

Z DOKAZI PODPRTO DOLOČANJE CILJEV V REHABILITACIJI

EVIDENCE-BASED GOAL SETTING IN REHABILITATION

doc. dr. Metka Moharić, dr. med.^{1,2}

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

²Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Ljubljana

Povzetek

Postavljanje ciljev je sestavni del rehabilitacije. Dosedanji sistematični pregledi randomiziranih kliničnih poskusov kažejo, da so dokazi o posplošenem učinku določanja ciljev na izide pacientov po rehabilitaciji v najboljšem primeru nedoločljivi in v veliki večini omejeni zaradi kakovosti raziskav. V klinični praksi na uspešnost ukrepa določanja ciljev vplivajo številni dejavniki. Obstaja velik interes za razvoj raziskovalnih dokazov, na katere se bo lahko naslonila praksa določanja ciljev v rehabilitaciji, je pa potrebno raziskave previdno interpretirati. Bolj ko razumemo določanje ciljev, bolj lahko služimo našim pacientom.

Ključne besede:

določanje ciljev; rehabilitacija; z dokazi podprto raziskovanje

Abstract

Goal setting is considered an essential part of clinical rehabilitation. Systematic reviews of randomised controlled trials concluded that the evidence regarding any generalisable effect of goal setting on patient outcomes following rehabilitation is inconsistent at best, and greatly limited by the quality of published studies. Several variables influence the success of goal setting interventions in clinical practice. There has been a substantial interest in the development of research evidence on which to base goal-setting in rehabilitation, but the results of research on rehabilitation goal setting need to be interpreted cautiously. The more we understand goal setting, the better we can serve our patients.

Key words:

goal setting; rehabilitation; research, evidence-based research

UVOD

Določanje ciljev je sestavni del rehabilitacije. Opisano je kot jedro prakse (1), kot potreba za učinkovito interdisciplinarno timsko delo (2) in dejavnost, ki kot tako okarakterizira tako rehabilitacijsko službo kot tiste, ki jo zagotavljajo (3, 4). V klinični praksi je tako vedno bolj poudarjeno, da morajo biti ukrepi za pacienta ciljno orientirani. Izrazoslovje o ciljih vedno bolj postaja vključeno v razprave o smernicah v rehabilitacijski obravnavi, politiki in strokovnih zahtevah, tako na regionalnih kot mednarodnih ravneh (5-8).

Ni presenetljivo, da je določanje ciljev v klinični rehabilitaciji tako dominantno. To je precej atraktiven koncept, na videz sprva enostaven, ki prikriva kompleksne odnose med cilji, osebnostjo, motivacijo, razpoloženjem, samonadzorovanjem in drugimi vrstami kognicije. Določanje ciljev je tako poznano vsem reha-

bilitacijskim strokovnjakom, hkrati pa ena od lastnosti visoko učinkovitih ljudi, ki zadeve že začnejo z mislijo na konec.

Nekateri avtorji menijo, da je učinkovitost določanja ciljev pri izboljšanju pacientovih izidov že čvrsto uveljavljena in da ti dokazi sedaj narekujejo, kako naj se določanje ciljev v rehabilitaciji izvaja (9, 10). Vendar dosedanji sistematični pregledi randomiziranih kliničnih poskusov kažejo, da so dokazi o generaliziranem učinku določanja ciljev na izide pacientov po rehabilitaciji v najboljšem primeru v nasprotju s to trditvijo in v veliki večini omejeni zaradi kakovosti raziskav (11), oziroma da obstaja nekaj zelo nizkokakovostnih dokazov, ki govorijo o tem, da določanje ciljev lahko izboljša rezultate rehabilitacije odraslih s pridobljenimi zmanjšanimi zmoglostmi (12). Najboljši od teh dokazov govorijo bolj v prid pozitivnega učinka na psihosocialne izide (npr. z zdravjem povezano kakovost življenja, čustveno stanje in samoučinkovitost) kot pa na telesne (12).

KAKO JE DOLOČANJE CILJEV LAHKO UČINKOVITO?

Določanje ciljev se uporablja za več namenov (13).

1. Določanje ciljev lahko izboljša pacientove izide:
 - z izboljšanjem pacientove motivacije za sodelovanje v terapevtskih dejavnostih,
 - z izboljšanjem kliničnega timskega dela (daje timu skupno smer, osredotočanje prakse med sodelujočimi strokovnjaki),
 - s pospeševanjem delovnega odnosa med pacienti, njihovimi bližnjimi in zdravstvenimi strokovnjaki (z razvojem deljenega jezika in razumevanja zdravstvenega stanja ter rehabilitacijskega procesa),
 - z izboljšanjem pacientove sposobnosti, da sam nadzoruje zeleno vedenje,
 - s pomočjo pacientom (in njihovim bližnjim), da se psihološko prilagodijo na posledice zmanjšane zmožnosti,
 - s pospeševanjem specifičnosti treninga (ciljana terapija za posameznika za izvajanje določene dejavnosti v določenem okolju, ki je relevantno za posameznikovo vsakodnevno življenje).
2. Določanje ciljev lahko pospeši pacientovo odločanje (avtonomijo) – nekateri menijo, da je to pomemben razlog za določanje ciljev ne glede na to, ali so ostali cilji v smislu zdravja in funkcioniranja doseženi ali ne.
3. Stopnja doseganja ciljev je lahko uporabno merilo zdravstvenega izida.
4. Določanje ciljev je pogodbeno ali zakonska zahteva zagotavljanja usluge.

Medtem ko imajo kliniki, pacienti ali njihovi bližnji različna mnenja o glavnem razlogu za določanje ciljev v rehabilitaciji, pa je za podprtost z dokazi najpomembnejše izboljšanje pacientovega izida. Pomembno je, da določanje ciljev kot ukrep za izboljšanje zdravstvenega izida za pacienta ločimo od določanja ciljev z namenom ocenjevanja izida (»izidi« se ocenjujejo v pogojih »doseganja cilja«). Z drugimi besedami, določanje ciljev kot ukrep (to je način sodelovanja z ljudmi s pridobljeno zmanjšano zmožnostjo) je lahko učinkovito pod pogojem doseganja večjega izboljšanja pacientovih funkcionalnih sposobnosti (če izberemo samo en tip izida) brez določenih ciljev rehabilitacije, ki jih ta oseba mora nujno doseči. Številne teorije opisujejo, kako ljudje uporabljajo in se odzivajo na cilje z namenom spremljanja, spreminjanja ali prilagajanja njihovega vedenja, kako čustveni odgovor na cilje ali napredovanje proti ciljem vpliva na bodoče k ciljem orientirano vedenje, kako zaznavanje bolezni in zaznavanje učinka ukrepov vpliva na k cilju orientirano vedenje in kako je možno učinek ciljev spreminjati z različnimi dejavniki, kot so osebno zavezovanje k ciljem, posameznikova prepričanja o njegovi sposobnosti doseganja ciljev (samoučinkovitost), z zapletenostjo nalog in načinom, kako so cilji predstavljeni oziroma ubesedeni (13).

V klinični praksi lahko na uspešnost ukrepa določanja ciljev vplivajo tudi številni drugi dejavniki. Ti so: kaj pomenijo cilji posameznemu pacientu (kako je pacient zavezan ciljem), kako so pacienti vpleteni v izbiro ciljev in dejavniki, za katere menimo, da

prispevajo k pacientovi osredotočenosti k ciljem (14). Prav tako je pomembno, kako sprejemljiv ali realen je cilj, ki ga je potrebno doseči (14) in kaj o pomembnosti ciljev menijo vpleteni družinski člani in pomembni drugi (15, 16).

Nekateri raziskovalci in kliniki so tudi predlagali, da je določanje ciljev bolj uspešno, če cilje postavljamo na ravni »dejavnosti« in »sodelovanja«, kot pa da jih naslavljamo na okvare na ravni telesnih struktur in telesnih funkcij (7, 10). Na primer, cilj biti sposoben samostojnega premeščanja z invalidskega vozička na stranišče (cilj na ravni dejavnosti) ali vračanje na plačano zaposlitev (cilj na ravni sodelovanja) bo na splošno veljal za bolj učinkovitega kot izboljšanje mišične moči štiriglave stegenske mišice za 150 % (cilj na ravni telesnih zgradb in telesnih funkcij).

ZNANSTVENA OSNOVA DOLOČANJA CILJEV V REHABILITACIJI

Zaradi naše želje, da določanje ciljev uporabljamo v klinični praksi, lahko rehabilitacijski strokovnjaki zelo hitro, brez dodatnih vprašanj, sprejememo raziskave, v katerih poročajo o pozitivnih rezultatih, ki so povezani z določanjem ciljev v rehabilitaciji. To je znano kot potrditvena pristranost (17); to je tendenca ljudi, da favorizirajo informacije, ki potrjujejo njihova prepričanja in pričakovanja.

Lep primer tega je sprejetje raziskave Webba in Glueckaufa (18) s trditvijo, da boljše sodelovanje pacienta pri določanju ciljev izboljša izid rehabilitacije. Ta članek je zgodovinsko pomemben kot eden zgodnjih poskusov uporabe raziskovalnih metod za preučevanje kliničnih posledic pristopov pri določanju ciljev v nevrološki rehabilitaciji. Toda vrednost tega članka kot dejanskega dokaza (pozitivnega ali negativnega) o učinkovitosti določanja ciljev v rehabilitaciji je zelo vprašljiva. V raziskavo je bilo namreč vključenih malo preiskovancev, uporabili so parametrične statistične metode ter cilje uporabili kot odvisno in neodvisno spremenljivko. Ob vseh teh in drugih pomanjkljivostih (ki jih avtorja v razpravi priznavata), so članek citirali v več kot 40 revijah s faktorjem vpliva, pri čemer je večina citatov njune ugotovitve predstavljala le kot pozitivne, izgubila pa se je kritičnost (13).

Izogibanje pristranosti je eden glavnih razlogov za izvajanje sistematičnih pregledov. Ti omogočajo strukturirane, v naprej določene in ponovljive postopke prepoznavanja, izbire, kritične ocene, interpretacije in sinteze ugotovitev iz (idealno) vseh raziskav o izbrani temi (19). Tovrstna pregleda literature o terapevtskem učinku določanja ciljev na klinični izid v rehabilitaciji sta doslej objavljena le dva (11, 12), dodatna dva pa še za ožje področje rehabilitacije po možganski kapi (20, 21). Doslej, glede na izsledke teh pregledov, ni možno potegniti čvrstih zaključkov, ali imajo specifične prakse določanja ciljev kake učinke na zdravstvene izide. Razlogov za te ugotovitve je več: pri uporabljenih metodah je pridružene preveč pristranosti, raziskave se med seboj preveč razlikujejo glede na uporabljene metode, preiskovance in merjene izide; zaključki raziskav so nekonsistentni (nekateri pozitivni, drugi negativni).

METODOLOŠKA VPRAŠANJA PRI RAZISKOVANJU DOLOČANJA CILJEV V REHABILITACIJI

V prihodnosti bo potrebno izvesti več dobro pripravljenih randomiziranih kontroliranih raziskav o določanju ciljev v rehabilitaciji. To pa s sabo prinaša veliko izzivov. V primerjavi z večino drugih raziskav so rehabilitacijski ukrepi po naravi kompleksni, vključujejo različne ljudi, različne terapije in številne spremenljivke, ki vplivajo na pacientov odgovor na ukrep (22). In vse to se posledično pojavlja pri kliničnih poskusih o rehabilitacijskih ukrepih. Zato se rehabilitacija pogosto opisuje kot »črna škatla« (23). Vendar obstajajo nekateri izzivi, ki so specifični za teorijo postavljanja ciljev v rehabilitacijskem okviru.

Ena od prvih težav pri oblikovanju kliničnega poskusa iz postavljanja ciljev v rehabilitaciji je popolno in natančno opisovanje, kaj vse ukrep vsebuje. Pomembno je, da se natančno opiše, kateri pristop k določanju ciljev je uporabljen v kliničnem poskusu, da je raziskava lahko ponovljiva in se lahko primerja z drugimi podobnimi raziskavami.

Postavljanje ciljev, kot ukrep, se lahko spreminja na različne načine. Proces izbire ciljev sam se lahko razlikuje glede na število in tip ljudi, vključenih vanj, glede na omejitve vsebine ciljev, ki so smiselne (neprimerne za določenega pacienta, jih ni možno izvesti ipd.), glede na način, kako so formulirani cilji in glede na stopnjo vpliva, ki jo ima pacient pri končni izbiri. Pred določanjem ciljev običajno poteka klinično ocenjevanje, ki je lahko multidisciplinarno ali ga v celoti izvrši eden od strokovnjakov in vsebuje tudi oceno pacientovih življenjskih okoliščin in osebnih vrednot.

Po izbiri ciljev je pomembno, kako se uporabljajo v rutinski praksi. Lahko jih, ali pa ne, sčasoma pregledujemo in spreminjamo, pridobivamo in zapisujemo povratne informacije preverjanja uspešnosti njihovega doseganja. O njih lahko razpravljajo le strokovnjaki, lahko tudi pacient, njegovi bližnji ali v okviru skupine pacientov. Vse to mora pri raziskavi biti zabeleženo. Jasno pa je, da je tak popoln opis zelo težek.

Poleg tega, da natančno opišemo, kaj je naš ukrep, je pomembno tudi opisati skupine preiskovancev, vključenih v raziskavo. Običajno imamo vsaj dve skupini, eno z ukrepom in drugo kontrolno. Kadar je ukrep določanje ciljev, to pomeni, naj v kontrolni skupini ne bi bilo določenih ciljev. Za rehabilitacijo pa je težko reči, kako je sploh videti brez določanja ciljev. Zato lahko raziskujemo nov način določanja ciljev in ga primerjamo z običajnim načinom. Seveda to pomeni, da bomo morali razmisliti, kaj je ta običajni način in ga ustrezno ovrednotiti.

Slepost poskusa je še ena predlagana strategija za zmanjšanje pristranosti opazovalca v kliničnih poskusih (24). V mnogih rehabilitacijskih kliničnih poskusih je omogočanje sleposti preiskovancev in terapevtov skoraj nemogoče, ker je potrebno aktivno vključevanje obeh strani. Zato so poskusi v rehabilitaciji v najboljšem primeru le enojno slepi. To omogočanje sleposti je za določanje ciljev še poseben izziv.

Vprašanje je tudi, ali v teh poskusih lahko preprečimo okuženje med skupinami. Pomembno je namreč, da skupina, ki prejema ukrep, tega prejme, kontrolna skupina pa ne. Lahko se zgodi, da preiskovanci izvedo, kaj se dogaja v drugi skupini in tako ugotovijo, v katero skupino spadajo. V rehabilitaciji tako raziskave pri neki diagnozi, npr. možganski kapi, potekajo na enem oddelku. Zelo verjetno je, da se bodo pacienti med seboj o terapiji pogovarjali. Obstaja nekaj rešitev te težave (npr. vključevanje pacientov po grozdih), ki jih moramo pri oblikovanju poskusa upoštevati.

Nekoliko nenavaden vidik določanja ciljev kot teme v kliničnem poskusu je, da je običajno določanje ciljev samo dodatek k obstoječemu zdravljenju, ne pa ukrep, ločen od ostalih kliničnih aktivnosti. Določanje ciljev ni panacea, ki bo neučinkovito rehabilitacijo naredila učinkovito. Torej randomizirani kontrolirani poskus o določanju ciljev kot dodatku določenih terapij ne bo prinesel dokaza v prid učinkovitosti določanja ciljev, če so uporabljene terapije neučinkovite. In obratno, določanje ciljev v situacijah, v katerih je individualizacija terapij ali so pacienti že maksimalno motivirani za sodelovanje v rehabilitaciji (terapija, o kateri se sprašujemo že velja za učinkovito), določanje ciljev kot ukrep prav tako ne bo učinkovito.

V kliničnih poskusih o določanju ciljev se pogosto domneva, da so pacienti enako zavezani k doseganju njihovih ciljev. Prav tako se domneva, če je pacient vključen v določanje ciljev, da se jim je samodejno zavezal. Pacient je lahko zelo zainteresiran pri postavljanju ciljev, potem pa zanj niso več pomembni. Upoštevati je potrebno tudi pomanjkanje znanja in spretnosti na tem področju, tudi zaradi okvar in kognitivnih sposobnosti ali pa le kot posledico pomanjkanja priložnosti. Nekateri ljudje enostavno ne želijo sodelovati pri načrtovanju ali pa ne cenijo tega načina tako visoko. Zato je potrebno v randomizirane kontrolirane raziskave o določanju ciljev in tudi klinično prakso vključiti tudi ocenjevanja zavezanosti k ciljem.

Znano je, da se določanje ciljev v rehabilitaciji najpogosteje odvija v timske okolju in da na ta proces vplivajo dejavniki, kot sta sporazumevanje med člani tima in sodelovanje med strokovnjaki v timu (15). Večina literature pa pravzaprav govori o vplivu določanja ciljev na pacientovo vedenje, ne pa o vplivu na vedenje tima, na primer raziskovanje, kako vplivajo cilji na pacientovo spoštovanje režima terapij, ne pa na motivacijo zdravstvenih strokovnjakov, da ga izvajajo (13). Ta del bo potrebno še podrobneje raziskati.

ZAKLJUČEK

Obstaja velik interes za razvoj raziskovalnih dokazov, na katere se bo lahko naslonila praksa določanja ciljev v rehabilitaciji. Raziskovanje določanja ciljev v rehabilitaciji je potrebno previdno interpretirati, saj se pričakuje, da bo kakršnokoli postavljanje ciljev univerzalno dobro, kar pa je v resnici pristransko razmišljanje. Čeprav imajo različni tipi raziskav potencial za izboljšanje razumevanja določanja ciljev v rehabilitaciji, pa bo potrebno v bodoče opraviti še posebej randomizirane kontrolirane raziskave, ki nam bodo nudile močne dokaze o najboljšem načinu uporabe določanja

ciljev kot ukrepa, ki koristi zdravju in ki ga ljudje prejmejo od rehabilitacijskih služb.

Določanje ciljev v rehabilitaciji je zapleten proces, ki je raziskovalno poln izzivov. V zadnjih letih je prišlo na raziskovalnem področju do velikega napredka. Prihodnost je zelo obetajoča. Bolj ko razumemo določanje ciljev, boljše lahko služimo našim pacientom.

Literatura:

1. Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clin Rehabil* 2009; 23(4): 291–5.
2. Schut HA, Stam HJ. Goals in rehabilitation teamwork. *Disabil Rehabil*. 1994; 16(4): 223–6.
3. Scobbie L, Wyke S, Dixon D. Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabilitation goals. *Clin Rehabil*. 2009; 23(4): 321–33.
4. Wade DT. Evidence relating to goal planning in rehabilitation. *Clin Rehabil*. 1998; 12(4): 273–5.
5. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke*. 2005; 36(9): e100–43.
6. Evans PJ, Zinkin P, Harpham T, Chaudury G. Evaluation of medical rehabilitation in community based rehabilitation. *Soc Sci Med*. 2001; 53(3): 333–48.
7. Randall KE, McEwen IR. Writing patient-centered functional goals. *Phys Ther*. 2000; 80(12): 1197–203.
8. Rothstein JM, Echtertnach JL, Riddle DL. The hypothesis oriented algorithm for clinicians II (HOAC II): a guide for patient management. *Phys Ther*. 2003; 83(5): 445–70.
9. Black JS, Brock KA, Kennedy G, Mackenzie M. Is achievement of short-term goals a valid measure of patient progress in inpatient neurological rehabilitation? *Clin Rehabil*. 2010; 24(4): 373–9.
10. Marsland E, Bowman J. An interactive education session and follow-up support as a strategy to improve clinicians' goal-writing skills: a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract*. 2010; 16(1): 3–13.
11. Levack WM, Taylor K, Siegert RJ, Dean SG, McPherson KM, Weatherall M. Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clin Rehabil*. 2006; 20(9): 739–55.
12. Levack WM, Weatherall M, Hay-Smith EJ, Dean SG, McPherson K, Siegert RJ. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 20(7): CD009727.
13. Levack WMM, Dean SG, McPherson KM, Siegert RJ. Evidence-based goal setting: cultivating the science of rehabilitation. In: Siegert RJ, Levack WMM, eds. *Rehabilitation goal setting: theory, practice and evidence*. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis; 2015: 21–45.
14. Wilson BA. Neuropsychological rehabilitation. *Ann Rev Clin Psychol*. 2008; 4: 141–62.
15. Levack WMM, Siegert RJ, Dean SG, McPherson KM. Goal planning for adults with acquired brain injury: how clinicians talk about involving family. *Brain Inj*. 2009; 23(3): 192–202.
16. Visser-Meily A, Post M, Gorter JW, Berlekom SB, Van Den Bos T, Lindeman E. Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. *Disabil Rehabil*. 2006; 28(24): 1557–61.
17. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. London: Penguin; 2011.
18. Webb PM, Glueckauf RL. The effects of direct involvement in goal setting on rehabilitation outcome for persons with traumatic brain injuries. *Rehabil Psychol* 1994; 39(3): 179–188.
19. Higgins JPT, Green S, eds. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration, 2011. Dostopno na: <http://handbook-5-1.cochrane.org/> (citirano 1. 3. 2018).
20. Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil*. 2011; 25(6): 501–14.
21. Sugavanam T, Mead G, Bulley C, Donaghy M, Van Wijck F. The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2013; 35(3): 177–90.
22. Johnston MV. Desiderata for clinical trials in medical rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*. 2003; 82 Suppl 10: S3–7.
23. Ballinger C, Ashburn A, Low J, Roderick P. Unpacking the black box of therapy: a pilot study to describe occupational therapy and physiotherapy interventions for people with stroke. *Clin Rehabil*. 1999; 13(4): 301–9.
24. Schulz KF, Grimes DA. Blinding in randomised trials: hiding who got what. *Lancet*. 2002; 359(9307): 696–700.