði greitt með þeim sjúklingum sem þurfa mikla og tímafreka þjálfun. Niðurstaðan var þó sú að þetta álag náðist ekki í gegn og strandaði það fyrst og fremst á því mati TR að ómögulegt yrði að fá hlutlægt mat á því með hverjum ætti að greiða þetta álag. Ekkert kerfi væri til sem flokkaði sjúklinga eftir því hve mikla þjálfun þeir þyrftu. Nýverið var nýr samningur gerður milli FSSS og TR og koma þar inn fyrstu merki flokkunar sjúklinga eftir umfangi sjúkraþjálfunar og er það vel. Engu að síður er ljóst að þessi flokkun einblínir enn á sjúkdómsgreiningar fremur en færni flokkun.

Sjúkraþjálfunarþyngd

Því vaknar sú hugmynd hvort ICF-kerfið sé lykillinn að því að meta „sjúkraþjálfunarþyngd“, (sbr. hjúkrunarþyngd)? Það mætti hugsanlega gera með þeim hætti að FÍSP og TR mynduðu vinnuhóp sem færi í gegnum það og skilgreindi hvaða flokkar

sjúklingar samkvæmt ICF-staðli teldust þurfa svo viðamikla þjálfun og umsýslu að með þeim yrði greitt sérstakt álag.

Óhjákvæmilega yrði þá að gera þá kröfu, að við útskrift sjúklinga af endurhæfingarstofnunum fylgdi ICF-kóðun þeirra. Þá væri úr sögunni þetta huglæga, erfiða mat, en í staðinn kominn hlutlægur, óumdeildanlegur mælikvarði sem hægt væri að byggja álagsskiptan taxta á. Mikilvægt er engu að síður að sérhver sjúkraþjálfari geti metið fólk inn í kerfið, því fjölmargir þeirra sem í dag teljast fatlaðir eða langveikir og sækja göngu- deildarþjónustu sjúkraþjálfara, koma aldrei inn á stofnanir til innlagnar. Að sama skapi er mikilvægt að sjúkraþjálfarar skrái viðeigandi kóða við útskrift. Þar liggur líka einn mesti ávinningur ICF-kerfisins fyrir sjúkraþjálfara sem fagstéttar. Í kerfinu felst lykillinn að árangursmati á sjúkraþjálfun, mati á meðferð- araðferðum og – tækni. Á þann hátt er loksins hægt með vísindalegum og samanburðarhæfum hætti að sýna fram á gagnsemi sjúkraþjálfunar og þróa fagið áfram.

Umfjöllun og niðurstöður

Hér að framan hefur verið stiklað á stóru varðandi uppbyggingu og grunnhugmyndir ICF kerfisins og í framhaldi af því hvort ávinningur væri í innleiðingu þess fyrir sjúkraþjálfun í landinu. Frá faglegu sjónarmiði hefur það verið bagalegt hve endurhæfing hefur verið ósýnileg í heilbrigðiskerfinu og að margra mati of lágt metin. Eflaust er það að hluta vegna þess að stöðluð mælitæki til að meta árangur hennar hefur alla tíð vantað.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur opinberlega lýst kerfið sem eitt af sínum kerfum og hvatt aðildarlöndin til að taka það upp. Það er gert í síauknum mæli. Búast má við að ICF verði alþjóðlegur, staðlaður mælikvarði á gögn um skerðingar og velferð og muni hafa áhrif á lagasetningu margra landa víðs vegar um heiminn.

Hvað við Íslendingar gerum veltur á forystumönnum heilbrigðiskerfisins. Eftir að hafa skoðað málið tel ég ljóst að ávinningurinn fyrir endurhæfinguna hér á landi gæti orðið mikill, bæði faglega og fjárhagslega, en veltur á því að kerfið sé sett inn á faglegan og vandaðan hátt og fylgt eftir af þeim sem í fararbroddi verða.

Heimildir

- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) 2002. *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health, ICF*. Geneva: WHO. Sótt 19.11.2004 af www3.who.int/icf/icftemplate.cfm og www3.who.int/icf/beginners/bg.pdf
- Kearney, P.M., og Pryor, J. (2003). The International Classification and Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 162–170.
- Rentsch, H.P., Bucher, P., Dommen Nyffeler, I., Wolf, C., Hefli, H., Fluri, E., Wengwe, U., Wälti, C. og Boyer, I. (2003). 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. *Disability and Rehabilitation*, 25(8), 411–421.
- Valgerður Gunnarsdóttir (2003). *ICF flokkunarkerfið og notagildi þess á Íslandi*. Skýrsla unnin fyrir áhugahóp um ICF flokkunarkerfið á Íslandi. Sótt af heimasíðu landlæknisembættisins: <http://www.landlaeknir.is/template1.asp?PageID=815>
- Valgerður Gunnarsdóttir (2004). Munnleg heimild, 7. desember.