

הטמעת מודל ICF במערכת השיקום בישראל במלאת עשור לפרסומו - חקר השירות הפיזיותרפי

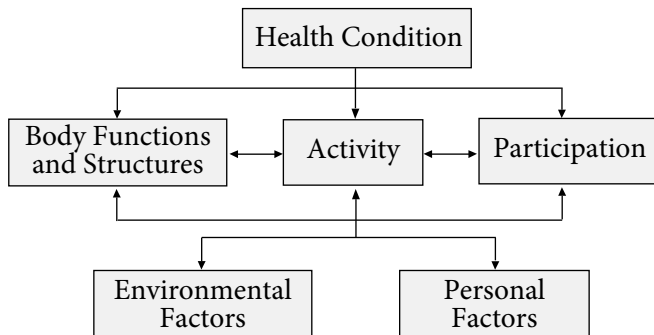
ד"ר תמר יעקב, PhD

המחלקה לפיזיותרפיה, הפקולטה למקצועות הבריאות, המרכז האוניברסיטאי אריאל בשומרון

הקדמה

המודל לבריאות ותפקוד The International Classification of Function and Health (ICF) פורסם לראשונה על ידי ארגון הבריאות העולמי בשנת 2001. המודל מבוסס על גישה ביופסיכוסוציאלית ומציע שפה אחידה בינלאומית למושגים בשיקום, מדגיש את יכולות המטופל בצד מגבלותיו, מציע שיטה לרישום וקידוד היכולות והמגבלות של המטופל וכן סולם להערכת רמת תפקוד בכל תחומי הבריאות. מודל ה-ICF הרחיב את המושג תפקוד לארבע רמות תוך התייחסות לגורמים סביבתיים ואישיותיים בעלי פוטנציאל להשפיע על רמת התפקוד בקטגוריות השונות (ראה תרשים). המודל מדגיש את יחסי הגומלין בין התפקודים השונים לבין האבחנות הרפואיות של האדם וגורמי הרקע שלו. המונחים של המודל מתייחסים ליכולות של האדם כאשר בצד היכולות יש מונחים לתיאור מגבלות וחסרים. תחומי התפקוד לפי המודל הם: (הדוגמאות מתחום התפקוד הסנסורי מוטורי בעיקר).

תרשים - מודל ה-ICF



Health conditions (מצב בריאות) - מוגדר על ידי אבחנות רפואיות ומקודד לפי ICD-10 המקובל ברוב המסגרות הרפואיות בעולם.

Body structures (מבנה הגוף) - קטגוריה זאת מתייחסת למבנים האנטומיים של הגוף כמו, אברים פנימיים, שלד, מפרקים, שרירים ועוד.

תקציר

רקע: ארגון הבריאות העולמי פרסם לפני כעשר שנים את המודל לבריאות ותפקוד The International Classification of Function and Health (ICF). מידת ההטמעה של המודל במחלקות לשיקום בכלל ובמחלקות לפיזיותרפיה בפרט, בארץ ובעולם, לא ידועה.

מטרות: לתאר את מידת ההטמעה של מודל ה-ICF בשירות הפיזיותרפי במסגרות לשיקום בארץ.

שיטות: בוצע סקר משולב כמותי ואיכותני. אוכלוסיית המחקר כללה 25 מנהלי השירות הפיזיותרפי במסגרות לשיקום בארץ בתחום שיקום כללי, שיקום גריאטרי ושיקום ילדים. איסוף המידע בוצע באמצעות שאלון מקוון, מובנה חלקית, שכלל שאלות על מידת היישום של המודל, יתרונות ומגבלותיו.

תוצאות: נענו לסקר 22 (88%) מבין המנהלים. רוב המשתתפים מכירים את המודל והוא הוטמע במידה חלקית בקרוב לשני שלישים מהמקומות. ההטמעה באה לידי ביטוי בעיקר באימוץ התפיסה הביופסיכוסוציאלית של המודל, ובשימוש במונחים שלו בשיח המקצועי. עדיין לא נעשה שימוש במודל ככלי לבניית פרופיל בריאותי של המטופל, ככלי להצגת מטופל בישיבות צוות וככלי לרישום, לקידוד ולהערכה. רוב המשתתפים מעוניינים בהדרכה נוספת בנושא.

מסקנות: מודל ה-ICF מוכר ומעורר עניין בקרב מנהלי השירות הפיזיותרפי במסגרות שיקומיות אולם מידת ההטמעה שלו בקליניקה בשלב זה חלקית ביותר.

המלצות: ארגון הבריאות העולמי צריך לבנות תכניות הדרכה ליישום קליני ומנהלי של המודל ולהכשיר נציגים מארצות שונות כדי שיעבירו את המידע לצוותי השיקום בארצם.

מילות מפתח: מודל ביופסיכוסוציאלי, שיקום, פיזיותרפיה, ארגון הבריאות העולמי.

מטופל. הרובד הקליני יכול לכלול תיאור פרופיל בריאותי רב תחומי של המטופל ובכלל זה דיווח בעל פה ובכתב, קידוד, רישום והערכה. רובד נוסף הוא הרובד המחקרי. חוקרים משלבים במחקריהם מדדי תוצאה להערכת תפקוד לפי קטגוריות המודל תוך התחשבות בגורמים הסביבתיים והאישיים של המטופל. הטמעת המודל יכולה להתבצע על ידי מוסד רפואי, על ידי מחלקה בבית חולים או על ידי אחד ממקצוע הבריאות המשולבים במערכת השיקומית.

מקצוע הפיזיותרפיה הוא אחד ממקצועות הבריאות המשולב בצורה אינטגרטיבית בתהליך השיקום של אנשים עם מוגבלויות מוטוריות מכוח חוק בריאות ממלכתי.⁴ שירות זה ניתן בכל מסגרות השיקום בארץ כחלק מרכזי וחשוב של המערך הרב מקצועי המלווה את המטופלים. מטרות הטיפול בפיזיותרפיה, במסגרת שיקום, מכוונות לשיפור התפקוד של המטופל ברמות השונות ולכן, טבעי הדבר שהמודל יעורר עניין ויוטמע במסגרת הטיפול הפיזיותרפי בתחום השיקום.⁵ עדויות להטמעת המודל בתחום הפיזיותרפיה ניתן לראות בשילובו במחקרים בתחום השיקום, בהרצאות בכנסים של ארגוני פיזיותרפיה ארציים ועולמיים, בימי עיון ולעיתים גם במסגרות קליניות.³ לדוגמא, בכנס של ארגון הפיזיותרפיה העולמי שנערך במאי 2011 באמסטרדם, הוקדש מושב שלם להיבטים שונים של המודל ולאפשרויות היישום שלו בפיזיותרפיה. בסדנה שהתקיימה בישראל, בדצמבר 2011, בנושא כלי הערכה ומדידה בשיקום ילדים הוצגו כלי המדידה בהתאם לקטגוריות ה-ICF. ניתן למצוא בספרות המקצועית הרלוונטית לפיזיותרפיה, תדריכים לטיפול לפי המודל,^{6,7} מחקרים לבדיקת תוקף של מדדי הערכה,⁸ המלצות ליישום המודל בגיליונות מטופל⁹ ועוד. ארגון הבריאות העולמי משקיע משאבים רבים להפצת המודל בעולם והטמעתו במסגרות רפואיות בכלל ושיקומיות בפרט.⁹ עם זאת, לא ידוע אם ובאיזו מידה המודל הוטמע בפועל בעבודה הקלינית של הפיזיותרפיה בארץ או בארצות אחרות.

במלאת עשור לפרסום מודל ה-ICF נערכות בדיקות ברחבי העולם לגבי מידת הטמעתו בפועל. עדות לעניין הרב שהמודל מעורר בקרב אנשי מחקר וקליניקה מארצות שונות ומתחומים שונים ניתן למצוא בסקירת ספרות שכללה פרסומים בנושא ICF בין השנים 2001-2009.³ הסוקרים איתרו 670 פרסומים שמקורם מ-34 ארצות, אשר פרסומו ב-211 כתבי עת כאשר הכמות הגדולה ביותר של פרסומים הייתה מארה"ב (21.9%), מגרמניה (14.7%) ומארצות סקנדינביה (10%). הפרסומים בכתבי העת המקצועיים מגוונים מאד ומעידים על ניסיונות

Body functions (תפקוד המערכות) - התייחסות לתפקודים פיזיולוגיים של מערכות הגוף. לדוגמא: כוח שרירים, טווחי תנועה, שיווי משקל, תחושה, כאב.

Activities (יכולת תפקודית) - תפקוד בסיסי של האדם, ללא קשר עם המסגרת בה הוא אמור לתפקד, כמו נידות, לבוש, שליטה על סוגרים, אכילה.

Participation (השתתפות) - תפקוד הפרט בסביבה המשפחתית, החברתית התעסוקתית אליה הוא שייך.

הגורמים בעלי השפעה על פוטנציאל השיקום של האדם הם: **Environmental factors (גורמים סביבתיים)** - בקטגוריה זאת נכללים גורמים סביבתיים פיזיים הקשורים לנגישות, גורמים חברתיים, סביבה משפחתית, גורמים פוליטיים כמו זכויות בעלי מוגבלות, גורמי טבע ועוד.

Personal factors (גורמים אישיים) - כוללים בין היתר גורמים דמוגרפיים כמו גיל, מין והשכלה, רקע סוציאלי, מצב בריאות קודם, וקבלת טיפול רפואי שיקומי.

המודל מציע שיטה לקידוד של תפקודים בכל רמות התפקוד, כמו גם קידוד גורמי הרקע הסביבתיים והאישיים תוך הבחנה בין גורמים תומכים וגורמים מעכבים. (קישור לאינטרנט: <http://apps.who.int/classifications/icf/browser/>).

בנוסף, המודל כולל סולמות להערכת תפקוד ברמות השונות ולמידת התמיכה או העיכוב שיש לאדם לנוכח הגורמים הסביבתיים או האישיים שלו. גיליון מטופל לפי מודל ה-ICF מציג פרופיל בריאותי רב תחומי הכולל תפקודים בתחום, מנטלי, תחושה וכאב, שמיעה ודיבור, מערכת קרדיוסקולרית, מערכת חיסון ונשימה, מערכת עיכול, חילוף חומרים ואנדוקרונולוגיה, מערכות מין, שתן ורבייה, מערכות עצב, שלד שריר ותנועה, ומערכות עור ומבנים נלווים.

תחום השיקום היה הראשון מבין מקצועות הרפואה שאימץ את המודל בשל מורכבות הבעיות של המטופלים שזקוקים לשיקום.² הטמעת המודל יכולה להיעשות בכמה רבדים.³ הרובד התפיסתי של המודל מתייחס לאימוץ הגישה הביופסיכוסוציאלית, הרובד המושגי מתייחס לשימוש בשפה אחידה בתחום השיקום ובכלל זה הטמעת המושגים **body functions and structures, activities and participation environmental and personal factors**. הטמעת המודל ברובד זה תתבטא בעיקר בשימוש במונחי השיח שבין אנשי מקצוע ובעת דיון על תכנית השיקום של

המחלקות לפיזיותרפיה באותו מרכז. במקומות בהם דווח על מדיניות אחידה נשלח שאלון רק למנהל הבכיר של השירות הפיזיותרפי. במקומות בהם נאמר שאין מדיניות אחידה נשלחו שאלונים לכל מנהלי המחלקות לפיזיותרפיה באותו מוסד. לכן, חלק מהמוסדות מיוצגים על ידי מנהל אחד וחלק על ידי מספר מנהלים. מפאת המספר הקטן של מחלקות בחלק מקטגוריות השיקום (לדוגמא: שיקום בקהילה (2), מרכזי שיקום כלליים (4) צורפו מרכזי שיקום כללי ומחלקות לשיקום כללי בבית חולים לאותה קטגוריה. בדומה, כל מנהלי מרכזים ומחלקות לשיקום גריאטרי קובצו לאותה קטגוריה. לפיכך, לצורך הצגת התוצאות חולקו המקומות לשלוש קטגוריות: שיקום כללי, שיקום גריאטרי ושיקום ילדים.

איסוף המידע בוצע באמצעות שאלון אלקטרוני שכלל שאלות על מידת היישום של המודל, יתרונותיו ומגבלותיו של המודל (נספח 1). בניית השאלון וניתוח הממצאים האיכותניים בוצע לפי Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).²⁰ תוכן השאלון נבדק ואושר על ידי עמיתים. לפני תחילת המחקר נעשה הליך של איתור כתובות דואר רגיל ואלקטרוני של כל המשתתפים. כל משתתף קיבל במייל מכתב עם הסבר לגבי מטרות המחקר, בקשה להשתתף בו וקישור לשאלון האלקטרוני. במכתב זה הובטח למשתתפים חיסיון שמות ושמות המוסדות.

שבועיים לאחר ההפצה הראשונה של השאלון נשלחה תזכורת למשתתפים שעדיין לא מילאו אותו. שבוע לאחר שליחת התזכורת התקשרו עוזרי מחקר למשתתפים שעדיין לא מילאו את השאלון כדי לברר אם קיבלו את המייל ואם מצאו את השאלון באמצעות הקישור האלקטרוני. בשיחה זאת הוצע למעוניינים לקיים ראיון טלפוני חלופי.

ביצוע המחקר אושר על ידי וועדת האתיקה המוסדית של המרכז האוניברסיטאי אריאל בשומרון.

תוצאות

נערכה פניה אל 25 פיזיותרפיסטים מנהלי מחלקות לפיזיותרפיה בבתי חולים ובמחלקות לשיקום ברחבי הארץ. לסקר נענו 22 (88%) מבין המנהלים. למעלה ממחצית המשיבים עובדים בשיקום גריאטרי (12 בבתי חולים או במחלקות בבתי חולים, ושניים במרכזים לשיקום בקהילה), כשליש עובדים במסגרות לשיקום כללי (7) ושלושה מנהלים מחלקות לשיקום ילדים. בתי החולים השיקומיים ומחלקות השיקום נמצאים בבעלות של מגוון ארגונים ובהם משרד הבריאות, שירותי בריאות

לבחון את המודל מהיבטים שונים. לדוגמא, נערכו מחקרים לבדוק את מידת ההתאמה של המודל למטופלים עם מחלות ספציפיות,¹⁰ להעריך שילוב אנשים עם מגבלות בתעסוקה,^{14,15} לבדוק תוקף ומהימנות של כלי להערכה ומדידה בשיקום,¹⁶ לבדוק את התרומה של השימוש במודל ככלי הוראה לסטודנטים¹⁷ ותחומים אחרים. באחד ממרכזי השיקום באיטליה נבנתה תכניות הדרכה להטמעת המודל במסגרות לשיקום בארץ זו.¹⁸

בדיקת מידת ההטמעה של המודל בישראל, במסגרות לשיקום בכלל או במחלקות לפיזיותרפיה שבמוסדות אלה עדיין לא בוצעה. מידע זה חשוב במיוחד לנוכח התרומה של מקצוע הפיזיותרפיה לתהליך השיקום בכל מסגרותיו ולנוכח הדרישה הגוברת ליעל את תהליכי השיקום. יש להניח ששילוב מודל ה-ICF בעבודה הקלינית והמחקרית במסגרות שיקום לסוגיהן יתרום להעמקת התודעה של המטפלים לכל רמות התפקוד של המטופל ולמכלול הגורמים הקשורים לתפקוד זה.⁷ לשימוש במודל יש פוטנציאל לשפר את ארגון העבודה הן מבחינה מנהלית והן מבחינה מקצועית. השימוש במודל ככלי להערכת מדדי תוצאה וככלי לרישום ולמעקב יקנה מאגר נתונים בסיסי של כל המטופלים בשיקום שיכול להוות בסיס למחקרי תוצאה ולמחקרים אפידמיולוגיים. כדוגמא לכך אפשר לתת את התרומה של מערכת 'פוטו' במסגרת השירות הפיזיותרפי במכונים לפיזיותרפיה של מכבי שירותי בריאות.¹⁹

מחקר זה הוא שלב ראשון לקראת בדיקת מידת ההטמעה של מודל ה-ICF. מטרת המחקר לתאר את מידת ההטמעה של מודל ה-ICF על ידי השירות הפיזיותרפי במסגרות לשיקום בארץ. תוצאות המחקר יוכלו לשמש בסיס לקידום תהליך הטמעה של המודל ולזיהוי הגורמים המעכבים את התהליך.

שיטות

במהלך חודשים דצמבר 2011 וינואר 2012 בוצע סקר משולב כמותי ואיכותני. אוכלוסיית היעד כללה 25 מנהלי השירות הפיזיותרפי במסגרות לשיקום בארץ. נכללו במחקר בתי חולים לשיקום כללי, מחלקות לשיקום בבתי חולים כלליים, בתי חולים לשיקום גריאטרי, מחלקות לשיקום גריאטרי בבתי חולים כלליים או בבתי חולים גריאטריים, מחלקות לשיקום גריאטרי בקהילה, ובתי חולים או מחלקות בבתי חולים לשיקום ילדים. טרם תחילת איסוף הנתונים נערך בירור טלפוני עם מנהלי השירות הפיזיותרפי בבתי החולים השיקומיים כדי לבדוק אם קיימת מדיניות אחידה, לגבי השימוש ב-ICF בכל

טבלה 1. הטמעת מודל ICF במסגרות לשיקום בישראל - תשובות מנהלי מחלקות לפיזיותרפיה (N)

תחום	שיקום כללי	שיקום גריאטרי	שיקום בקהילה	שיקום ילדים	סה"כ
	ב"ח לשיקום, מח' בב"ח כללי	ב"ח שיקום גריאטרי, מח' בב"ח כללי	שיקום גריאטרי	ב"ח לילדים, מח' בב"ח	
מספר מסגרות	7	13	2	3	25
הענות למחקר	5	12	2	3	22
הכרת המודל	4	11	2	3	20
המודל הוטמע במידה כלשהי	4	6	1	3	14
עניין בהדרכה	4	9	2	2	17

ב"ח - בתי חולים, מח' - מחלקות

היתרונות של המודל שדווחו על ידי המשתתפים, בכל תחומי השיקום, היו השימוש בשפה משותפת, ההסתכלות החיובית על המטופל, ההסתכלות ההוליסטית על המטופל, הדגש שהמודל נותן על תפקוד בכלל ועל 'השתתפות' בפרט והתרומה שלו לקביעת סדר והיררכיה בעת ניתוח פרופיל בריאותי של מטופל. בין החסרונות העיקריים שנמנו היו המסורבלות של המודל, אי התאמה שלו לשלב אקוטי ואי התאמה למבנה של המערכות הממוחשבות הקיימות. (טבלה 3)

תוצאות ייחודיות לפי תחום השיקום:

שיקום גריאטרי - ארבעה עשר מתוך 15 מנהלים (אשפוז וקהילה) מילאו את השאלונים. כולם למעט אחד מכירים את המודל, רובם שמעו הרצאות בנושא (8), חלקם קראו מאמרים (4), חלקם שמעו מעמיתים (4) וחלקם למדו על הנושא מסטודנטים שהיו התנסות קלינית במקום (4). שישה ציינו שהמודל הוטמע במידה כלשהי במסגרת עליה הם ממונים ושבעה ציינו שהמודל לא הוטמע כלל. ההטמעה באה לידי ביטוי באימוץ המודל מבחינה רעיונית (3), שימוש במונחים בזמן העבודה (4), הצגת מטופל לפי המודל בישיבות צוות (2) ומחקרים (1). ברוב המקומות

כללית, מכבי שירותי בריאות ("בית בלב") וארגונים ציבוריים אחרים. רוב המשתתפים (91%) דיווחו שהם מכירים את מודל ה-ICF, שהוא הוטמע במידה כלשהי, בעיקר מושגית, במסגרת עבודתם (68%) ושהם מעוניינים לקבל הדרכה נוספת בנושא (73%). (טבלה 1)

ההכרות עם המודל נעשתה בדרך כלל על ידי קריאת מאמרים מקצועיים (10), השתתפות בהרצאות (13), קשר עם עמיתים (8), השתתפות בסדנה (5), אינטרנט (5), סטודנטים בהתנסות קלינית (4) ואחרים. במקומות בהם דווח שהמודל הוטמע במידה כלשהי, נעשה שימוש במודל מבחינת תפיסה כללית (6), שימוש במונחים של המודל בשיח שבין אנשי המקצוע בעבודתם הקלינית (8) ובמסגרת מחקרים שנערכו מטעם המחלקה (3). בשני מוסדות נעשה שימוש נרחב יותר של המודל ובכלל זה הצגת מטופל בישיבת צוות ורישום והערכה של המטופלים. הנימוקים העיקריים לאי הטמעה של המודל היו עומס בעבודה, הכרות בלתי מספקת עם המודל, סרבול המודל, חוסר התאמה של המודל למערכת הממוחשבת איתה עובדים וחוסר משאבים. (טבלה 2)

טבלה 2. סיבות לאי הטמעה מודל ה-ICF לפי דיווח מנהלי מחלקות לפיזיותרפיה בבתי חולים לשיקום ובמחלקות שיקומיות, שמכירים את המודל

מספר משיבים	הערה
3	המודל לא מוכר מספיק
1	משתמשים במודל אחר
1	קושי להטמיע את המודל בעבודה יומיומית במחלקה לשיקום
1	בית החולים עובר תהליך של הטמעת פרוטוקולים. עד כה לא היה שימוש בפרוטוקולים בבית החולים ולכן המודל עדיין לא הוטמע
2	ה-ICF לא כלול במערכת המחשוב הנוכחית וזה מעכב את השימוש בו
1	עדיין אין הסכמה בקופות החולים לגבי השימוש במודל
2	הטמעת המודל כרוכה בהוצאה כספית גדולה שכן מדובר במערכת ממוחשבת. בית החולים לא ערוך לכך בשלב זה
3	עומס עבודה לא מאפשר לפנות זמן להטמעת מודל חדש

טבלה 3. יתרונות וחסרונות מודל ה-ICF לפי דיווח פיזיותרפיסטים מנהלי מחלקות לפיזיותרפיה בבתי חולים לשיקום ובמחלקות שיקומיות

יתרונות	מגבלות / חסרונות
שפה משותפת לעוסקים בשיקום	הבנת המודל בשלמותו ויישומו מסובכים מאד
שימוש במונחים חיובים (בשונה ממודל ה-ICIDH)	בשלב זה המודל תאורטי בלבד, קשה להטמעה
ראיה כוללת של המטופל בהיבטים שונים, מחזק גישה הוליסטית	הניסיונות המאולצים לייצר sets core לרכיבי ICF במצבי מחלה שונים לא לעניין
גישה ביופסיכוסוציאלית רחבה שלא מוגבלת לרמה מוטורית בלבד	המחשבה שיש להתייחס לכל או לרוב הגורמים שבמודל בתהליך האבחוני והטיפול הוטמעה. סוג של "תפסת מרובה - לא תפסת" שסופו לפגוע בעיקר.
הוספת המושג 'השתתפות' מדגישה את התפקוד במעגלים חברתיים. ראית המטופל כחלק בלתי נפרד מהסביבה בה הוא חי ואלה הוא אמור לחזור. בילדים ממקם את הילד במרכז, מגדיר סדרי עדיפות, מוציא את הילד מהעולם הטיפולי לעולם היום יום.	ארוך ומייגע, דורש זמן רב להערכה ולמילוי הטופס. מכביד מבחינת הפרוט.
עושה "סדר" בחשיבה ובעבודה יתרון תפיסתי, המודל מצביע על הגורמים הרלוונטיים - אישיים וסביבתיים אליהם יש להתייחס בטיפול השיקומי כולל ממשלות להשגת מטרות שיקומיות. מקל על קביעת מטרות טיפול.	הקריטריונים לא מתאימים לכל מגוון הילדים שנמצאים בשיקום.
המודל שינה לחלוטין את זרימת התפיסה השיקומית.	פחות מתאים לשלב האקוטי
מודל כוללני, מתאים מאד לצוות רב תחומי. מתאים להצגת מטופל בישיבה צוות. מתאים לשיקום בקהילה	קושי בהבחנה בין תפקוד והשתתפות
המודל מאפשר לקבוע ביחד עם המטופל מטרות בהתאם לצרכיו.	עדיין אין מספיק מבחנים סטנדרטיים מקובלים המותאמים למודל ומתאימים לרוב האוכלוסיות
	השימוש במודל מצריך שימוש בתוכנה ממוחשבת מערכתית במקום העבודה דוגמת מערכת 'קליקס'. תנאי זה עדיין לא קיים.

הוא תורם להוצאת הילד מעולם הטיפול לעולם היומיום. עוד צוין שהמודל תורם לארגון החשיבה הקלינית. בשני מקומות היו מעוניינים לקבל הדרכה לבניית תכנית התערבות, לבניית מעקב מסודר ולבניית הערכות סטנדרטיות של מטופלים.

דיון

במלאת עשור להשקתו של מודל ה-ICF על ידי ארגון הבריאות העולמי, נבדקה מידת ההטמעה שלו במחלקות לפיזיותרפיה בכלל המסגרות לשיקום בארץ. במחקר השתתפו מנהלי השירות הפיזיותרפי של רוב המחלקות לשיקום, על כל גווניו, ובכלל זה שיקום כללי, שיקום גריאטרי ושיקום ילדים. מחלקות השיקום שיוצגו במחקר שייכות למגוון רחב של ארגוני בריאות בארץ ולכל תחומי השיקום. רוב המנהלים (88%) נענו למילוי שאלון המחקר ולכן, יש להניח שתשובות המשתתפים מייצגות את הכלל. רוב המשתתפים מכירים את המודל והוא הוטמע במידה מסוימת בקרב לשני שלישים מהמקומות. ההטמעה באה לידי ביטוי בעיקר באימוץ התפיסה הביופסיכוסוציאלית של המודל ובשימוש במונחים שלו בשיח המקצועי. ברוב המקומות לא נעשה שימוש במודל ככלי לבניית פרופיל בריאותי של מטופל, ככלי להצגת מטופל בישיבות צוות וככלי לרישום, לקידוד ולהערכה. כמו כן, לא דווח על הטמעה של המודל במחקרים. יש לציין שהמחלקות לפיזיותרפיה הן מחלקות קליניות ורובן כנראה לא משלבות מחקר בעבודתן. רוב הסיבות שצוינו לאי הטמעה של המודל קשורות במגבלות לוגיסטיות כגון: מערכות

לא עובדים לפי מודל שיקום אחר אולם משתדלים להשתמש במדדי הערכה מקובלים. בשני מקומות עובדים לפי מודל International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICID).

כל אלה שדיווחו על הטמעה כלשהיא של המודל מעוניינים לקבל הדרכה ע"י הרצאה במקום העבודה.

שיקום כללי - חמישה מתוך שבעה מנהלים מילאו את השאלונים. ארבעה מהם מכירים את המודל ומשתמשים בו ברמה תפיסתית, במונחים, או בעבודות סטודנטים. באף אחד מבתי החולים לא משתמשים במודל במסגרת מחקרים, לצורך בניית גיליון מטופל, בישיבות צוות או לצורך רישום והערכה. אף אחד מהמרכזים לא עובדים לפי מודל אחר. ארבעה מנהלים היו מעוניינים לקבל הדרכה בנושא כאשר צורת ההדרכה המועדפת היא הרצאה במקום העבודה.

שיקום ילדים - שלושה מנהלים מילאו את השאלונים וכולם מכירים את המודל. כולם ציינו שהמודל הוטמע במידה כלשהי במסגרת עליה הם ממונים. מידת ההטמעה שונה בין המוסדות. כולם משתמשים במונחים של המודל בעבודה הקלינית, בשני מקומות משתמשים במודל במסגרת מחקרים וכן לצורך הערכה ורישום. באף מקום לא מציגים את המטופל בישיבת צוות לפי המודל. מנהלים אלה ציינו שהמונח 'השתתפות' העמיד את הילד במרכז ותורם להגדרת סדרי עדיפות בטיפול. בנוסף,

ואף דיווחו על הטמעה במידה כלשהי. יחד עם זה, קשה ליצור הכללה מקבוצה כל כך קטנה. כאמור, לא היה הבדל בין המנהלים מתחומי השיקום השונים מבחינת הדיווחים על יתרונות וחסרונות המודל.

הרצון של רוב המנהלים לקבל הדרכה נוספת בנושא מעיד על העניין שהמודל עורר ועל המודעות לתרומתו הפוטנציאלית לקידום עבודתם הקלינית. ממצאים אלה תומכים בממצאי סקירת הספרות המעידה על העניין הרב שהמודל מעורר בקהילה הרפואית בעולם.³ יחד עם זה, נראה שעדיין חסרה חוליה מקשרת בין המודל השלם או מודיפיקציות שלו לבין היישום שלו, על כל מרכיביו, בעבודה הקלינית.

מתשובות המנהלים ניתן ללמוד שהדרכים להכיר וללמוד על המודל רבות ומגוונות. יחד עם זה, מרצון המנהלים לקבל הדרכה נוספת ניתן להניח שלא די בחשיפה למקורות כמו הרצאות בכנסים או מאמרים. נראה שכדי לקדם את תהליך ההטמעה צריך לבנות תכנית הדרכה מותאמת לתחומי השיקום השונים ולהפיץ אותה במקומות העבודה בקבוצות קטנות, בדומה לתוכנית שהוצעה על ידי צוות חוקרים איטלקי.¹⁸ ארגון הבריאות העולמי, בית היוצר של ה-ICF, מצופה להמשיך לפעול לצורך הטמעת המודל על ידי בניית תכניות הדרכה מותאמות לרופאים ולמקצועות הבריאות השונים, להכשיר צוותים מארצות שונות כדי שיעבירו את המידע לעמיתיהם.

מגבלות המחקר - איסוף הנתונים נעשה באמצעות שאלון מקוון חצי מובנה. יתכן שאפשר להבין יותר את המניעים לאי הטמעה של המודל על ידי ראיונות אישיים פתוחים או בפורומים של קבוצות דיון. מספר המחלקות לפיזיותרפיה בקטגוריות השיקום השונות קטן ולכן קשה לאפיין כל תת קבוצה בנפרד.

סיכום ומסקנות

מודל ה-ICF מוכר לרוב מנהלי השירות הפיזיותרפי בארץ, העובדים במסגרות לשיקום על כל גווניו. המודל הוטמע ברוב המחלקות, באופן חלקי, בעיקר מבחינה תפיסתית ויש שימוש בחלק מהמקומות במונחים ובקטגוריות שלו. עדיין לא משתמשים במודל ככלי להערכת מטופל וככלי לרישום ולמעקב. נראה שלא די בהשקעה של ארגון הבריאות העולמי בפיתוח טפסים מותאמים למחלות ספציפיות כדי להקל על השימוש במודל במסגרות קליניות. על הארגון לבנות תכניות הדרכה ליישום המודל ולהכשיר נציגים מארצות שונות כדי שיעבירו את המידע לצוותי השיקום בארצם.

מחשוב לא מותאמות, עלויות, עומס עבודה וכיוב'. מכאן ניתן להניח שרוב המשתתפים סבורים שהיה רצוי להטמיע את המודל בעבודתם אולם הדבר לא מבוצע בגלל חוסר מוכנות של המערכת בה הם עובדים. עם זאת, מנהלי השירות רואים גם את מגבלות המודל עצמו ובעיקר את הגודל והמסורבלות שלו שמהווים מכשול להטמעתו.

בהעדר עדויות לגבי מידת ההטמעה של המודל במחלקות לפיזיותרפיה בארצות אחרות, אי אפשר לדעת באיזו מידה התמונה שהתקבלה בעבודה זאת דומה לנעשה במחלקות לפיזיותרפיה בארצות אחרות. מן הספרות ניתן ללמוד על ניסיונות להתאים את המודל לצרכי פיזיותרפיה בהיבט הקליני,^{5,9} לצורך בניית תדריכים לטיפול,^{6,7} וככלי להערכת מטופלים,^{8,16,17} אך לא ידוע באיזו מידה ניסיונות אלה הביאו ליישום המודל בפועל.

הדיווח על היתרונות והמגבלות של המודל היה דומה בכל תחומי השיקום וגם למתואר בספרות. בין היתרונות הבולטים היו השימוש בשפה אחידה, ההסתכלות החיובית על המטופל, ההסתכלות ההוליסטית על המטופל, הדגש שהמודל נותן על תפקוד בכלל ועל 'השתתפות' בפרט והתרומה שלו לקביעת סדר והיררכיה בעת ניתוח פרופיל בריאותי של מטופל. יתרונות אלה תוארו בהרחבה על ידי מחברי המודל² ועל ידי מחברים רבים אחרים.³ בין החסרונות העיקריים שנמנו היו המסורבלות של המודל, אי ההתאמה שלו לשלב אקוטי ואי ההתאמה שלו למבנה של המערכות הממוחשבות הקיימות. מחברי המודל הבינו שהוא מסורבל מדי ולכן נעשו ניסיונות בשנים האחרונות לבנות טפסים מותאמים למחלות ספציפיות. בטפסים אלה צומצמו קטגוריות התפקוד והושארו הקטגוריות הרלוונטיות לכל מקרה. לדוגמה, פותחו טפסים מותאמים למטופלים אחרי אירוע מוחי,¹¹ למטופלים עם אוסטאוארטריטיס,¹² ולמטופלים עם אוסטאופורוזיס עם התייחסות מיוחדת לפיזיותרפיה.¹³ עם זאת, למרות ההשקעה הגדולה של ארגון הבריאות העולמי, לא ידוע באיזו מידה פתוח הכלים הללו קידם את ההטמעה של המודל בשימוש קליני.

קיים קושי להשוות בין דיווח מנהלים ממחלקות במסגרות השיקום השונות בגלל המספר הקטן של מחלקות ברוב הקטגוריות. לדוגמה, בארץ קיימות רק שתי מחלקות לשיקום גריאטרי בקהילה. מחלקות אלה צורפו למחלקות לשיקום גריאטרי באשפוז. בדומה לזה, יש בארץ ארבעה בתי חולים בהם יש מחלקות לשיקום ילדים מתוכם השתתפו שלושה מנהלים. שלושת המנהלים האלה סבורים שהטמעת המודל בעבודתם יכולה לתת תרומה משמעותית לתהליך השיקום

נספח 1. שאלון המחקר

שאלון למנהל שירותי פיזיותרפיה במרכז / מחלקה לשיקום

שם _____ תפקיד _____ מומחיות _____ מקום עבודה _____

הגדרת מקום העבודה (סמן את התשובה המתאימה) - בי"ח שיקומי כללי, בי"ח שיקומי גריאטרי, מחלקה שיקומית בבי"ח כללי, מחלקה שיקומית בבי"ח לילדים, מרכז יום שיקומי לקשיש, אחר (פרט) _____

1. האם מודל ה-ICF מוכר לך? כן / לא (אם התשובה שלילית, עבור לשאלה 8)

2. (אם המודל מוכר) באיזו דרך או דרכים נחשפת למודל ה-ICF?

קריאת מאמרים בנושא

הרצאה

השתתפות בסדנה בנושא

עמיתים

אינטרנט

אחר (פרט) _____

3. האם מודל ה-ICF הוטמע במרכז בו אתה עובד, במידה כלשהי? כן / לא

4. אם כן, באיזו מידה הוטמע המודל בעבודת בית החולים / מחלקה עליה אתה ממונה? (סמן את הסעיפים המתאימים)

בשלב זה עדיין לומדים להכיר את המודל אך לא מיישמים אותו

משתמשים במודל מבחינת תפיסה כללית בלבד

משתמשים במודל במחקרים שנערכים במסגרת עליה אתה ממונה

משתמשים במונחים של המודל בעבודה הקלינית

משתמשים במודל להצגת מטופל בגיליון מטופל בישיבות צוות

משתמשים במודל להערכת מטופל

משתמשים במודל לרישום ולהערכה של מטופלים

אחר (פרט) _____

5. מהם לדעתך היתרונות העיקריים של השימוש במודל ה-ICF?

6. מהם לדעתך החסרונות / מגבלות העיקריים של השימוש במודל ה-ICF?

7. באם מודל ה-ICF מוכר לך אבל לא הוטמע כלל במקום עבודתך, הסבר בבקשה מדוע

8. האם צוות המרכז שלך עובד לפי מודל שיקומי אחר כלשהו? כן / לא

אם כן, ציין איזה? _____

9. האם היית רוצה לקבל הדרכה לך ולאנשי צוותך בנושא ICF? כן / לא

10. אם כן, באיזו צורה היית רוצה לקבל את ההדרכה?

11. הערות נוספות _____

מקורות

1. World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: WHO. 2001.
2. Cieza A., Stucki G. The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008; 44:303-13.
3. Cerniauskaite M., Quintas R., Boldt C., et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil.* 2011; 33:281-309.
4. National Health Insurance Law, 1994.
5. Escorpizo R., Stucki G., Cieza A., et al. Creating an interface between the International Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapist practice. *Phys Ther.* 2010; 90:1053-63.
6. Cibulka M.T., White D.M., Woehrl J., et al. Hip pain and mobility deficits-hip osteoarthritis: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopedic section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2009; 39:A1-25.
7. Logerstedt D.S., Snyder-Mackler L., Ritter R.C., Axe M.J., Orthopedic Section of the American Physical Therapy Association. Knee pain and mobility impairments: meniscal and articular cartilage lesions: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopedic section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2010; 40:A1-A35.
8. Wang P., Zhang J., Liao W., et al. Content comparison of questionnaires and scales used in low back pain based on the international classification of functioning, disability and health: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2012; Mar 12. [Epub ahead of print].
9. Rauch A., Cieza A., Syucki 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.
10. Conrad A., Coenen M., Schmalz H., et al. Validation of the Comprehensive ICF Core Set for People With Multiple Sclerosis From the Perspective of Physical Therapists. *Phys Ther.* 2012; Mar 8. [Epub ahead of print].
11. Algurén B., Bostan C., Christensson L., et al. A multidisciplinary cross-cultural measurement of functioning after stroke: Rasch analysis of the brief ICF Core Set for stroke. *Top Stroke Rehabil.* 2011; 18 Suppl 1:573-86.
12. Kurtaiş Y., Oztuna D., Küçükdevici A.A. et al. Reliability, construct validity and measurement potential of the ICF comprehensive core set for osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011; 8:12-255.
13. Koehler B., Kirchberger B., Glaessel A., et al. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Comprehensive Core Set for Osteoporosis: the perspective of physical therapists. *J Geriatr Phys Ther.* 2011; 34:117-30.
14. Escorpizo R., Finger M.E., Glässel A., et al. A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the international classification of functioning, disability and health. *J Occup Rehabil.* 2011; 21:134-46.
15. Homa D.B. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in job placement. *Work.* 2007; 29:277-86.
16. Paltamaa J., Sarasoja T., Leskinen E., et al. Measuring deterioration in international classification of functioning domains of people with multiple sclerosis who are ambulatory. *Physiotherapy.* 2008; 8:176-90.
17. Jelsma J., Scott D. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study. *Physiotherapy.* 2011; 97:47-54.
18. Francescutti C., Fusaro G., Leonardi M., et al. ICF training programs: Describing and promoting human functioning and research. 2009; 31, N° s1, Pages S46-S49.
19. Deutscher D., Horn S.D., Dickstein R., et al. Associations between treatment processes, patient characteristics, and outcomes in outpatient Physical Therapy practice. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009; 90:1349-63.
20. Smith J.A., and Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. In: JA Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods.* 2008; London: Sage. (2nd ed). pp 53-80.